



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

Quelen Tanize Alves da Silva

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:  
O estar-junto na formação dos residentes em saúde

Porto Alegre  
2010

Quelen Tanize Alves da Silva

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:  
O estar-junto na formação dos residentes em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio grande do Sul, para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora:  
Profa. Dra. Malvina do Amaral Dorneles

Linha de Pesquisa: Política e Gestão de Processos Educacionais

Porto Alegre

2010

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

S586r Silva, Quelen Tanize Alves da

Residência multiprofissional em saúde / Quelen Tanize Alves da; Silva;  
orientadora: Malvina do Amaral Dorneles. - Porto Alegre, 2010.  
137 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2010,  
Porto Alegre, BR-RS.

1. Residência integrada em saúde. 2. Formação profissional.  
3. Educação. I. Dorneles, Malvina do Amaral. II. Título.

CDU - 614

Quelen Tanize Alves da Silva

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:  
O estar-junto na formação dos residentes em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio grande do Sul, como para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 28 de dez. de 2010.

---

Profa. Dra. Malvina do Amaral Dorneles - Orientadora

---

Profa. Dra. Carmen Lúcia Bezerra Machado - UFRGS

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim - UFRGS

---

Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini - Escola GHC- Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde

*Para Marcos André Jakoby, meu amor e  
companheiro.*

## AGRADECIMENTOS

Nesse momento de finalização de minhas escrituras, várias pessoas, que de alguma forma, colaboraram com essa pesquisa, vêm ao pensamento.

Foram entidades que vieram ao meu encontro e colocaram-me em movimento e constituição de mim.

Esta Dissertação encarna essas várias confluências e será a esses, que se colocaram em relação comigo, que agradeço.

À minha querida orientadora, Malvina do Amaral Dorneles, que me fez crescer em sua companhia, em seu processo de nunca dar-me respostas e, sim, fazer-me outras perguntas; instigou-me a busca constante, a não me deixar aprisionar-me por dogmas e me ensinou a esvaziar-me de um pensamento para dar acolhida a outros.

Aos professores Carmen Machado, Ricardo Ceccim e Vera Pasini, pela disposição em contribuir para construção desta Dissertação. Obrigada, pela acolhida e o carinho com que receberam o convite para constituir minha Banca de Arguição.

À minha querida e grande família, que sempre me apoiou e entendeu a minha ausência em momentos de confraternizações familiares. Amo todos vocês: Pai, Mãe, Elen, Suelen, Paulo, Nelci, Tarcísio, Marcieli, Marcelo e Mariane.

Aos amigos queridos que trocaram experiências comigo e me ajudaram nesse processo. Agradeço a Raphael, Marielly, Vanderléia, Daniela.

Aos colegas de serviço, que compreenderam o momento que estava passando e apoiaram minha liberação para a Pós-Graduação nos últimos meses.

A Rio, Flor de Liz, Rosa, Lagarleta e Aprendiz,

... Queridas entidades-residentes que encontrei nesta pesquisa, obrigada pela disponibilidade e acolhida.

À querida amiga Roberta, que compartilhou comigo esse momento de mestranda; a emoção compartilhada serviu de cimento, aglutinou-nos e, assim, nos reconhecemos uma na outra.

Por último, mas não menos importante, uma vez que lhe dedico esta Dissertação, a Marcos, a quem amo muito, que sustentou meus momentos de crise e insegurança, sempre me apoiando; que teve calma e compreensão nos momentos em que nem eu mesmo suportava minha presença; que, durante todos os momentos, foi sempre o meu amado, querido, companheiro Marquitto.



O universo é formado por singularidades, ou elementos que afirmam suas diferenças na relação com os outros.  
(CARDOSO, Jr., 2002)

## RESUMO

Esta Dissertação busca mostrar quais os processos de produção de si que ocorrem entre os residentes partícipes do Programa de Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição. Também busca entender o que surge e se mostra a partir do estar-junto dos residentes: as socialidades da forma-Residência que se instauram no estar-junto e dar-se-com institucional. O estudo privilegiou uma abordagem qualitativa - através de observações e entrevistas - e teórico-conceitual - com a ajuda de autores como Maffesoli, Morin, Deleuze, Spinoza, dentre outros - com a intenção de compreender a complexidade das relações nesses espaços institucionais. A perspectiva metodológica fundamentou-se na reflexão teórico-crítica e na sensibilização intuitivo-reflexiva, uma vez que foi se constituindo ao longo do estudo, na medida em que se evidenciavam questões que não podiam ser ignoradas. Através da pesquisa foi possível vislumbrar que essa modalidade de formação em saúde é um campo aberto de possibilidades, que permite uma variação de constituição de si dos residentes e da Residência, uma vez que os encontros que ocorrem nesses lugares instauram novas possibilidades aos devires.

**Palavras-chaves: Residência Integrada em Saúde. Formação em Saúde. Educação e Saúde.**

---

SILVA, Quelen Tanize Alves da. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O estar-junto na formação dos residentes em saúde . Porto Alegre, 2010. 126f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

## ABSTRACT

This paper has the purpose to show which are the processes of the production that occur among the participant residents of the Integrate Residence Program of the Conceição Hospital Group. It also aims to understand what rises up and shows itself beginning from the staying together of the residents: the sociability of the Residence-form that are established in the institutional staying together and the dealing with. The study accorded special treatment to a qualitative approach through observations and interviews, and theory concept, with the help of writers such as Maffesoli, Morin, Deleuze, Spinoza, among others, and with the intention of understanding the complexity of the relations in these institutional spaces. The methodological perspective based oneself on the critic-theory reflection and in the reflexive-intuitive sensibility, since it was formed alongside of the study, as it became evident questions that could not be ignored. It was possible to glimpse through the research that this modality association in health is an open field of possibilities that permits a constitutional variation of itself of the residents and of the Residence. It happens because the meetings that occur in these places establish new possibilities for becomings.

**Keywords: Residence in health. Health formation. Education.**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

HCC - Hospital da Criança Conceição

HCR - Hospital Cristo Redentor

HF - Hospital Fêmeina

HNSC - Hospital Nossa Senhora Conceição

LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

R1 - Residente de Primeiro Ano

R2 - Residente de Segundo Ano

RIS/GHC - Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

RM - Residência Médica

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SR - Sala de Recuperação

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 NOS ENCONTROS, AQUILO QUE SOU.....	1
2 NO PESQUISAR, A PRODUÇÃO DE MUNDO.....	9
2.1 OS LUGARES POR ONDE ANDEI.....	21
2.1.1 O lugar que bomba .....	25
2.1.2 Isolamento Amarelo.....	28
2.1.3 O lugar das toucas.....	30
3 ENCONTROS.....	33
4 CONSPIRAÇÕES, TRAMAS DE CONVERSÇÕES E REDE DE AÇÕES NA EDUCAÇÃO DA SAÚDE.....	41
<i>DeVANeios</i> .....	51
5 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: GRANDE E PEQUENAS HISTÓRIAS.....	52
5.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: A GRANDE HISTÓRIA....	53
5.2 CONECTANDO "PEQUENAS" HISTÓRIAS.....	59
5.3 AS ENTIDADES-RESIDENTES, PEQUENAS HISTÓRIAS.....	62
5.3.1 Rio .....	63
5.3.2 Rosa.....	67
5.3.3 Flor de Lis.....	70
5.3.4 Lagarleta.....	72
5.3.5 Aprendiz .....	75
<i>dEvANeios</i> .....	78
6 O DAR-SE-COM DOS RESIDENTES COM A RESIDÊNCIA.....	79
7 NO ESTAR-JUNTO DOS RESIDENTES, O NASCIMENTO DAS FORMAS....	95
<i>DeVANeios</i> .....	109
8 DES-FECHO .....	110
9 NO CAMINHO, OS ENCONTROS .....	112
APÊNDICE A .....	120
APÊNDICE B.....	123

## 1 NOS ENCONTROS, AQUILO QUE SOU

Aqui conto como fui me constituindo naquilo que hoje sou, os movimentos, os encontros, os engendramentos e os acoplamentos que realizei no meu *dar-se com* o mundo. Desde já sublinho que não me encontro dada, pois acredito que caracteriza o ser humano a incompletude, uma vez que se produz em relação, experimentação e alteridade com o mundo e com outros. Assim, fazendo e refazendo-me, em cada encontro e circunstância sou sempre, a cada momento, um ser que renasce a partir do que sou. Nessa cadência estou sempre nomadizando-me<sup>1</sup>. Espero, de alguma forma, causar afecções<sup>2</sup>, de maneira a suscitar um deslocamento no pensamento de quem lê.

Nasci em Alegrete (RS) e, após o meu nascimento, meus pais tiveram mais três filhos, duas meninas e um menino. Tendo pouco estudo, trabalhavam muito para poder sustentar a prole. Tenho boas lembranças de uma infância feliz e festiva: as brincadeiras no parque perto de casa, as corridas de bicicleta, os jogos de bola de gude (sempre escondido de meu pai, pois não era brincadeira de menina!), as lanternas de vaga-lumes confeccionadas por um primo e a minha grande responsabilidade... os estudos. Estudar era a única coisa que meus pais exigiam, isto é, que os filhos estudassem "*para ter um futuro melhor*".

Durante a infância, gostava de ouvir as histórias sobre os fatos folclóricos da região. Isso me despertou o desejo de ler e, assim, iniciei no mundo da leitura, primeiro através de gibis infantis e, depois, veio através dos livros. Na adolescência, desbravei a Biblioteca do Centro Cultural de Alegrete, onde conheci escritores como Jorge Amado, Castro Alves, Érico Veríssimo, Clarice

---

<sup>1</sup> Segundo Ferla (2004), o ser nômade é abrir mão das representações estanques, que produzem as identidades na Modernidade, para comprometer-se com as intensidades da vida das pessoas, configurando-se constantemente.

<sup>2</sup> De acordo com Spinoza (2009), afecção é estado de um corpo considerado como sofrendo a ação de um outro; é uma mistura de dois corpos, um corpo agindo sobre o outro que recolhe o traço do primeiro. Toda mistura de corpo é afecção.

Lispector, Thomas Hardy, Graciliano Ramos, Lya Luft, e tantos outros. Essas leituras serviram de dispositivos para o processo de construção do meu senso crítico. Foram nesses livros que conheci lugares que ainda não fui e passei a compreender que o Brasil é conformado de vários brasis.

Duas contextualizações são importantes de serem mostradas, pois as considero importantes em minha constituição, em meus atos e meus pensamentos, e estão relacionadas às minhas primeiras impressões sobre Saúde e Educação. Uma delas é o fato que sou filha mais velha de quatro irmãos e a essa posição na família estava imbuída a função de ajudar a cuidar dos irmãos menores, ser co-responsável por eles. Logo, percebi que, se orientasse meus irmãos no sentido de cuidarem de si mesmos, poderia brincar com mais liberdade, sem ter a chata tarefa de ficar dando "uma olhadinha" neles. A noção de cuidado, como um processo de mediação na construção da autonomia, sempre esteve presente em minha vida. Na infância, de forma incipiente, para burlar uma responsabilidade; mais tarde, apropriada por mim de forma consciente, defendendo-a com um eixo estruturante das práticas de saúde e um horizonte ético-político das práticas pedagógicas. Para mim, cuidado em saúde deve ser um processo que tenha a capacidade de gerar vida (MERHY, 2010).

A segunda contextualização tem relação com meu primeiro contato com a Educação: ao completar sete anos, ingressei no Ensino Fundamental e não sabia ler e nem escrever. No primeiro dia de aula, a professora realizou um ditado e recordo o meu terror ao pensar que todos ririam quando soubessem que não sabia escrever. Esse medo me levou a um ato desesperado: comi o papel que continha apenas o meu nome, copiado da capa do caderno, onde minha mãe havia escrito. A partir desse episódio, a escola passou a ser, para mim, um lugar de sofrimento; o local onde passava horas copiando, decorando e compreendendo muito pouco do que estudava; que me inspirava paixões tristes uma vez que precisava de minha obediência para manter relações de poder, e que me seqüestrava da vida.

Portanto, e talvez por isso, Saúde e Educação são áreas de conhecimento que procurei aproximar, compreender, ressignificar, com o objetivo de construir práticas e saberes com compromisso ético com a *Afirmção da Vida*<sup>3</sup>, disputando um modo de exercer o trabalho em saúde, formação e exercício profissional (CECCIM; PINHEIRO, 2005). Somente mais tarde pude criar intercessores (DELEUZE, 2008) na relação entre essas duas áreas, fazer com que uma interferisse na outra, provocasse um movimento que me tirasse do imobilismo, criasse um espaço onde se instaurasse a abertura para criação.

Após passar o "funil do vestibular", finalmente ingressei na universidade, ou melhor, na Uni(Di)versidade, pois foi nesse espaço que tive contato com a diversidade. Na graduação, fui morar na Casa do Estudante Universitário (CEU); era requisito, para a entrada, passar por uma moradia coletiva enquanto aguardava a liberação de vagas nos apartamentos; nesse lugar, a proximidade era tal, que com permissão ou não, éramos invadidos um pelo outro; esse espaço era a União Universitária, um lugar que desestabilizava, que provocava caos.

Foi a partir dessa desordem que vários movimentos de reivindicações estudantis foram organizados e, nesses processos, me compreendi enquanto sujeito social. Cresceu em mim o desejo de mudar o que estava colocado como natural (cristalizado) na sociedade, como se não tivesse sido construído através dos tempos e não permitisse ser desconstruído, ressignificado.

Lancei-me na militância estudantil, que instigou minha participação em vários espaços de discussão sobre a Universidade Pública e, em especial, a realidade educacional brasileira. Esse debate sobre educação não foi feito de forma isolada, mas articulado ao debate sobre construção de uma sociedade justa e solidária. Mesmo assim, toda essa efervescência parecia não provocar

---

<sup>3</sup> A noção de vida que refiro não se reduz ao aspecto biológico, à satisfação de necessidades (que muitas vezes gera o consumismo) ou sobrevivência (BONDÍIA, 2002), mas falo do movimento de constituir-se no viver, produzindo-se a partir dos encontros, do viver.



abalos somente em um lugar: no meu curso de graduação, que continuava isolado e estanque.

O Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, localizava-se atrás do Hospital Universitário, encoberto por ele. Essa imagem, para mim, é simbólica: a formação dos profissionais de saúde à sombra do hospital, das especialidades e da biomedicina. A Fisioterapia foi o curso que escolhi, embora não soubesse ao certo o que constituía o objeto de trabalho e estudo dessa profissão. Tive como referência, na minha escolha, algumas pessoas conhecidas que a exerciam. Com angústia, observei, durante a graduação, o desfilar de disciplinas fragmentadas e fechadas, que pouco contribuíam para a compreensão da minha futura profissão, pois não havia ligação entre os conteúdos curriculares. Cada conhecimento em gavetas distintas, abertas em tempos diferentes.

No terceiro semestre, aconteceu um fato que muito me afetou e mudou a minha perspectiva de ver a futura profissão: participei de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde. Atualmente, quando recordo esse momento, lembro meu encantamento, a compreensão de que aquele espaço era uma arena política. Mas foi a fala de um usuário, sua apropriação do sistema, a maneira como tentava influenciar o seu andamento o que mais me impressionou. Esse acontecimento me impulsionou a leituras e discussões sobre o Movimento da Reforma Sanitária, sobre a construção, a dinâmica e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Controle Social. A partir dessas leituras e espaços coletivos de discussão, me constitui uma sanitarista, comprometida com a implementação da Reforma Sanitária, e com o seu conceito ampliado de saúde, uma defensora contumaz da vida. Vários episódios, durante a minha graduação, levaram-me a questionar sobre o referencial de cuidado que orientava essa formação.

Que cuidado era esse que colocava o outro sempre como um objeto?

Entre esses acontecimentos, lembro-me especificamente de um, e recordo, nitidamente, os cheiros, as cores, as sensações, as pessoas e o lugar. Era um dia de aula prática, o lugar era uma escola, a disciplina era Ergonomia; íamos trabalhar com os escolares. Lembro-me da explicação da professora de como proceder; primeiro, verificaríamos quais crianças tinham autorização dos pais; segundo, as buscaríamos nas salas de aulas e, por último, faríamos a avaliação antropométrica dessas crianças.

Recordo as crianças entrando na sala, retirando a roupa na frente de vinte pares de olhos, e ficando na nossa frente para que realizássemos as avaliações, expostas a pessoas estranhas. Meu incômodo nesse dia aumentou quando vi chegar à sala um menino gordinho, que lembrava muito o meu irmão, constrangido em ter que tirar a roupa na frente de tantas mulheres; observei que tirava a roupa e se posicionava envergonhado, com as mãos do lado do corpo, conforme foi orientado, para que fosse possível realizar a avaliação. Ainda ouço o comentário de uma colega: "*ele tem a cabeça anteriorizada, né professora?*". Assim, como lembro o efeito que esse cenário todo teve sobre a criança, que começou a chorar, pois fez xixi na nossa frente, tal o pavor em que se encontrava.

Esse e outros fatos, em minha graduação, suscitaram questionamentos em relação ao referencial de cuidado que permeava minha formação.

Que cuidado era esse que nunca se encontrava com o outro?

Que via o outro como um território de intervenção e considerava o ser humano apenas em seu aspecto biológico?

Que cuidado era esse no qual o acolhimento, a responsabilização e o vínculo não tinham lugar?

Que cuidado era esse que desconhecia que o adoecimento expressa um modo de ser no mundo?

Os territórios, pelos quais me deslocava, iam provocando abalos em outros que estavam em suas proximidades, desestruturando-os. Assim, esse período

instigou indagações e reflexões acerca da formação dos profissionais de saúde e sobre como essa não poderia tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças; deveria desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde individuais e coletivas, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento de autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas de saúde (CECCIM, 2004).

Em 2004, a transmutação conceitual relacionada à formação de trabalhadores em saúde, adicionada à idéia de uma educação dos profissionais da saúde, articulada à montagem de um projeto de Integralidade da Atenção em Saúde, fez-me ir ao encontro da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Fiz parte da primeira turma de residentes da ênfase terapia intensiva, e acho importante destacar o papel ativo que tiveram os residentes desse período ao compreender seus papéis estratégicos e a responsabilidade imbuída, nessas primeiras turmas, de auxiliar a consolidação desse programa. Torna-se relevante considerar a responsabilidade e o papel importante que têm os estudantes na crítica que devem fazer, na mobilização e na organização, para poderem pautar assuntos pertinentes à formação em saúde (DALLEGRAVE; SILVA, 2006).

Nesse período de minha formação, comecei a compor um coletivo de residentes que compreendia que uma das formas de impor sedentarismo às mudanças seria através da preservação do caráter identitário das profissões e uma resistência de abertura à criação (CECCIM, 2005c). Foi a partir dessas convicções que planejamos e propomos a oficina "*O Universo das Práticas e Concepções de Saúde*", a qual integrou a programação do V Fórum Social Mundial e teve como objetivo a reflexão sobre as representações de saúde, e como essas conformam o pensar -agir em saúde. Esse mesmo coletivo articulou, no espaço de saúde desse Fórum, o Espaço Che Guevara, aquele que seria o primeiro encontro

dos residentes de Residências Multiprofissionais, que tinha como perspectiva discutir e refletir a educação no trabalho: um espaço no qual, através das trocas de nossas experiências, pudéssemos potencializar e sermos potencializados.

A verificação de que, na RIS/GHC, o cuidado em saúde seguia sendo pensado de forma nucleocêntrica pelas profissões e que, na prática, a interação e integração ocorria de maneiras diversas (disciplinar e multidisciplinar e, em raras situações, interdisciplinar) me provocou o desconforto necessário para debruçar-me sobre esse tema e procurar respostas.

Por que, apesar da Residência ser uma política de governos e uma política institucional que apostava na formação de um novo perfil profissional. essa continuava operando bastante influenciada pela lógica biomédica?

Dessas interrogações surgiram outras e mais indagações...

Considero que esse foi um momento da minha vida onde tive uma imensa e intensa produção de mim mesmo. Nos encontros que aconteceram nesse lugar conheci pessoas que eram meus pares, outras que eram ímpares. Porém uns e outros auxiliaram no movimento de dobra sobre mim, de criação de novos modos de pensar e sentir. Foi um local em que, pela primeira vez, exerci minha profissão, foi para mim um grande laboratório<sup>4</sup>.

Atualmente, depois de algumas andanças e experimentação de mim e outros lugares<sup>5</sup>, à volta a Instituição na qual realizei minha formação como residente em saúde. Encontro muita coisa que mudou e, ao mesmo tempo, parece igual. A marca que trago é a residente- em-mim que nesse local atualiza-se

---

<sup>4</sup> Prefiro o uso da palavra laboratório a oficina desde que conversei com um amigo - Diego Kurtz - que é fisioterapeuta e bonequeiro. Ele me falou que esse termo expressa melhor a dimensão de experimentação que pode operar nesse espaço do que a palavra oficina, que seria um local de manutenção, de exercício de um ofício.

<sup>5</sup> Trabalhei em um hospital, em uma instituição mantida pela sociedade civil e participei como facilitadora em uma ONG (Organização Não- Governamental) de projeto de multiplicadores com jovens.

colocando em relevo as implicações que devo ter como trabalhadora. É assim que retorno à temática sobre a Residência Multiprofissional buscando ver os encontros que acontecem nesse local e como os residentes constituem-se a partir disso, que estar-junto estabelecem na convivência, nas emoções partilhadas.

As exposições que tive a partir do meu *dar-se com e no* mundo foram responsáveis pela constituição de minhas disposições, uma vez que foram a partir delas que me constitui. Dessa forma, o tema pesquisado tem relação direta com minha implicação, minha auto-interrogação no meu agir produtor de cuidado, em colocar-me ético-politicamente em discussão no trabalho e na formação (MERHY, 2005b). Portanto, esse tema resulta dos movimentos que realizei, das lacunas que foram se abrindo nesse movimento, das relações que estabeleci com o mundo, com os outros e comigo mesma. Por que é assim que caminho, oscilo...

Assim, esse estudo é a forma que se deu a partir do meu encontro com o mundo e expressa uma mistura de mim e de muitos outros.

## 2 NO PESQUISAR, A PRODUÇÃO DE MUNDO

Sei que as idéias que nos são necessárias para conhecer o mundo são, ao mesmo tempo, o que nos camufla este mesmo mundo ou o desfigura (MORIN, 1997, p.10)

O conhecimento é a navegação em um oceano de incerteza, entre arquipélagos de certezas (MORIN, 2005 p. 91)

Pesquisar é uma produção de mundo. Por que afirmo isso? Porque no processo de pesquisa tem uma produção de realidade em que (re) construímos mundos. Essa configuração de mundo, que acontece a partir de um processo de construção de conhecimentos, envolve escolhas, composições e registros dos caminhos percorrido, das "descobertas" e (re) significações que foram realizadas durante esse percurso.

Esse processo não é facilmente desenvolvido, pois durante seu desenvolvimento surgem dúvidas e dificuldades em relação a que rumos devem ser escolhidos e, além disso, ele anuncia freqüentemente nossa incompletude. Estamos sempre em movimento de apreender e nunca estamos em posse do conhecimento suficiente para abordar a complexidade de um objeto. Resta, para nós, a busca incessante, sempre a aproximação. Assim, vários foram os desafios que se colocaram durante esse estudo para mim: na escrita, nas escolhas dos modos como iria acessar o que queria pesquisar, e na reflexão de mim na pesquisa e no seu desenvolvimento.

No processo de escrita, tinha receio de não conseguir deixar claro, reduzir ou mutilar, o que queria dizer; medo de não encontrar o meu *daimôn*<sup>6</sup> da escrita, o

---

<sup>6</sup> Morin (1997) afirma que obedecemos a forças poderosas sem saber, daimôns - demônios - que são entidades espirituais ao mesmo tempo inferiores e superiores a nós, esse demônios segundo o autor nos possuem enquanto não compreendemos que são nossas fontes vivas, assim é importante

meu demônio, o qual me deixaria tão inspirada e criativa que conseguiria traduzir toda a perfeição que se encontrava em minha imaginação; perfeição essa que poderia se perder na ponta de meus dedos (MONTERO, 2004). O medo de uma escrita que não expressasse todas as minhas potencialidades me paralisou diversas vezes. Foi necessário compreender que a escrita expressava meu limites e me colocava desafios.

Rolnik (1993) afirma que a escrita é uma exigência das marcas<sup>7</sup>, que vão se produzindo nos encontros. Os momentos em que a escrita não acontece podem se dar por três motivos. Primeiro, por termos "eu" demais, sobrando e demandando, e ficarmos sem disponibilidade para escutar o que, do plano do invisível(dos afetos, emoções, sensações, fluxos e intensidades), sobra em relação ao que compõe nosso equilíbrio atual no plano do visível(das formas, representações e identidades); uma indisponibilidade para responder às exigências desses desassossegos e para criar um lugar em que eles possam existir. Outro motivo pode se dar pelo tempo que sobra em relação ao espaço que dispomos e é preciso passar um longo tempo em que a escrita opera em silêncio e nos parece que nada acontece. O terceiro motivo tem como causa um tempo demasiado prolongado sem escrever, onde a escrita sai como água enferrujada em uma torneira em desuso.

Neste processo, alguns desses momentos foram vividos. Por vezes, havia uma proliferação de coisas acontecendo em campo, e sendo lidas por mim que causavam incômodos. Não sabia de que forma poderia articulá-las, até mesmo se esses incômodos poderiam servir a este estudo. Havia momentos de muitas idéias, de uma produção intensa no qual não conseguia escrever, pois ainda não

---

reconhecê-los e dialogar com eles. Considero o daimôn da escrita uma força com semelhante vitalidade e com a qual precisamos conectarmo-nos para que nossas escrituras sejam potencializadas, para seja possível a abertura a criações e experimentações.

<sup>7</sup> As marcas são os estados vividos em nosso corpo no encontro com outros corpos, a diferença que nos arranca de nós mesmos e nos torna outro (ROLNIK, 1993).

tinha clara a forma que poderia desenhar-se a partir das conexões que estavam sendo realizadas. Acredito que essas inquietações acompanhem a maioria das pessoas que precisam formular e desenvolver um trabalho acadêmico e, por isso, registro que neste processo não foi diferente: às vezes conseguia escrever, acompanhada por minha querida entidade - o meu *daimôn* -, o que me ajudava e deixava mais leve a minha missão; outras vezes desenvolvia minha atividade sozinha, de uma maneira mais árdua.

A suposta autoria, que a escrita deveria ter, era outro motivo de preocupações: como expressar singularidade a palavras e coisas que vários outros já haviam dito e escrito ao longo desses milhares de anos que me antecederam? Acredito que a autoria foi exercida quando procurei, pelas exigências das marcas produzidas nesta pesquisa, corporificar uma dissertação a qual expressasse os pensamentos e reflexões- que emergiram nos encontros - do conjunto dos autores.

Diversas indagações foram surgindo e, dessas, fui construindo opções que auxiliaram na forma como fui agregando outras preferências e dando forma a este trabalho. Dentre essas, destaco: procurar estabelecer uma racionalidade diferente da que temos atualmente, que tudo classifica e explica, ou seja, atentar para a "força bruta" dos conceitos (MAFFESOLI, 2008) e compreender o processo de pesquisa como um processo de produção de realidade. Essa última questão me fez refletir sobre as implicações ético-políticas que esta pesquisa poderia ter, a quais paradigmas estaria se aliando, que efeitos teria nas relações de poder, que relações estabeleceria com o conhecimento que estava operando.

Em relação a essa última questão opto por mostrar-me, descobrir-me para quem estiver lendo esta pesquisa, deixar em evidência as redes às quais estou conectada. Revelo, assim, minha relação com um repertório, minha prática de pensamento e, dessa forma, não me coloco como um modelo, mas demonstro as



relações que podem ser feitas com os conhecimentos para podermos (re) significar nossa vivência (ROLNIK, 1993).

A auto-ética me exige não camuflar minha subjetividade em meus textos, não apresentar-me como proprietário da verdade objetiva, mas deixar-me ver ao leitor, inclusive em minhas franquezas e pequenezas [...] (MORIN, 1997, p. 83)

Ao procurar exercitar uma *racionalidade sensível* (MAFFESOLI, 2008), busquei compreender a correspondência das coisas, fazer o esforço de afastar-me das abstrações, entender que nunca teria uma totalização e que a realidade que tentava abordar estava em constante mutação. Ou seja, perceber que meu trabalho teria um caráter provisório naquilo que ele buscava abranger. Foi dessa forma que consegui diminuir e controlar minhas pretensões megalomaniacas de realizar um estudo que a tudo explicasse.

Buscar reconhecer o vitalismo que move a vida social (MAFFESOLI, 2008) é um dos poucos imperativos que trago neste estudo, nesse caminho em que todas as representações que tinha foram colocadas em suspeição, em que procurei construir um conhecimento encarnado da realidade dos sujeitos que a ele pariram. Para alcançar esse anseio, montei uma estratégia de auto-vigilância. Sempre que, tal como a Medusa, meu olhar petrificava a realidade, por mim observada, era realizado o exercício de fazer o que Perseu fez com seu cavalo Pegasus: voar e ver as coisas de outra forma, voltar a ver a fluidez, o movimento (CALVINO, 1990).

Operar com conceitos que não fossem fechados, e nem reduzisse o que estava em estudo, foi outro imperativo que facilitou meu objetivo de estar sempre orientada por uma racionalidade diferente que discorda da máxima da Modernidade para a qual a sociedade estaria em ordem se cada coisa estivesse

em seu lugar. Maffesoli (2008) afirma que, ao tentarmos nomear com precisão as coisas, cometemos o assassinato do que é nomeado. A personagem de Mosé (2006), Maria Fumaça, diz que o nome é o quieto das coisas, ou seja, não diz de todas as potencialidades e possibilidades contidas na coisa. Por isso, o cuidado em elaborar com conceitos e teorias que não se encerrem em si mesmos, mas que contenham essa condição de deslocamento (DELEUZE, 2008).

Inicialmente, a pergunta motriz para este estudo era: De que forma os modos de cuidado, organizados nos serviços de saúde, conseguem a adesão (ou não) dos residentes por uma determinada concepção de outro, de Vida, de Saúde e de Cuidado? Buscava compreender, a partir dessa questão, que processos de subjetivação<sup>8</sup> poderiam ser produzidos a partir do encontro dos residentes<sup>9</sup> com os serviços de saúde, nos quais iriam realizar sua formação em serviço.

Uso a palavra *era* porque, nesse percurso, algumas coisas fui (re) vendo, pois o campo de pesquisa passou a "tocar-me" com intensidade em relação a questões que até o momento não tinha percebido. Primeiro, a de que os serviços, na constituição-de-si dos residentes, eram apenas um dos inúmeros pontos em que os residentes conectavam-se e conectam-se para produzirem-se. Segundo, comecei a perceber os inúmeros encontros que aconteciam nesses lugares e com os diferentes corpos, entre esses o meu. Esses encontros me fizeram compreender que nesse estar-junto, os residentes, constroem significados e ressignificam-se. Assim, os processos de subjetivação acontecem na conexão com diferentes lugares, pessoas e coisas. Encantou-me perceber que esses encontros anunciam inúmeras formas, devires das realidades onde se encontram

---

<sup>8</sup> Processos de subjetivação são modos de vida que se criam no domínio dos encontros dos corpos (CARDOSO JR, 2002).

<sup>9</sup> Residente, nesse estudo, é o estudante que realiza sua formação em uma especialização na forma de Residência em Saúde, uma modalidade de educação pelo trabalho.

esses sujeitos<sup>10</sup>.

Assim, descrevo e narro como esses residentes constituíram-se na relação com essa rede de conexões e nesse estar-junto, que construíram a partir da identificação de pertença a um lugar comum: o ser residente. Observei vários encontros: o da Residência com os residentes, o do residente com a Residência, o do residente com os serviços, os residentes entre si, dos residentes comigo e dos residentes consigo mesmo na reflexão de suas práticas e pensamentos. Enfim, grandes encontros, que ajudaram a (re) construir lugares e territórios, coerências e incoerências.

Esse deslocamento, que ocorreu durante a pesquisa, acredito que foi efeito das renúncias de algumas inclinações e a abertura para compreender e afetar-me pelos encontros. Acolher o que me acometia. Olhar o que me convidava a ser visto e não manipular em favor daquilo que eu desejaria que fosse (MAFFESOLI, 2008).

Percebi, em minha investigação, que a Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) poderia servir como dispositivo para uma formação em que o usuário fosse o centro do projeto terapêutico em saúde, em que se constituísse uma relação com os indivíduos e coletivos na qual fizesse parte o acolhimento, a responsabilização e a construção de autonomia dos usuários. Ao longo deste estudo, observei que muitos residentes, por mim entrevistados, já traziam consigo a disposição para a construção de um cuidado humanizado e interdisciplinar. Dessa forma, a Residência *poderia ser* o dispositivo para uma formação em consonância com o Sistema Único de Saúde, que possibilitasse a formação de profissionais com capacidade de operarem modos de cuidados focados nos usuários e suas necessidades. Porém, em muitos

---

<sup>10</sup> Tomo a expressão sujeito tal como Merhy (2007), sujeitos que se sujeitam e que sujeitam, instintivos e instituídos; sem uma identidade que está sempre em nós, sempre em produção, partindo de um território, abrindo-se para o outros possíveis.

dos casos, que aqui apresento, essa modalidade de formação também foi um catalisador, potencializando as disposições que os residentes em formação já apresentavam, servindo, da mesma forma, como um fator agregador, como pólo de atração para muitos desses residentes que tinham afinidade com o campo de saúde a qual a proposta da Residência expressava e buscava afirmar. Dispositivo, catalisador, fator agregador, elementos que constituem a natureza da Residência Integrada em Saúde, que operam de forma concomitante, com graduação diferente entre si, suscitando efeitos conforme os seus diferentes arranjos.

"Vá para o campo e depois diga o que foi sua pesquisa". Essa frase proferida em minha Banca de Qualificação do Projeto de Dissertação, por um dos avaliadores, permitiu que procurasse construir uma relação diferente com a metodologia de pesquisa: ir construindo o método conforme fosse necessário a aproximação com o que estava pesquisando. A metodologia construída dessa forma não aconteceu facilmente, freqüentemente flagrava-me buscando portos seguros onde ancorar, pois a visão da costa que se delineava a frente não tinha garantia nenhuma, era incerta quanto aos contornos e nada podia prever (MAFFESOLI, 2008).

Eu sei, eu sei, que esse momento de entrada no campo às vezes provoca pânico e assim estou: em pânico. Achei interessante construir uma metodologia que se construía na travessia, mas a coisa não é fácil, pois muitas vezes as repetições e modelos são tão cômodas, tão acolhedoras... tão mais fáceis (SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

Mas cá estou eu a escrever sem nexos, sabe por quê? Medo de não ter as rédeas do processo, de expor-me (SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

Na perspectiva deste estudo, que se configurou como uma pesquisa qualitativa, a incorporação dessa compreensão foi bastante relevante para abranger as diferentes facetas e interfaces da pesquisa. Assim, esse foi um processo de desconstrução e reconstrução constante de mim, enquanto pesquisadora e, conseqüentemente, do meu objeto de pesquisa, uma vez que há a inseparabilidade do sujeito e seu objeto. O si e mundo são co-engendrados pela ação, de modo recíproco e indissociável (KASTRUP, 2005).

A política cognitiva construtivista compreende que o mundo não está dado, nos fornecendo informações prontas, mas que deveríamos tomá-lo como uma invenção, como engendrado conjuntamente com o agente do conhecimento. Assim, não existe *coleta de dados* e sim uma *produção de dados* (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005). Mas engana-se quem toma este estudo como uma ficção em conseqüência do que foi afirmado anteriormente. Não é ficção porque foi a produção do que estava em latência, precisando apenas o desenvolvimento de sensibilidades e abertura. Esse processo tampouco foi espontâneo ou primitivo, pois o que se tem acesso pela sensação é hipercomplexo: um incessante movimento que produz diferença cujo efeito é a perda de sentido das formas vigentes e a invenção de novas formas (ROLNIK, 2003).

Meu percurso metodológico foi construído assim: na interação, diálogo e afetação. Busquei realizar o esforço de suspender todas as minhas certezas e referências. Confesso que foi bastante difícil realizar esse movimento de descolar-me dessas pressuposições, uma vez que realizei minha formação enquanto residente nesse lugar e, constantemente, a residente-em-mim entrava em identificação com os residentes do serviço.

Conhecia os serviços os quais queria investigar, e isso serviu para o bem e para o mal durante o desenvolvimento da pesquisa: para o bem porque facilitou minha entrada em campo, para o mal porque, inicialmente, buscava explicar o

vivido pelo residente através da minha experiência ou de reflexões realizadas anteriormente.

Tento esvaziar-me de todos os meus preceitos... É difícil! Pois parte de minha formação aconteceu ali, tenho carinhos, lembranças, magoas e ranços (SILVA, Diário de Acompanhamento, maio de 2010).

Fiz duas apresentações do meu Projeto de Pesquisa nesse lugar: uma para todos os que quisessem compreender o que seria o meu estudo (ou o que poderia desenhar-se) e outra por causa de alguns ruídos gerados pela minha pesquisa<sup>11</sup>. A primeira apresentação de meu Projeto de Dissertação poderia ter servido como um analisador do campo, tais as repercussões que teve. Ao buscar entrar em contato com o serviço em que desejava desenvolver a pesquisa, me disponibilizei a apresentar o Projeto para o serviço. Esse espaço foi organizado pela coordenadora do serviço e descrito, em um outro momento, por uma das pessoas que esteve presente, como privado e exclusivo em que poucas pessoas foram convidadas, uma fala que me levou a buscar compreender as forças que compunham aquele lugar e como elas se relacionavam. Assim, atentei para a correlação de forças e tensões desse campo que poderiam interferir no desenvolvimento deste estudo, tais como: a escolha de uma preceptora<sup>12</sup> a qual os

---

<sup>11</sup> Na verdade, esse ruído expressou um conflito que existia nesse local com um dos núcleos profissionais e a Residência, conflito criado há bastante tempo - acredito que desde o tempo em que fui residente nesse lugar - e que, infelizmente, é possível observar atualmente com a separação que existe entre os profissionais desse núcleo - e dentro desse núcleo por um grupo de trabalhadores- e os residentes em campo. Assim, essa resistência inicial foi uma resistência a um movimento que eles identificavam como da Residência.

<sup>12</sup> Conforme Ferla e Ceccim (2003), *preceptoría* (acompanhamento e orientação profissional na educação em serviço), se faz por orientação de conhecimentos do campo da saúde; por orientadores dos núcleos de saberes e de práticas que aprofundem a resolutividade dos cuidados

trabalhadores do campo tinham resistência - os trabalhadores acreditavam que ela tinha pouco tempo de instituição para ser preceptoria, no entanto essa tinha o respaldo dos residentes -, a escolha recente da coordenação do serviço e coordenação da ênfase da Residência e conflitos que aconteciam entre um dos núcleos profissionais<sup>13</sup> que constituíam esse serviço e as pessoas que pertenciam ou representavam a Residência.

Assim, para viabilizar meu trabalho de pesquisa tive que construir como estratégia deixar o mais evidente possível o que estava fazendo ali e quem eu era, buscando nesse processo ir dialogando com o diferentes serviços e grupos que constituíam esse serviço.

Recebi um telefonema pedindo que apresentasse mais uma vez meu projeto. Fiquei irritada! Mas depois resolvi que seria interessante buscar compreender o que era esse ruído. Há uns dois dias a coordenadora do serviço chamou-me e deixou claro que não tinha ocorrido nada e que o serviço estava a minha disposição. Porém a representante de outra profissão afirma que houve problema de comunicação entre as pessoas e "instância". Assim, buscarei ouvir esses ruídos para saber o que eles significam (SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

Ao saberem da minha pesquisa de mestrado os residentes que estavam nos campos, aos quais eu investigaria, me acolheram e mostraram-se disponíveis e

---

assistenciais e de promoção à saúde; por orientadores de pesquisa que têm a função de desenvolver o processo de pensamento e expressão reflexiva; por orientadores técnico-docentes que fazem a abordagem dos conteúdos teóricos de estudo e reflexão sobre a prática de gestão e atenção à saúde, além de apoiadores de ensino em serviço, constituídos pelo conjunto dos trabalhadores de cada local credenciado de profissionalização.

<sup>13</sup> Conforme Campos (2000), *o núcleo* demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e *o campo*, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

acessíveis. Achei interessante esse fato, pois me pareceu que entre eles havia a compreensão de que era importante participar de processos de construção de conhecimento, talvez porque estivessem também desenvolvendo uma pesquisa, ou talvez por compreenderem o papel que teriam nessa construção e não se negassem a exercê-lo. Percebia que eles confiavam em mim na missão de deixar passar as vozes deles em meu texto. Possivelmente, essa confiança aconteceu a partir de uma identificação, uma vez que fui residente.

Em um primeiro instante, realizei observações com o intuito de passar despercebida, mesmo os residentes sabendo da minha presença. Porém, com o passar do tempo, os residentes por mim observados tinham sempre a necessidade de contar suas histórias de dizer sobre suas práticas e, por isso, caracterizo esse primeiro instante não como observação e, sim, como uma *Experiência compartilhada*<sup>14</sup>. A partir dessa maneira de estar no campo de pesquisa, acredito que consegui, de alguma forma, ir além daquela maneira de conhecer em que a visão é um instrumento que tem centralidade (EUGÊNIO, 2003), pois precisei estar permeável a outras formas de conhecer, como as sensações e afetos que faziam com que eu sáísse de um território e revisse, a partir desse outro lugar onde era lançada, minha maneira de pensar.

Nesse momento, dividimos histórias - pois eles também queriam saber de mim-, vivências e impressões. Nessas *Experiências Compartilhadas*, acompanhei 05 residentes no período de dois meses, não apenas no espaço de serviço, mas também em outros espaços de formação, como os grupos de discussão das terças-feiras, o da socialização com os demais profissionais - na hora do lanche -, o da conversa que tinham entre eles. Por fim, procurei ver o efeito que eles tinham, enquanto grupo em uma Assembléia da Residência Integrada do Grupo

---

<sup>14</sup> Refiro-me ao termo Experiência Partilhada durante o tempo que fiquei em campo, porque nesse período deixei que as coisas que aconteciam me tocassem, abri espaço para compreender as sensações que me eram despertadas, assim como muito do que vive foi através de emoções compartilhadas com aqueles com que estava junto no campo de pesquisa.



Hospitalar Conceição a qual foi discutido o Regimento desse Programa.

Durante esses momentos, usava para fazer o registro do que via, ouvia e sentia, um Diário de Campo, que, inicialmente, constituiu-se assim, mas que, com o passar do tempo, foi servindo como um companheiro, pois extrapolou o registro do que era vivido no campo, passou a ser o lugar onde registrava minhas questões, angústias, reflexões; foi dessa forma que foi denominado por mim de *Diário de Acompanhamento*<sup>15</sup>.

Por fim, para compreender os processos de constituição desses residentes, realizei entrevistas, a partir de um roteiro, nas quais buscava também compreender suas trajetórias e compreensões.

Este trabalho precisou passar no Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, mas a ética que traz na sua construção é a minha reflexão constante na relação com meus sujeitos de pesquisa: na compreensão deles da minha pergunta; na revisão deles de suas entrevistas ou perfis; na avaliação da entrevista que realizei conjuntamente com eles; no compromisso de que neste estudo, buscava não supor o que eles dissessem e nem ler nas entrelinhas para não cair em abstrações; buscava dar vozes a eles e fazê-los compreenderem que, apesar do esforço de fazer emergir um conhecimento em que pudessem encarnar as formas que eles constituíam, a partir de suas vivências, eu sempre estaria mesmo, que não quisesse, tendo um referencial, uma circunvisão de mundo, ainda que buscasse constantemente deslocar-me do meu lugar.

Por fim, explico que, ao longo do texto, em alguns momentos, mesclarei o uso da primeira pessoa e da terceira pessoa por compreender que muitas reflexões são resultados do campo ético e político no qual estou mergulhada, pois

---

<sup>15</sup> Denominei assim por considerar que ser pesquisador é uma tarefa bastante solitária, por mais que se divida com outros suas questões, reflexões ou descobertas. O registro nesse diário serviu para mim como uma interlocução, uma escrita sempre endereçada; mesmo que agora compreenda que essa conversa era comigo mesma.

trago perspectivas de autores que por mim são compartilhadas e que ajudaram a me constituir enquanto sujeito, porque seus escritos, suas reflexões mobilizaram-me em minhas potencialidades e possibilidades. Assim, o uso dessa terceira pessoa, o nós, expressando esses sujeitos, coletivos que também constituo, expressando esses muitos outros que também estão em mim e são eu.

## 2.1 OS LUGARES POR ONDE ANDEI...

Aqui falarei sobre os espaços, lugares, por onde me desloquei ao realizar essa pesquisa. Porque acho importante dizer como esse lugar é constituído? Porque para compreender as formas e socialidades<sup>16</sup> que nascem nos encontros é necessário olhar os lugares em que acontecem esses eventos, pois estes têm sinergia e se fecundam a partir desse território (MAFFESOLI, 2005a).

Será no espaço o meio na qual vai desenrolar-se o cotidiano, e nesse que as experiências e emoções irão ser compartilhadas entre aqueles que ali estão, será o lugar que deixará em relevo o que me liga ao outro, a conjunção. Assim, começarei a descrição desse lugar de uma maneira mais ampla, descreverei a instituição de uma forma descarnada, mas logo adiante procurarei dar músculos e sangue a essa descrição, de maneira que seja possível sentir o pulsar dessas paisagens por onde andei.

Esse estudo foi realizado no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado na cidade de Porto Alegre (RS). O GHC é uma instituição de saúde vinculada ao

---

<sup>16</sup> Uso o termo socialidade de acordo com Maffesoli (2008), para falar de um social que nasce junto com o cotidiano, a partir de emoções e experiências compartilhadas. Assim, as ligações entre as pessoas acontecerão com uma maior organicidade devido à proximia e a convivência.

Ministério de Saúde, constituído por quatro hospitais - Hospital Conceição (HNSC), Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR) e Hospital Fêmeina (HF) -, doze postos de Saúde Comunitária, dois Centros de Atenção Psicossocial - CAPS II e CAPS álcool e outras drogas - e um Serviço de Internação Domiciliar, atuando de maneira integrada à rede de saúde local e regional, atendendo a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado.

Essa instituição está vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e, atualmente, têm, em seu quadro funcional, 7.599 trabalhadores das mais diversas profissões. Em função da diversidade dos serviços prestados, o GHC tornou-se uma referência para o Sistema de Saúde Estadual, atende a 10% da população de Porto Alegre em Atenção Básica e é também o maior prestador público do Estado com atendimento voltado integralmente à prestação pública dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O GHC, pela amplitude e diversidade de práticas e serviços que o constitui, tornou-se, ao longo do tempo, um espaço de formação e campo de práticas para a formação de diferentes trabalhadores da saúde, de diversos níveis educacionais. Verifica-se, nos últimos anos, o fortalecimento entre os serviços e as ações assistenciais com o ensino e a pesquisa. Em face desse processo, foi possível em abril de 2004, através da Portaria nº 1.074, a certificação, como Hospital de Ensino, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, do Hospital Cristo Redentor e do Hospital Fêmeina (BRASIL, 2009).

A Residência integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi instituída em 2004, a partir de um projeto elaborado e apresentado pela Instituição ao Ministério da Saúde. Essa se caracteriza por ser uma modalidade de pós-graduação de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional,

acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional. O período de formação é de dois anos com carga horária de 60 horas semanais. Essa carga horária é constituída por atividades de formação em serviço (80% da carga horária) e formação teórica (20 % da carga horária).

Os princípios orientadores da RIS/GHC são: a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente. Esse programa tem como missão:

Formar profissionais para a área da saúde, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, a partir da inserção dos/as mesmos/as em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

A RIS/GHC é constituída pelas ênfases<sup>17</sup> Atenção ao Paciente Crítico<sup>18</sup> (anteriormente conhecida como Terapia Intensiva), Saúde Comunitária, Saúde Mental e Oncologia e Hematologia. Dentre os campos de formação desse programa optei pela ênfase em Atenção ao Paciente Crítico, pois achei interessante o processo que estava acontecendo nesse lugar, uma vez que os

---

<sup>17</sup> As áreas de ênfases das Residências Multiprofissionais seriam as especialidades dentro do campo da saúde, ex: saúde mental, atenção ao paciente crítico, saúde comunitária, hematologia.

<sup>18</sup> A ênfase de Terapia Intensiva, desde o ano de 2009, vem rediscutindo sua reelaboração para que aconteça de acordo com a Política Nacional do Paciente Crítico, essa perspectiva compreende que a Terapia Intensiva deve inserir-se em um processo assistencial em conformidade com os princípios da integralidade, universalidade e equidade e deve estar integrada aos demais âmbitos de atenção do Sistema Único de Saúde, assim a formação de trabalhadores para essas áreas devem ultrapassar a preocupação técnica e tecnológica e incorporar referenciais tais como as linhas de cuidado, integralidade e humanização da atenção, enfoque no usuário e participação ativa de diversos profissionais (BRASIL, 2005).

residentes de segundo ano, participantes da pesquisa, seriam os últimos a terem a certificação como intensivistas, pois a formação nesse campo estava sendo reformulada a partir da compreensão de Atenção ao Paciente Crítico. Dessa forma, de maneira correlata nesse campo estaria ocorrendo uma formação em Terapia Intensiva para os residentes de segundo ano e para os residentes de primeiro ano a formação estava acontecendo conjuntamente com a construção da nova ênfase Atenção ao Paciente Crítico. Seduziu-me a possibilidade de acompanhar esse processo.

Os serviços, nos quais ocorreu esse trabalho, localizam-se no Hospital Nossa Senhora Conceição e constituem os locais de campo de formação da Ênfase Atenção ao Paciente Crítico da Residência Integrada em Saúde/GHC. Esses lugares foram denominados<sup>19</sup> por mim da seguinte forma: O lugar que bomba, Isolamento Amarelo, O lugar das toucas.

Por último, gostaria de ressaltar que esses locais constituíam o campo adulto da Terapia Intensiva e que, dos cinco residentes que acompanhei durante esses dois meses, alguns experienciavam seus processos de formação sem outro residente no mesmo campo, uma contradição para uma formação que traz o discurso da multiprofissionalidade e a construção de um cuidado interdisciplinar. Porém, apesar de algumas dificuldades, que serão abordadas posteriormente, vivenciadas pelos residentes em suas formações, esse serviço, para esses estudantes-trabalhadores, era o campo mais preparado e organizado para receber a Residência, um local que propiciava a aprendizagem.

---

<sup>19</sup> Essa denominação foi realizada a partir de peculiaridades do local ou pela forma que os residentes se referiam a eles.

### 2.1.1 O lugar que bomba

Olha o raio!

Enfermeiraaaa!

Cadê o médico?

É preciso lavar as mãos!

Todos esses sons constituem esse local, aqui denominado como *O lugar que bomba*. As pessoas internadas nesse serviço apresentavam um quadro agudo e grave de doença, requeriam muitos procedimentos e o uso de muitas tecnologias duras<sup>20</sup>. Aqui a vida podia esvair-se rapidamente, como presenciei algumas vezes em que os profissionais precisaram deslocar-se rapidamente para a beira de um leito para acompanhar alguma alteração que colocava em risco de morte um paciente. Provavelmente é por esse motivo que um dos meus entrevistados o descreveu, como o lugar que bomba, que não pára.

---

<sup>20</sup> Segundo Merhy (2002), as tecnologias no trabalho em saúde podem ser classificadas em: leves (que são as tecnologias de relações, tais como: produção de vínculo, autonomização, acolhimento, humanização, responsabilização), leve-duras (que são saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho, sua característica enquanto leve é a forma como esse saber é articulado depende da circunstância que se apresenta e com sua visão do trabalhador) e duras (equipamento tecnológico: máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Nunca tinha percebido que a UTI é tão confusa, muito barulho, muitas pessoas, vai-vem e cada um entretido em seu processo de trabalho(SILVA,Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

Existem, nesse lugar, alguns rituais importantes como a passagem de plantão e o *Raundi* - uma discussão clínica dos casos dos pacientes internados a beira do leito. Nesses, acontecia a troca de informações entre os profissionais. Eram espaços em que o diálogo entre os trabalhadores eram realizados a partir dos territórios das profissões, onde falavam e discutiam problemas ou novidades do cotidiano, um momento importante de encontro entre eles, um encontro condicionado a certas formalidades do lugar, como a presença obrigatória de determinados profissionais, a grande quantidade de apropriação de técnicas e conhecimentos que deviam ser expressados e repassados, o ritmo sempre repetitivo. Nesses momentos, observei algumas demonstrações de afeto entre as pessoas, através de pequenas piadas, sorrisos e piscadelas.

O ritmo desse lugar é cadenciado, às vezes é mais rápido e, outras vezes, mais lento: no começo da manhã é acelerado, pois há a passagem de plantão, várias pessoas indo embora e outras chegando, coisas que aconteceram que precisam ser ditas e ouvidas; depois há um período de muito procedimento, mas no qual não têm mais tanta agitação, o serviço entra na rotina. Aos poucos é possível visualizar e sentir a agitação retornando: é outra passagem de plantão, a paisagem vai mudando novamente. Essa regularidade pode ser interrompida quando chega um paciente grave ou quando um paciente tem seu estado clínico alterado.

Nesse serviço tem grupo para muitas coisas, grupo para lavagem das mãos,

para a Educação Permanente<sup>21</sup> (ou seria Continuada), para a glicose, para medidas de níveis de sedação, e outras. Como rotina é previsto discussões de casos clínicos a beira do leito. Essas discussões eram promovidas pelos profissionais médicos e os outros profissionais participavam, mas em nenhuma das vezes, em que observei esses momentos, eles foram iniciados por profissionais não-médicos. Essas discussões eram organizadas principalmente por uma equipe médica na qual o preceptor tinha afinidade com a proposta da Residência Integrada. Esse fato fazia com que os residentes vinculados à Residência Integrada, desenvolvessem estratégias para que pudessem integrar tal equipe médica e, assim, participar das discussões, pois consideravam um momento de muita aprendizagem.

As discussões abordavam aspectos biológicos e não me lembro de ter visto alguma vez a abordagem referente a outros aspectos que não fossem biológicos.

*Ouçõ a seguinte sentença: Esse paciente tem cirrose e cirrose é uma doença que inexoravelmente vai levar a morte, seja qual for o caminho o paciente vai morrer pela doença. Pensei: será? Será que não morre de outra coisa antes, de um amor, de um ódio ou mágoa?(SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010)*

Nesse local, que não pára e a morte espreita, o sofrimento que ela traz quase não entra, pois a notícia da perda é informada aos familiares em outro espaço e pelo profissional médico. Mas quando acontece de um familiar receber a

---

<sup>21</sup> Durante minhas observações percebi uma caixa onde estava escrito "Educação Permanente - deixe sua sugestão de capacitação", confesso que achei estranho estar escrito na mesma linha Educação Permanente e capacitação, pois a Educação Permanente em Saúde é a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em análise. A partir das reflexões de práticas vividas é possível produzir desconforto e a disposição para construir alternativas de práticas e de conceitos (CECCIM, 2005a).



notícia do óbito no serviço, na presença dos demais profissionais, essa pode ser uma experiência tão desestabilizadora que promove a reflexão sobre os modos de produção de cuidado, como explicitarei mais adiante.

Aqui, as interações entre os diferentes profissionais acontecem de forma pontual e efêmera, baseada em afinidades pessoais.

Falou-me que seu relacionamento com outras pessoas e profissões era tranqüilo, pareceu-me mesmo; mas não vejo muita interação, observei um residente médico que aproximou-se e perguntou informações referentes a alguns documentos que precisava preencher, ela respondeu e ele afastou-se. Será que a multiprofissionalidade se restringe a um amontoado de profissionais no mesmo campo (SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010)?

### 2.1.2 Isolamento Amarelo

Todo mundo de amarelo...

Se não usar amarelo não pode tocar em nada...

O amarelo representa um alerta, significa que o trabalhador que está com aquela cor de uniforme pertence a um serviço em que há pacientes em isolamento - possuem alguma bactéria de difícil tratamento que pode colocar em risco outras pessoas com o sistema imunológico alterado - e, portanto, não deve circular em outros lugares. Isolamento do paciente, isolamento do profissional.

Presenciei uma cena em que um residente provocou um alvoroço ao entrar de amarelo em outro serviço, provocou um alvoroço e levou uma reprimenda, apesar de estar explícito que ele ainda não compreendia porque não poderia circular entre os serviços.

O amarelo servia também para identificar quando alguém não pertencia àquele lugar. Pude verificar isso quando no primeiro dia de campo as pessoas vieram logo perguntar quem eu era. Ao começar usar o amarelo, pude tranquilamente realizar a produção da pesquisa em campo, sem mais sofrer interrogações sobre o que estava fazendo ali. A rotina acontece de forma mais intensa nas primeiras horas do turno e, no seu decorrer, as coisas ficam mais tranquilas. Não é um local com tantos procedimentos quanto *O lugar que bomba e*, talvez seja por isso que, para muitos residentes, é um local em que o tempo se arrasta. Existem tempos que coexistem nessa instituição, para deslocar-se para outra dimensão ou natureza de tempo basta um fechar e abrir de portas.

Devido ao período que esses pacientes ali se encontram, os trabalhadores desenvolvem vínculos com eles e seus familiares. As pessoas têm um pouco mais de tempo para conversar sobre a vida, o filme que está em lançamento, combinar um programa depois do trabalho. Por outro, lado as relações entre as diferentes profissões parecem mais engessadas. Foi nesse lugar que presenciei as maiores dificuldades de comunicação e a sobreposição de ações devido a essas falhas de comunicação.

Durante o turno que vivenciava esse campo não aconteciam discussão de caso, as enfermeiras e fisioterapeutas circulavam, os técnicos de enfermagem ajudavam-se nas tarefas - percebia nisso uma estratégia para poderem estar juntos e conversarem - , os médicos ficavam em um lugar onde observavam o que acontecia em todo o serviço. Porém, nesses momentos, estavam mais tranquilos, pois era necessário somente seguir o fluxo do que tinha sido desenhado no turno

da manhã.

O ritmo que se desenvolve nesse lugar envolve poucos imprevistos. Isso acontece porque os pacientes internados nesse serviço têm condições crônicas de doença e, muitos deles, estavam com a retirada de medidas de suporte, ou seja, quando o médico, juntamente com a família, resolvem pelo término ou retirada de medidas terapêuticas, uma vez que essas são consideradas fúteis, pois não irão alterar o prognóstico do paciente (ATHANAZIO et al, 2005). Dessa forma, a cadência desse lugar está ligada a uma vida que se esvai aos poucos, de forma prevista e sem percalços.

### **2.1.3 O lugar das toucas**

Nesse local, para entrar é preciso colocar uniforme.

É preciso colocar toucas.

É preciso colocar propés.

Recebi esses equipamentos de proteção na entrada do serviço, para que os pacientes não corram risco de infecção, pois saíram há poucas horas ou há poucos dias da sala de cirurgia. Assim, o perfil dos pacientes é diverso: há os que ainda usavam sedação, há os acordados e lúcidos, há os que expressavam um pouco de confusão.

Em relação ao vestuário, a padronização é maior no uniforme, mas os trabalhadores para escaparem um pouco desse padrão customizam suas toucas personalizando-as. Dessa forma, existem toucas com imagem de nuvens, floridas, listradas, com bolinhas, estampadas, com imagens de personagem de desenhos animados, etc.

Em alguns pontos do serviço, os profissionais ficavam no computador prescrevendo, em outros conversavam entre eles ou entre eles e os pacientes, em outros lanchavam - a sala de lanche é interna ao serviço - e, por último, outros se encontravam envolvidos em suas tarefas, atividades que podiam ser solitárias ou compartilhadas. Pareceu-me o serviço que tinha uma maior leveza, as pessoas eram muito receptivas, eu não tinha a impressão que a qualquer momento estaria pisando no território de alguém ou passando alguma barreira. Porém, foi nesse serviço que houve o ruído em relação à minha presença e também o lugar onde o residente estava mais solitário em sua formação.

E agora acontece o inusitado, uma profissional apresenta-se e diz que gostaria de saber o que estou realizando ali, respondo e pareço contentá-la, pareceu-me que ela convenceu-se que não a estava observando, ou melhor, julgando o que ela estava fazendo.

Essa é a primeira vez que um profissional do núcleo do residente aproxima-se, esse parece estar sempre sozinho, em campo de estágio, com sua própria vivência, sem ninguém para compartilhar suas experiências. Somente quando se sentem ameaçados, quando pensam que algo pode fugir do controle ou estão sendo julgados em suas condutas é que querem saber o que está acontecendo na Residência. Por que esses profissionais continuam a margem da construção e dos processos da Residência? Foram colocados a margem dos processos ou fizeram o movimento de ir para esse lugar?(SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

Esse campo de pesquisa instigou-me a sensação de que tudo havia mudado na Residência e de que nada havia mudado: muitas pessoas novas no serviço e processo de trabalho que pareciam mais organizados, porém os relatos dos residentes eram bastante parecidos com a minha experiência, mudaram as pessoas e alguns processos, porém muitas lógicas continuavam as mesmas.

Existem coisas que não mudaram, pode não ser da mesma forma ou com as mesmas pessoas, mas os elementos que vivenciei estão lá e, de alguma forma, eu revivo quando acompanho os residentes em suas rotinas e cotidianos (SILVA, Diário de Acompanhamento, abril de 2010).

### 3 ENCONTROS

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: 'Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar 'homo', pois foi feito de humus (terra)'.  
(Heidegger, 2009, p.265-6)

O texto acima é conhecido como a Fábula de Higino, tomada por Martin Heidegger, na sua obra *Ser e Tempo*, para tratar da questão do cuidado. Nesse texto temos a imagem de um encontro entre distintas entidades<sup>22</sup>. No “*dar-se-com*” emergem formas como condições de possibilidades que se abrem a partir das afetações entre os entes. A forma Homo surgiu a partir da confluência de Cuidado, Júpiter, Tellus e Saturno para um mesmo ponto, para um lugar em comum.

Esse encontro se dá a partir do movimento, da interação e do desejo. No estar em movimento é possível a criação de outras formas. Nada é dado a priori, se configura nas relações, interações entre entidades e mundo. É no encontro desejanste com a circunstância que se origina o Homo (AYRES, 2004). Ao se

---

<sup>22</sup> As entidades são seres que são efeitos de composições e associação, o que lhe dão sempre uma forma provisória (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

colocarem em movimento no mundo perceberam outras entidades e *junto a elas*, e em contato com as suas alteridades, criou-se uma nova configuração.

Mas seria possível mapear os efeitos de um encontro e dizer que formas poderiam nascer a partir das afetações dos que constituem esse *dar-se-com*?

É possível compreender as forças envolvidas e as mutações que ocorrem nesse acontecimento?

Se pudermos compreender esses vetores, que incidem no encontro das entidades com o mundo, poderemos alterá-los de maneira a produzir os efeitos que queremos?

Para responder, parcialmente, a essas questões busquemos a Spinoza, quem afirma que não temos a compreensão da constituição e estrutura dos corpos, não sabemos em virtude do que uma alma convém - ou não - a outra. Apenas podemos referir que uma alma não convém a outra pelos efeitos e não pelo conhecimento das causas (DELEUZE, 2002).

Eu posso apenas dizer que isso não convém, mas em virtude de que constituição dos dois corpos, do corpo que afeta e do corpo que é afetado, do corpo que age e do corpo que padece, nesse nível eu não sei rigorosamente nada. Como diz Spinoza, são conseqüências separadas de suas premissas, ou, se preferirem, é um conhecimento dos efeitos independente do conhecimento das causas. É portanto ao acaso dos encontros (DELEUZE, 2002, p.7).

Assim segundo Spinoza (apud DELEUZE, 2002), não é possível ainda a partir do nosso conhecimento, compreendermos as possibilidades que se instauram quando ocorre um encontro, pois ainda vivemos entre as noções de idéias inadequadas, uma vez que somente temos conhecimento do que ocorre nesse *dar-se-com* a partir dos efeitos que um corpo gera no outro.

Portanto, ainda não temos acesso à compreensão de tudo o que é possível ser originado em um encontro e, não sei ao certo, se tivéssemos semelhante entendimento seria possível manipular esses momentos de intercessão das entidades para suscitar aquilo que gostaríamos que fosse produzido. Por que questiono essa possibilidade? Porque sempre considero a singularidade das entidades em relação, que um encontro é sempre um evento, um acontecimento e que existe sempre *um algo* que escapa (NÖRNBERG, 2008), um mistério não decifrado.

Afirmei, anteriormente, que é no movimento que vamos constituindo-nos *junto a*, sempre a partir de uma relação. Assim, no deslocamento no mundo é que se originam as possibilidades de criação, de dissolução, recriação (AYRES, 2004). Desse modo, vivemos ao acaso dos encontros, dos maus e bons encontros.

Spinoza (2009) afirma que, às vezes, nos encontramos com corpos que nos inspiram paixões tristes e, dessa forma, nossa potência de agir irá reduzir-se. Essas paixões tristes são geradas a partir de tudo o que nos afasta da nossa potência de agir, força de existir. A essa variação da potência de agir - que é causada por paixões tristes e alegres -, que surge *a partir dos e nos encontros*, ele denominou de existir.

Refletir a natureza dos encontros e se neles, ocorre um aumento ou diminuição da nossa potência de agir, força de existir, é relevante para pensar algumas áreas de conhecimentos, como a saúde e a educação, que, muitas vezes, são usadas para legitimar relações de poder, inspirando paixões tristes nos indivíduos e pessoas a quem essas servirão de normativas, originando a submissão e a reprodução de um modo de ser.

É relevante refletir a quais tipos de agenciamentos ligamos, prendemos a vida que queremos ensinar e promover saúde, se tencionamos conectá-las a uma vida de obediência ou a uma vida de potência (FUGANTI, 2010); uma saúde e



educação que se produzem e se conectam a agenciamentos que potencializam ou não a vida.

Tal reflexão me fez lembrar de momentos em que fui preenchida de paixões tristes, momentos em que me senti paralisada, em que meu movimento foi sustado, interrompido, pois me desviara de um padrão, de um modo de ser, que deveria ser seguido - uma fôrma -, onde não havia espaço para a (re)criação, apenas reprodução. E me causou assombro pensar que, às vezes, quando (re) afirmo, enquanto profissional da saúde e educadora, essa ordem do *dever ser* me torno fonte inspiradora de paixões tristes para aqueles que vêm até mim.

Pensando nesses encontros, em que às vezes afetamos e somos afetados por paixões - alegres ou tristes -, olho para a RIS/GHC, buscando ver quais encontros acontecem e quais misturas de entidades - residente, preceptores, serviços, profissionais da saúde, usuários, lógicas institucionais, entre outros - se dá nesse lugar, no esforço de ver ou sentir os efeitos e as formas que nascem nesse *dar-se-com*.

Essa Residência se desenvolve em um lugar que ainda prevalece uma cultura biomedicalizante, com uma lógica em que o outro é objeto de intervenções e compreendido de forma fragmentada e parcelada, em que existe uma valorização do aspecto biológico ao compreender o adoecimento. A mediação entre usuário e profissional de saúde acontece através de técnicas e prescrições, a partir do *dever ser*. Essa lógica do relacionar-se com o outro inspira paixões tristes, tanto no usuário que tem sua subjetividade e singularidade negada no encontro, quanto dos profissionais de saúde que se sentem frustrados ao perceberem que seus modos de produzir cuidados<sup>23</sup> em saúde não resolvem os problemas de saúde das

---

<sup>23</sup> Uso o termo cuidado mesmo que, em algumas ocasiões, esse possa não parece o mais oportuno porque na saúde ao longo dos anos construiu-se uma forma de pensar-fazer saúde que capturou esse termo com outro sentido. Assim, muitas vezes, não temos no cuidado em saúde um meio de gerar mais vida no viver, mas sim um processo de "cuidar" que esgota-se em um procedimento como uma "perna operada" (MERHY, 2004). Por que deixo esse sentido se não concordo com ele? Porque é necessário problematizar essa forma de compreender o cuidado, a qual temos

pessoas que os procuram. Isso ocorre porque, muitas vezes, elaboramos - e incluo-me nesse nós, pois como já disse, anteriormente, muitas vezes sou capturada por essa lógica - projetos terapêuticos desconectados dos modos a andar de vida dos indivíduos e coletivos.

Mas esse território da educação e da saúde também inspira paixões alegres. Existem espaços de produção de si e de vida. Mesmo que essa instituição fosse somente regras e normativas, existiriam criações, pois a criação traça seu caminho por entre as impossibilidades, se faz entre gargalos de estrangulamentos (DELEUZE, 2008).

Gostaria de colocar em destaque que esses acontecimentos - maus encontros e bons encontros - se davam juntamente, concomitantemente, não existia exclusão um do outro, existiam processos e encontros que iam acontecendo simultaneamente. De tal modo que, por vezes, encontrei residentes tomados por paixões tristes, apáticos, a revelia do que acontecia, e, ao mesmo tempo, processos de encontro entre residente e usuários que se produziam a partir do contato, da intercessão, um momento de confluência de forças ativas imanentes aos modos criativos de vida (FUGANTI, 2010). Percebi momentos de alegrias localizadas, visto que, em certas ocasiões, esses estudantes encontravam-se preenchidos por uma paixão triste, devido a algumas características do serviço, mas acontecia algo - uma troca entre os colegas, um resultado positivo de seu trabalho - que lhe proporcionava alegria. Assim, às vezes, tínhamos diferentes paixões na mesma entidade.

A diferença se produz na composição (ROLNIK, 1993). No contato dos corpos que existe a mistura, onde um recolhe os traços do outro (DELEUZE, 2002). A isso Spinoza (2009) denominou afecção. Foi possível ver e sentir a diferença sendo originada a partir dos contatos, das experiências, das

---

predominantemente na saúde, discutir essa forma de fazer saúde "por dentro", a partir das práticas concretas que temos. Não será ignorando essas práticas que criaremos espaços para outros modos de produzir saúde, mas sim colocando-os em questão.

exposições, uma vez que essa educação ocorre nos serviços, um lugar com mais exposições devido a maiores possibilidades de encontro com os outros profissionais de saúde, com os usuários dos serviços, consigo mesmo<sup>24</sup> - nos atos e nas reflexões das implicações.

Assim, vários dos residentes vieram da graduação, um lugar em que tinham contato com conhecimentos, na sua maioria, teóricos mediados e elaborados pelas experiências de outrem.

Aprender não é operação simples. É um processo complexo geralmente submetido a padrões e por isso frequentemente experimentamos como um acontecimento frustrante e até mortal. Todo nosso procedimento educacional traz uma espécie de desgosto sutilmente dosado em cada etapa do processo de aprendizado (FUGANTI, 2010, f.1).

A Residência permite que, *junto a* outros, e a partir de suas experiências, se produzam um conhecimento único, pois será uma mediação entre o conhecimento - aquele que é um acúmulo da experiência humana - e a sua vida, um saber que expressará uma aprendizagem daquilo que nos acontece, dos sentidos que damos ao que nos passa (BONDÍA, 2002).

O encontro ainda pode, ou não, dar origem a um estar-junto. O *dar-se-com* abre essa oportunidade de criar um espaço de convivência, de compartilhamento das emoções, de construção de significados e mimetismo entre os que compõem esse lugar. No estar-junto será produzido um *ethos*, o fato de experimentar junto será fator de socialização (MAFFESOLI, 2005a).

---

<sup>24</sup> Encontrar-se consigo mesmo no encontro é possível pelo movimento de no dar-se com o outro e a partir desse encontro dobrar-se sobre si mesmo nas reflexões de mundo e de suas implicações. A esse movimento Abrahão (2004) denominou de efeito pororoca, pois é como um rio que se dobra sobre si ao encontrar o mar, como o outro (MERHY, 2010).

Emerge, desse modo, uma socialidade dada por uma carga de afeto e afetação originada na convivência. Assim, para compreender essa forma, que ganha relevo, é importante o entendimento da vivência daqueles que são protagonistas de base, perceber a pertinência do que insurge com a forma de estar-junto dos indivíduos e coletivos (MAFFESOLI, 2008). De um encontro pode emergir uma variedade de possibilidades de conhecimento, de constituição de si e do mundo, de estar-junto. E também de nada acontecer. Embora a vida seja a arte do encontro existe nela muitos desencontros (MORAES, 2010), e esses marcam também o dar-se no mundo. Vi e senti, durante este estudo, muitos desencontros e interdições do outro, negação da abertura à diferença - no encontro entre usuários e profissionais de saúde (sublinho que aqui incluo os residentes em saúde), entre residentes e profissionais de saúde, entre residentes e serviço, entre Residência e serviço, entre serviços e usuários, entre profissionais de saúde. Foi no des- encontro, na falta e negação de compreender ao outrem, que, por muitas vezes, percebi a prevalência de afetos- paixões tristes.

Os engendramentos de si e do mundo acontecem a partir do *dar-se-com*. É nesse e a partir dessas conexões que os seres (entidades) criam e anunciam formas outras de perceber e estar no mundo. Por isso, torna-se interessante perceber que configurações insurgem, na confluência de diferentes para um lugar em comum, para percebemos e sentirmos a potência de um devir sobre a realidade.

Por isso que perceber os encontros acontecendo encantou-me durante o desenvolvimento da pesquisa, pela potência de um devir, pela possibilidade de uma constituição outra da realidade. Em um momento em que se fala de fim da história, em dificuldade de mudanças na realidade, os lugares de encontro e os encontros parecem-me relevantes para compreendermos que as mutações e transformações não são impossíveis, embora às vezes pareçam improváveis. Os

encontros são portadores de inúmeras possibilidades, são inseminados de diferentes apostas e desejos, dessa forma, nada está acabado, mas em desfecho, em abertura.

#### 4 CONSPIRAÇÕES, TRAMAS DE CONVERSÇÕES E REDE DE AÇÕES NA EDUCAÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo, expressa minhas aproximações e aprendizagens em relação à Educação na Saúde, temática escolhida para a pesquisa. O diálogo estruturado evidencia o caminho que percorri em busca de conhecimento, minhas necessidades e falhas, lacunas desse processo.

Mas por onde começar? Parece sempre difícil iniciar, fazer recortes, pois várias coisas foram vistas, sentidas, lidas, (re) conhecidas. Porém, para compreenderem o caminho que empreenderei, antes, conto-lhes uma experiência: durante a graduação quando minha turma se dirigia às aulas práticas no hospital, para acessarmos o andar dos ambulatórios ficava mais fácil entrar pela emergência. No entanto, me esgueirava pelo pátio e contornava o prédio chegando sempre atrasada às aulas; pois não suportava passar por entre as pessoas em sofrimento, sentadas desconfortavelmente em cadeiras ou em macas no chão.

Confesso que apesar de ter sido considerada uma boa aluna, não ilustro propriamente um produto exemplar do modelo técnico-científico que orientou a minha formação - tecnicista, medicalizante, fragmentadora -, pois não consegui/consigo transformar o outro em objeto de meus atos. Acredito que pelas vivências e experiências, ao longo de minha vida, passei a integrar uma *conspiração ontológica*<sup>25</sup> (Maturana, 1998) que busca mudanças nas práticas de saúde, conspiradores cujo objetivo é trazer ao mundo práticas em saúde que estejam implicadas com a afirmação da vida dos indivíduos e coletivos.

---

<sup>25</sup> Maturana (1998) denominou de *conspiração ontológica* à liberdade de ação que se conquista ao compartilhar um desejo que serve de referência para guiar o agir dos conspiradores na convivência, é o desejo de gerar na convivência um modo outro de viver.

Pensar a Educação na Saúde é buscar compreender a relação de um modelo científico - construído em um contexto social, cultural e econômico - com os processos de formação na saúde, percebendo os conspiradores em processos: de criação de possibilidades, de propagação e contaminação de outros, em movimento ou estagnação.

Perceber, dessa forma, que durante o processo de implementação e hegemonização do modelo biomedicalizante em saúde acontecia, paralelamente, tramas de conversações que buscavam gerar redes de ações com a intenção de dar visibilidade à outra forma de compreender saúde e vida, criar novas práticas e sentidos.

A explicação cartesiana do mundo desenvolveu de forma divergente e fragmentada as ciências das humanidades e as ciências naturais, negando o fenômeno da vida e o homem; portanto, a fragmentação das áreas e saberes teve conseqüências perversas, pois formou mentes incapazes de contextualizar e integrar conhecimentos, essas perdendo a capacidade de interrogar e pensarem os grandes problemas humanos (MORIN, 2005).

Segundo o projeto da Modernidade, as fronteiras nítidas possibilitariam um domínio e melhor conhecimento da realidade. Nesta perspectiva, surgem as especialidades, as quais se não interrogarmos o contexto de sua emergência, podem reproduzir dispositivos de controle. Atualmente, as especialidades nos falam mais de uma privatização e de mercantilização da vida do que de um aprimoramento do cuidado em saúde ou de vida (HUNING; GUARESCHI, 2005).

A cultura científica e o desenvolvimento tecnológico que temos atualmente na área da saúde foram constituídos, ao longo do século, tendo como referência o relatório Flexner<sup>26</sup>. A partir desse estudo, a educação na saúde passou a ser

---

<sup>26</sup> O relatório Flexner foi formulado pelo advogado Abraham Flexner e originou-se em 1910 através de um estudo sobre a educação médica. Esse documento ficou famoso pelo impacto que causou e pela influência que imprimiu sobre concepções e práticas de trabalho e educação

compreendida como um processo de iniciação a uma ciência<sup>27</sup>, sendo que a prática seria a aplicação e produto dessa ciência, e o raciocínio clínico seu método<sup>28</sup> próprio. Neste sentido, a Educação na Saúde deve capacitar ao método científico e, assim, torna-se fundamental nos processos de formação a existência de articulação entre as práticas clínicas e a pesquisa laboratorial. Esse paradigma orientou a formação dos profissionais do setor na perspectiva de privilegiar o hospital enquanto espaço de aprendizagem; a especialização das áreas dos saberes e a biologização da saúde (FEUERWERKER, 2002).

A partir desse pensamento educacional, é constituído um profissional distanciado do contexto onde exerce seu pensar-fazer, dependentes de tecnologias sofisticadas que analisa o corpo como território de doenças, pois desconhece o sujeito que o habita (FEUERWERKER, 2002). É nesse cenário que surge a atuação em saúde baseada em evidências e, no lugar de questionar as evidências que constituem os sujeitos, os profissionais de saúde se deixarão conduzir por elas. Os sinais e sintomas falarão pelo sujeito e não há necessidade de conversar e compreender o outro, além dos protocolos e das técnicas (HECKERT, 2007). O outro é compreendido como um ser passivo que não tem capacidade de cuidado de si, logo, as relações entre profissionais e usuários assumem um caráter modelador e moralizador, onde o ato de prescrever *o como*

---

profissional em saúde. Essa influência alcançou todas as profissões da saúde e se estendeu à própria concepção e organização de Universidade (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002).

<sup>27</sup> Melhor referir nesse contexto que era uma iniciação não a *uma ciência*, sendo essa compreendida como uma dentre várias possibilidades de construção de conhecimento, essa era apresentada como *a ciência*, sendo os conhecimentos válidos aqueles constituídos a partir de um determinado método.

<sup>28</sup> Ao longo dos anos prevaleceu a idéia que para um conhecimento ser científico era necessário passar por um método, sendo que esse também deveria ser reconhecido com o único capaz de acessar a verdade. Tal método - caminho ou meio de fazer - tinha como característica a observação. Porém, essa observação requeria o "como fazer": selecionar o observado, desmembrar o observado, relacionar e medir as partes estudadas, detectar a regularidades, estabelecer leis que possibilitem a previsão de movimentos e comportamentos futuros. Durante a observação a experimentação poderia ser recriada artificialmente. Somente é científico aquilo que pudesse ser observado.



*ser e o que fazer* será assumido como atribuição dos profissionais da saúde, produzindo cuidados divorciados do cotidiano dos sujeitos, de seus saberes e de suas experiências. Heckert (2007) afirma que enquanto houver o descolamento entre os processos de formação e os sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, a formação se engendrará como fôrmas de ação, produtora de ecos a serem repetidos indefinidamente

O processo de formação em saúde organizou-se à luz da dicotomia positivo-tecnológica. Por um lado, temos a ênfase nos aspectos técnico-científicos e, por outro lado, aspectos filosófico-ideológicos. Assim, o intelectual é privilegiado em detrimento da dimensão social, afetivo, estético, motora, manual ou ética dos alunos; e no intelectual, a recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades intelectuais, como a capacidade de elaborar síntese críticas sobre o que é o adoecer (KOIFMAN; OLIVEIRA; FERNANDEZ, 2007). Persiste, entre nós, a compreensão de formação vinculada à transmissão de conhecimentos e informações, com um viés comportamentalista-cognitivo, que entende que a aquisição de conhecimento tem uma relação direta com a mudança de atitudes. Essa acepção de formação, do sujeito enquanto um recipiente a ser preenchido, desconhece que a produção de sujeito e coletivos acontece no encontro das forças e processos de vários matizes (HECKERT, 2007).

As novas modalidades de organização do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimento e o reconhecimento de outros lugares produtores do conhecimento no mundo atual, além das universidades foram fatores que fizeram emergir a discussão sobre a necessidade de mudança na formação em saúde (CECCIM, 2008). O modelo de formação em saúde mostra-nos seus limites, uma vez que está imbricado com um modelo técnico-assistencial em saúde que privilegia a tecnologia dura, o hospital, os seguros-saúde e a hipertrofia de

medicamentos, fortalecendo o denominado complexo médico-industrial que aos cofres públicos e pouca resolutividade ou impacto sobre as vidas das pessoas.

É nesse cenário que conspirações sociais se configuram, compreendendo o mundo em que vivemos como um mundo de ações possíveis, onde existe um agir e um emocionar que se entrelaçam (MATURANA, 1998) a partir do desejo de mudanças nas práticas em saúde gerando redes de ações que buscaram enfrentar problemas importantes, tais como: a fragmentação do cuidado, a perda de qualidade da relação entre profissionais de saúde e usuários, a exclusão de boa parte da população do acesso aos serviços em função da elevação dos custos. Essas iniciativas procuraram confrontar global ou parcialmente os problemas gerados por um modelo de formação que é fortalecido por elementos estruturais da economia, do desenvolvimento tecnológico, da organização do trabalho e da produção do conhecimento (FEUERWERKER, 2002).

Deste modo, na educação em saúde algumas reformas que faziam contraponto à base científica de formação foram introduzidas no cenário com a finalidade de recuperar a integralidade e humanização às práticas de saúde e ao desenvolvimento tecnoprofissional (CECCIM & CAPOZZOLO, 2005) e, também, articular o processo de formação de trabalhadores e profissionais à produção de serviços do setor. Essas reformas podem ser exemplificadas com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (1970), as Propostas de Integração Docente-Assistencial (IDA) (1980), o Programa UNI - "Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: Integração com a Comunidade", o Cinaem e a Rede Unida (1990).

O discurso por mudanças nas práticas em saúde não aconteciam somente na área da educação, outros lugares dentro desse campo entraram em redes de

conversação, e começaram a repercutir e interferir um nos outros<sup>29</sup>. Outro elemento que se configurou como dispositivo importante para a discussão da necessidade das novas práticas e saberes em saúde foi o movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse movimento emergiu em um contexto singular que instigou a construção de significados à saúde pretendida, uma produção de saúde que fosse associada ao modo de andar a vida das pessoas (CECCIM, 2008). Essa nova significação de saúde passou a exigir novas práticas dos serviços porque ao ressignificar e introduzir a compreensão de produção social da saúde torna-se necessário uma mudança na organização e nas formas de prestação dos serviços (FERREIRA, 2008).

Assim, as formulações do Movimento Sanitário serviram de alicerce para a construção do sistema de saúde atual e muitas idéias defendidas por esse ator social foram redimensionadas para o âmbito jurídico e institucional ao fazer-se a Constituição Federal (1988) (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002). Isso não significa que o sistema atual é o idealizado pelos reformistas, ao contrário temos muito a avançar. Schaedler (2003), afirma que a legislação do SUS exige novas práticas e estas não se fazem sem novas práticas pedagógicas; novas práticas na formação dos profissionais, na educação da saúde, na produção do conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviço.

Dessa forma, observamos que o embate de idéias e propostas a respeito das relações entre trabalho e educação na saúde também foi transposto para o âmbito jurídico e institucional, pois consta na Constituição Federal (1988) que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) "*ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*" (inciso III do Art.200) (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002).

---

<sup>29</sup> O discurso por mudanças na formação em saúde é potencializado pela crise do modelo de atenção em saúde no país e, nesse momento, verifica-se a efervescência da discussão de entidades de base e da organização do Movimento da Reforma Sanitária na década de 70.

Nesse momento, as tramas de conversações dos conspiradores conseguem articular diferentes atores sociais e espaços entre si e fazer com que se impliquem em um processo de mudanças, porém outros espaços de conversações surgem para impedir e barrar as ações dos conspiradores. Algumas ações são temporariamente impedidas; no entanto, quando empreendidas seguem em desdobramento: no aleatório, nos devires, produzindo movimento e contaminações, originando o inesperado (MORIN, 2005).

Um dos motivos que limitou o desenvolvimento das ações dos conspiradores foi a captura dos sentidos dos princípios e diretrizes do movimento da Reforma Sanitária por modelos de práticas de produção de cuidado tradicionais, corporativo centrado (MERHY, 2010). Assim, verificamos que as formulações do SUS para o desenvolvimento e formação de trabalhadores continuaram sobre a lógica conceitual de Recursos Humanos de Saúde e a execução dessas políticas pela área-meio de administração na política setorial (CECCIM, 2005c). As iniciativas governamentais operadas sob essa racionalidade continuaram insuficientes a uma educação na saúde como significativa ao sistema de saúde vigente no país e à produção de impacto na saúde da população. Esse pensamento elabora e opera com a compreensão da insuficiência dos trabalhadores, pois não reconhece o conhecimento gerado a partir das vivências cotidianas de trabalho; temos, então, a educação continuada em que a transferência contínua de conhecimentos torna-se necessária para suprir essa suposta deficiência, esse dispositivo torna-se uma máquina que captura subjetividades e abre possibilidades para a heteronomia dos trabalhadores (CECCIM, 2005c; FRANCO, 2007).

O SUS é, continua, uma reforma incompleta, nas últimas décadas empenhamo-nos na construção do aparato legal e estrutura político-administrativo sem nos preocupar com as pessoas concretas que operariam e usufruiriam a máquina que criávamos (CAMPOS, 2009). Por esse motivo, temos

defendido a Educação na Saúde como uma prática necessária para o desenvolvimento do SUS, visto que nos documentos elaborados pelo controle social às inúmeras menções, elaborações e propostas têm como objetivo balizar a formação para que contemple as necessidades de saúde da população e as diretrizes do SUS.

Desde que se instituíram os princípios da Reforma Sanitária Brasileira ou, mesmo antes da concepção de SUS, no bojo das lutas por universalidade, equidade e integralidade da atenção, tem sido recorrente a avaliação de poucos impactos percebidos na formação em saúde. Apesar dos grandes investimentos em educação, esse julgamento justifica-se na evidência de que a maioria das práticas assistenciais permanece estruturada por um processo de trabalho que tem como base relações hierárquicas, fragmentadas e desumanizadas (FRANCO, 2007).

A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS e, também, correspondeu ao esforço de romper definitivamente com o pensamento biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento centrado, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões. Igualmente, corroborou para a aplicabilidade da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9394/96 (LDBEN), tendo em vista a relevância social das instituições formadoras e sua capacidade de dar respostas às necessidades e direitos da população, bem como, viabilizar a qualidade da formação inicial para a absorção dos profissionais no sistema de saúde (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Em 2003, houve o movimento de sujeitos que conspiravam em favor da integralidade da atenção e da consolidação do SUS para instâncias que tinham uma maior governabilidade para operar ações que pudessem dar maior concretude a tais aspirações, como o Ministério da Saúde. Nessa ocasião foi

instituída a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), avanço importante para a estruturação de uma política de desenvolvimento e educação de trabalhadores da saúde e capaz de contribuir para consolidação do SUS. Nesse interstício, o gestor federal do SUS, o Conselho Nacional de Saúde e a XII Conferência Nacional de Saúde formularam uma política de Educação na Saúde que supera os programas de capacitações e atualizações para os trabalhadores da saúde. No mesmo período, verificou-se a aproximação dos Ministérios da Saúde e da Educação para ações coordenadas que reduzissem a distância entre escolas, serviços e comunidades.

Dessa forma, a "Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde" é adotada como uma estratégia colaborativa para mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços. Esta perspectiva fomenta o encontro entre o mundo do trabalho e o mundo da formação - a aprendizagem no trabalho - em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho e das organizações (BRASIL, 2004).

Em 2005, surge o Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde) e observa-se a centralização da política, enfocando e apostando na mudança a partir de uma ou poucas profissões. Inicialmente, o Programa contemplou apenas os cursos que constituíram a Estratégia de Saúde da Família - Medicina, Enfermagem e Odontologia - e somente em 2007, dois anos após a publicação da Portaria Nº 2.101/05 é que seria publicada a Portaria Nº 3.019/07 a qual incluiria os demais cursos de graduação da área da saúde. Esse episódio evidencia a não linearidade da história, pois os acontecimentos não são uma evolução sucessiva das coisas, mas devemos considerar a relação de forças e interesses de cada contexto. Conforme Merhy (2004), o SUS nos colocou uma discussão pertinente: ser uma política pública de estado que se modela aos blocos políticos que os constituem.

O SUS vem conseguindo avanços que ainda não têm correspondência nas práticas de saúde, reiterando a necessidade de operar mudanças no âmbito da formação. Precisamos refletir e avançar em relação aos desafios que se apresentam à formação, a fim de potencializar o patamar de cidadania conquistada na luta e formulação do SUS. É imprescindível observar a fragilização do SUS, visto que, exigiria da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do estado (CECCIM; FERLA, 2009).

Ressalto que pensar a mudança na área da saúde de forma isolada, a partir da Educação na Saúde, é incorrer em reducionismos, pois para mudanças de práticas e saberes é necessário disparar processos que aconteçam de forma correlata na gestão, atenção, educação e controle social. Assim, esses campos afetam-se mutuamente, disparando processos de produção e criação de novos sentidos e possibilidades de pensar-fazer saúde.

Desejar mudanças na formação em saúde é desejar um conjunto (DELEUZE, 1988- 1989), um conjunto em que a produção de cuidado em saúde dialogue com o andar de vida das pessoas e coletivos, potencializando processos de autonomia, cujos significados de vida e saúde extrapolem o biológico para uma saúde que produza mais vida e que seja possível criar outras formas de estar e perceber o mundo.

### *DeVANeiOS...*

*Pensei que nesse espaço poderia abordar sobre os tipos de trabalho em equipe: interdisciplinar, entre - disciplinar, transdisciplinar, multidisciplinar e o disciplinar; comecei e... parei. Não que o tema não tenha importância, com certeza que sim. Acredito que pela complexidade dos problemas de saúde que se instauram nas vidas dos indivíduos e coletivos um trabalho em equipe tem mais possibilidades de resolver as demandas apresentadas por esses; além disso, a forma disciplinar que a área da saúde organizou-se e busca abranger a existência humana gera mais doença do que promove saúde.*

*Porém, ao entrar em contato com o campo de pesquisa, percebi que a multiprofissionalidade não garante o trabalho em equipe e nem uma forma de construção diferente da que já temos em saúde. É claro que vivenciar um campo de formação e processos de trabalho, com a presença de diferentes profissionais, aumenta o grau de exposição de uns para com os outros e a possibilidades de invenção. No entanto, o que vai dizer se vai instalar-se outras formas de construção de saberes e práticas será a disposição ao outro, a abertura a conhecer o que é estranho ou desconhecido, a ousadia de passar o umbral de um território que separa e entrar em relação com o diferente de mim.*

*Várias vezes verifiquei um “amontoado” de profissionais que não conversavam entre si, assim como em outras oportunidades pude observar a interação e integração dos trabalhadores de maneira que se criaram condições para um conhecimento e uma forma de fazer que era a expressão da superação de uma disciplina e cooperação entre os distintos. Os processos de trabalho em saúde que observei continham essa alternância, ora acontecia com troca e aprendizagem entre os trabalhadores, ora era a sobreposição de ações. Assim, não era sempre o mesmo, não se repetiam infinitamente do mesmo modo porque suas configurações emergiam no cotidiano do pensar-fazer saúde. Mas isso eu já pressentia, intuía, não queria nesse estudo apenas fazer movimentos de reconhecimento, de afirmar o conhecido.*

*No lugar em que meu estudo aconteceu começou a ficar mais acentuada a qualidade dos encontros, pois seria a intensidade que ocorre nesse dar-se-com que abriria possibilidades para um fazer outro, rompendo formas estabelecidas.*

*Para mim, dessa forma, o tema com que comecei esses devaneios foram perdendo suas tonalidades, desvanecendo. O mais importante - e determinei essa importância pelo o que mais me interessava - era ver os afetos que aconteciam. O desbotar do tema também aconteceu porque a “multiprofissionalidade” que estava circunscrita nesse estudo eram duas profissões e nem sempre as entidades-residentes encontravam-se no mesmo campo de estágio. Logo procurei compreender como se constituiu o estar-junto entre eles e, a partir desse encontro, como determinados assuntos tinham para eles ganhado relevo e para isso fui impulsionada a seguir a linha de suas conexões e que sentidos eram produzidos a partir delas.*



## 5 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: GRANDE E PEQUENAS HISTÓRIAS

Para uma nova exigência de formação, cabe pensar não o que *é* ou o que *deve*, mas o que *pode* uma formação: buscar a potência... (CECCIM; FERLA, 2009)

Falar da constituição das Residências Multiprofissionais em Saúde, é falar um pouco da história dessa que vos fala. A minha história é uma dessas "pequenas" histórias - enquanto residente, trabalhadora da saúde e usuária do SUS - que estão imbricadas e configuram a "grande história": da Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde, Política da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional em Saúde e da consolidação e construção do SUS.

Em razão disso, escolher a abordagem desse período tornou-se uma tarefa complexa.

Como referir um período de constituição de uma política usando referências como portarias e legislação específica e, ao mesmo tempo, buscar expressar nesse relato a fluidez, o movimento, as produções de sentidos que ocorreram?

Como falar da implementação da Política da Residência Multiprofissional e de suas apostas de mudanças no âmbito da formação em saúde e, ao mesmo tempo, não negligenciar os efeitos que essa Política opera ao dialogar com diferentes pessoas e grupos, agenciando-os, conectando-os, implicando-os mutuamente em seu entorno?

Como dar visibilidade aos efeitos que uma política opera na vida das pessoas?

Essas questões guiaram a forma com que as linhas foram traçadas, optando por deixar passar o movimento, a transparência e a dinamicidade. Talvez não o consiga, pois ainda me encontro permeada por uma forma de compreender os

acontecimentos em narração, em seqüência. Primeiro, abordarei a constituição da Política da RMS em cenário mais amplo e procurarei demonstrar o jogo e conspirações dos diferentes atores. Em conseqüente, tenciono mostrar como essa política entrou em diálogo com os sujeitos de minha pesquisa - as entidades-residentes que encontrei - e os efeitos que produziu em suas vidas, em suas formas de compreender o mundo.

## 5.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: A GRANDE HISTÓRIA

No Brasil, desde os anos 40, as Residências em Saúde existem enquanto modalidade de formação. Na década seguinte, houve um processo de consolidação das residências médicas como uma modalidade de pós-graduação, e o aumento de número de programas (FEUERWERKER, 2002). Por causa dos impactos tanto para formação dos profissionais médicos quanto para a melhoria da qualidade técnica nos serviços onde essa formação acontecia, esse tipo de pós-graduação consolidou-se como restrito a médicos.

Por outro lado, existiam outros espaços e modalidades de formação na área da saúde com mesma metodologia que as Residências Médicas, ou seja, o ensino em serviço ou educação pelo trabalho. Esses espaços eram multiprofissionais tais como o Aperfeiçoamento Especializado da Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul - que desenvolvia a Residência Multiprofissional desde o final dos anos 70 - e a Residência Multiprofissional em Sobral no Ceará. Isoladas, essas experiências careciam de regulação e tinham dificuldade em certificar seus

egressos, mas existiam sem provocar muitos ruídos no cenário nacional, uma vez que se encontravam em uma espécie de marginalidade (CECCIM, 2009).

Logo, o que aconteceu em 2004 que o som provocado foi com um estrondo quase ensurdecedor? Nesse período, observamos os movimentos de sujeitos comprometidos com a construção do SUS e a integralidade da atenção. Centrados na construção de iniciativas inovadoras em níveis locais, agora, os sujeitos deslocaram-se para os espaços que Merhy (2004), denominou como dos que governam com "G", ou seja, o Ministério da Saúde. Isso significa que esses sujeitos passaram a ter, supostamente, uma maior governabilidade; pois tinham o controle sobre os recursos formais e, assim, supostamente poderiam ter uma maior incidência na política de saúde no país.

Esses sujeitos levaram consigo o acúmulo de experiências operacionalizadas a partir de conceitos como a integralidade da atenção e buscaram acionar dispositivos que pudessem colocar em questão o modelo hegemônico na saúde, além de procurar dar legitimidade a experiências educacionais já existentes.

Assim, primeiro ouvimos o estrondo e, depois, sentimos o tremor. Foi um terremoto! No período, muitos que têm seus interesses contemplados na forma que se dá atualmente a atenção em saúde saíram para fazer a disputa da política no período. Entre esses confrontos destacam-se as Residências em Área Profissional da Saúde, criadas através da Lei Nº 11.129/05 a qual instituía o Programa Nacional de Inclusão de Jovem, o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional da Juventude. Quando refletimos sobre esse momento político, percebemos quão grande foi a reação contra as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e, da mesma forma, questionamos o real controle dos recursos formais desses atores, uma vez que essa modalidade de formação foi criada em meio a uma lei que visa a elevação de escolaridade dos jovens entre 18 e 24 anos (BRASIL, 2005).

As condições para emergência das RMS, considerando o jogo de poder das corporações profissionais, o peso do complexo médico-industrial e a luta dentro de setores dos Ministérios da Saúde e da Educação, eram muito tênues. Dentre as condições de barganha, após diversas reuniões entre MS-Segetes-Mov. Sanitário e Mec-Sesu-corporação médica-interesses do capital, nos primeiros anos do governo Lula, permitiram que somente perdida no meio de uma lei, a de n. 11.129, que cria uma secretaria nacional da juventude, em seu artigo 12, apareça - e fica criada - a RMS, para todas as profissões da área da saúde, exceto a médica. Isso permitiu que ela existisse de fato, mas oficializando uma separação da profissão médica que lutávamos para que não acontecesse. Mas a acumulação de forças, naquele momento, não permitiu que a legislação pudesse ser diferente. (DA ROS, 2009, p.232)

É interessante observar que outras Residências em vários campos estavam sendo propostas como: a Residência em Engenharia Floresta/UFAC (2007), Residência Agrária/Ministério do Desenvolvimento Agrário (2004), Residência Jurídica/PUC-RJ (2004), Residência em Computação/UFMG (2007). Em 2006, registrou-se a apresentação de um projeto no Senado o qual propunha a criação das Residências Educacionais. No entanto, nesses lugares não ouvimos ruídos, apenas na saúde.

Um dos motivos para que isso aconteça é que esses programas são apresentados, nesse momento, como uma política de governo, uma política do SUS para a formação em saúde. O fato desses programas constituírem-se enquanto política pública passa a ter uma responsabilidade compartilhada em sua condução e acompanhamento (CECCIM, 2005c) e um território demarcado pelas diferentes práticas de sujeitos coletivos que disputam o projeto - como expressão de seus interesses - e sua direção (MERHY, 2004).

Outro pressuposto para reações às Residências Multiprofissionais é que a existência de uma Residência não-médica, instituída por política pública, abriria a possibilidade de a Residência Médica (RM) sofrer nova orientação e regulamentação de acordo com essa política. Assim, havia a ameaça de alguns

interesses particulares, pois, até o momento, a Residência Médica era propriedade de uma profissão e encontrava-se à margem das políticas públicas.

A preocupação de a Residência Médica sofrer outra orientação era algo colocado para aqueles que defendiam interesses corporativistas, pois a RMS em sua construção evidenciava a importância de uma formação orientada pela integralidade da atenção e o trabalho em equipe. Além disso, os movimentos iniciais de regulamentação dessa modalidade de formação colocavam em relevo o diálogo com os movimentos sociais e as necessidades dos usuários, invertendo uma lógica de educação impermeável ao controle social (FEUERWERKER, 2009). Assim a RMS como política pública abria oportunidade para as possibilidades, territórios para os instituintes (CECCIM, 2009).

Enquanto política, a RMS surgiu a partir da proposição de outra política que representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (CECCIM, 2005a). A "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde (EPS)" traz a definição pedagógica para o processo educativo que faz uma reflexão crítica e problematizadora do cotidiano do trabalho.

Entre as estratégias formuladas para apoio e dinamização dessa política criaram-se os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e as Residências Multiprofissionais em Saúde, modalidades de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de superar a fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado em saúde. Assim cria-se a modalidade de formação profissional em nível de pós-graduação *lato sensu*, que utiliza como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço, mediante acompanhamento e supervisão do trabalho educativo. Essa modalidade de formação de trabalhadores da saúde estava articulada com a

educação permanente e tem como princípio referencial a integralidade da atenção e como um dos princípios operadores o trabalho em equipe interdisciplinar.

Essa proposta de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS parte da premissa que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, pois o cuidar das pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado (MACHADO et al, 2007). Também se apóia na compreensão que nenhum trabalhador de saúde consegue resolver sozinho os problemas de saúde de uma pessoa ou coletivo. Nesse sentido, todo o trabalhador de saúde é coletivo, pois a resolução de problemas de saúde requer a interação de sujeitos e saberes (MERHY; FRANCO, 2006).

As residências multiprofissionais procuram integrar as diversas áreas de saber, os diferentes profissionais, a educação e o trabalho, a integração entre ensino-gestão e serviço e a integração entre as ciências exatas e humanas. Para tanto, a experiencição pedagógica de construção de práticas de saúde coletivas e solidárias devem propiciar práticas eficazes de trabalho em equipe, numa experiencição pedagógica que privilegia o respeito pela autonomia dos profissionais, mas, também, que o cuidado em saúde aconteça com a interação de saberes (MADEIRA et. al., 2007).

Em 2005, saem do cenário de gestão os atores que pautaram a RMS em nível nacional e, com esses, os discursos das residências em área profissional da saúde, em comunicação com o controle social e a participação popular (CECCIM, 2009). Após esse período, o desafio era seguir balizando essa política, o que se tornou possível pela contaminação e disseminação produzida pelos conspiradores - que conspiravam por uma formação orientada pela integralidade da atenção em saúde - que estavam no Ministério da Saúde, ao elaborarem políticas porosas aos movimentos sociais, considerando a diversificação de cenários e as questões

loco-regionais. A RMS configura-se enquanto uma aposta coletiva, pois abrem-se espaços para o protagonismo de diferentes setores na construção dessa política.

Assim, foi possível que movimentos gerados à margem do centro de elaboração das políticas públicas seguissem tensionando a orientação da RMS. Podemos explicar esse fato ao conceber que uma política pública opera para além das soluções de problemas, mas também atua gerando efeitos ao dialogar com o conjunto de indivíduos, grupos e coletivos, que vão se mobilizando e implicando-se por diferentes motivos em seu entorno, assim como produz espaços de sentidos através dos processos de aprendizagem que marcam todo o processo de uma política pública (MULLER; SUEL, 2002).

Apesar da implementação RMS ter seu início no ano de 2004, a certificação dessa modalidade de ensino ainda encontra-se em discussão. No ano de 2006, houve uma ampla mobilização por parte dos atores envolvidos e comprometidos com as propostas - coordenadores de programas de RMS, preceptores, residentes, associações de ensino, trabalhadores da área da saúde e usuários - que buscavam a instituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) para que dessa forma esses programas fossem credenciados, avaliados e pudessem certificar seus egressos.

O processo de constituição da CNRMS e suas atribuições foram, amplamente discutidas, e essa configuração - que foi o produto de discussões e reflexões coletivas - prevaleceu pelo período de dois anos, de 2007 a 2009. Em novembro de 2009 a Portaria Interministerial 45/2007<sup>30</sup> é revogada através da Portaria Interministerial nº 1077/09, que altera consideravelmente a composição e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), sem discussão em espaços coletivos ou ciência dos atores sociais que participaram dos debates anteriores.

---

<sup>30</sup> Dispõem sobre as Residências Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e elenca suas atribuições

Dentre as várias iniciativas dos coletivos envolvidos com a RMS para buscar a rediscussão da Portaria Interministerial Nº 1077/09 destacam-se a interlocução com o Conselho Nacional em Saúde (CNS) e a resistência por parte dos residentes em indicar sua representação para a CNRMS para não legitimar sua nova configuração. Essas ações tiveram poucas repercussões, sendo que os residentes compreenderam ser mais estratégico compor a CNRMS. Atualmente, vivemos tempos em que os conspiradores estão com pouca força política para incidir no centro elaborador da política; agora, esse centro parece expressar outro arranjo de conexões, o que aconteceu com a condução de um outro grupo aos espaços dos que governam com "G". A partir de 2005, esse grupo expressa uma outra forma de pensar, outra forma de conduzir políticas.

Obviamente os acontecimentos continuam desdobrando-se, e logo ali ou mais adiante poderemos avaliar esses momentos que se configuram em uma história recente, para que possamos saber seus efeitos. Seguem-se tramas de conversações que conspiram a favor e contra a uma formação orientada pela Integralidade da Atenção. Visualizaremos inúmeras e diferentes redes de ações desencadeadas pelos conspiradores. O que podemos afirmar é que nada se encontra dado, pois existem muitas apostas, possibilidades e múltiplos agenciamentos em jogo (FEUERWERKER, 2009).

## 5.2 CONECTANDO "PEQUENAS" HISTÓRIAS

Nitidamente, lembro-me do dia em que li o edital de seleção para ingresso na Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição, formação que buscava integrar educação e trabalho, diferentes áreas da saúde e profissionais, pautada



pelo trabalho em equipe e pela integralidade da atenção em saúde. A proposta da RIS/GHC reverberou em mim, entrou em sintonia com a ex-militante do movimento estudantil e com a defensora do Sistema Único de Saúde que me habitavam, percebi nessa formação um meio de disparar processos que colocassem em auto-análise o pensar-fazer em saúde. Assim, desejei fazer parte, participar de uma Residência, pois essa colocava em evidências pressupostos aos quais acreditava e foi assim que constitui a primeira turma desse Programa.

Relato esse episódio para expressar o efeito que as políticas públicas podem operar na vida das pessoas, uma vez que uma política pública conecta-se com diferentes grupos, indivíduos e organizações - os beneficiários da política - que serão afetados por suas ações e que por diferentes crenças, interesses, perspectivas e desejos podem implicar-se de maneiras diversa em seu entorno. É a partir dos jogos desses atores que irá se configurar as infinitas possibilidades de implementação da ação pública.

A Residência Multiprofissional abre diálogo com seus beneficiários e dentre esses podemos identificar os residentes em saúde que por diferente motivos<sup>31</sup> buscam influenciar e participar de sua constituição.

Uma política pública é construída e legitimada pelas pessoas (BALL, 2006); por isso, é relevante compreendermos os grupos e pessoas que foram deslocados a partir de seus efeitos, perceber o movimento que acontecem nos níveis locais em torno da implementação das ações. Desse modo, é possível vislumbrar a política de forma encarnada, ganhando musculatura, pulsação e sangue a partir dos referenciais dos coletivos que fazem a política em níveis institucionais e locais (ARRETCHE,2001).

---

<sup>31</sup> Conforme entrevistas e observações ilustradas nesta pesquisa inúmeros são as motivações que mobilizam os residentes a participarem dessa modalidade de formação, tais como: busca por uma formação na qual possam realizar o exercício profissional, vontade de serem residentes em um serviço do SUS, aspirações futuras, compreensão que esse tipo de formação alia-se a uma atenção em saúde em defesa da vida ou mesmo o desejo de ver relações de poder alteradas no campo da saúde.

As Residências Multiprofissionais são implementadas nos serviços a partir da compreensão dos gestores, trabalhadores dos serviços, assim como dos residentes que, ao ocuparem um lugar-estrangeiro à instituição, podem tensionarem as práticas da equipe. É fundamental destacar dois aspectos desses tensionamentos: primeiro, a necessidade dos trabalhadores explicitarem suas motivações e interesses sobre o trabalho e o segundo, seria o retorno a gestão por meio de um ator externo à instituição, sobre eficácia da condução das políticas e da organização do trabalho (GUIZARDI et. al, 2005). Contudo, evidencia-se o campo de incerteza de uma política pública, uma vez que existe mediação, em níveis locais, no desenvolvimento das ações. Isso é ruim? Às vezes, pois podem acontecer resistências as mudanças e capturas dos sentidos da proposta. No obstante, temos que compreender que, igualmente, nesses processos pode ocorrer a abertura a possibilidades: de criações, aprendizagens e produção de sentidos.

Da mesma forma com que me conectei com a proposta da Residência e por um período fiz parte de sua história - pois me senti afetada pela sua proposta -, outros residentes seguem chegando e fazendo a diferença, tanto aqueles que elaboram questionamentos aos seus processos formativos, quanto aqueles que passam sua formação no conformismo e reprodução das práticas. Os grupos fazem diferença, sejam instaurando o movimento, sejam o interditando, o inviabilizando.

A RMS atua parcialmente como um catalisador, pois dinamiza, implica diferentes atores - impulsionados por diferentes motivações - em um mesmo processo que pode configurar-se como criação e invenção de novas produções de cuidado ou de conservação e resistências a mudanças que poderiam ocorrer nesse âmbito. Porém, contrariamente a um elemento que provoca catálise, a Residência não permanece inalterada após essas interações porque seu desenho será delineado pelas afetações mútuas que aconteceram nesses espaços de encontro

entre os atores e a Residência. Nesse sentido, é relevante compreender como a proposta do Programa RIS/GHC - lembrando que se denomina dessa maneira a Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição - iniciou o diálogo com os residentes que participaram desse estudo, que tipos de relações instalaram-se e que produções de sujeitos e de política ocorreram nessas relações.

Conjugar e ligar diferentes corpos e mentes fazendo com que nesse encontro sejam produzidos desejos, agenciamentos e novos sentidos; esse é um efeito que a Residência Multiprofissional em Saúde opera para além dos locais onde ela se desenvolve. É assim que podemos compreender como diferentes pessoas mobilizaram-se para participar dessa modalidade de formação. Afetados pela imagem dessa formação, alguns se põem em movimento e irão constituir em níveis locais programas de Residências Multiprofissional em Saúde; logo, constituirão a "Grande História" dessa política. É assim que chegam à Residência, novos personagens, como: o Rio, a Rosa, a Flor de Liz, a Lagarleta e Aprendiz.

### 5.3 AS ENTIDADES-RESIDENTES, PEQUENAS HISTÓRIAS

A sociedade é mais que uma reunião de indivíduos, essa seria constituída por uma infinidade de materiais heterogêneos, as entidades - que podem ser um artista, um ministério, um livro, uma árvore, ou um animal -, embora exista diferença entre esses materiais, todos são importantes no processo de criação e transformação do social. As entidades têm geografias variáveis, pois são efeitos de composições e associação que lhe dão sempre uma forma provisória, ou seja,

as entidades são redes em composição (ESCÓSSIA, KASTRUP, 2005).

Aqui buscarei apresentar algumas entidades desse estudo: as entidades-residentes da ênfase Terapia Intensiva da Residência Integrada do Hospital Conceição. Essa apresentação é uma tarefa complexa e árdua, pois as entidades assim como têm suas identidades em curso, conforme as interações que realizam, são da mesma forma pontos, na medida em que se estabilizam e adquirem uma identidade, um envelope próprio, que traduz ou coloca em relevo os elementos que as constituem. Rede e ponto, dupla natureza que convoca a percepção e a sensação de maneira que consigamos apreender campo de forças e formas (ROLNIK, 2003).

Neste momento, escolho descrever as fotografias das entidades encontradas no caminho que percorri. Descrevo essas imagens, cristalizações de movimentos, tempos e fluxos; pois as interações e movimentos de (re) configuração seguem se constituindo ao longo do tempo, já não sendo nesse momento de escrita e leitura as mesmas que encontrei.

Assim descrevo os seres que constituíram esse estudo: o Rio, a Rosa, a Flor de Liz, a Lagarleta e a Aprendiz.

### **5.3.1 Rio**

Ao entrarmos em um rio suas águas nos envolvem; envolver pode significar: cercar, enredar, seduzir. O residente denominado de Rio tinha a capacidade de envolvimento e suas águas movimentavam-se com serenidade.

Em meu encontro com o Rio, olhei em suas águas e, algumas vezes, me vi espelhada, parecia-me que andava por onde eu havia passado há um tempo. Em seu percurso, Rio encontrou obstáculos que buscaram obstruir sua fluidez. Alguns obstáculos conseguiu deslocar, mas outros compreendeu que era melhor suas águas contornarem, eram dificuldades que precisavam de mais e outras águas.

Mas como o Rio veio desaguar na área da saúde e por que escolheu esses caminhos e não outros? Sua escolha pela área da saúde emergiu de seus problemas de saúde.

*Eu tive problema de joelho quando eu era mais novo, então eu frequentei serviços de saúde que acabaram também levando à escolha profissional. Além disso, eu tive contato também no exterior, quando eu fui pros Estados Unidos, também com a fisioterapia lá<sup>32</sup>.*

E foi assim que o Rio optou dentro da área da saúde pela sua profissão, a Fisioterapia. Ser um profissional da saúde para ele tem o significado de ajuda, uma ajuda no âmbito do biológico, mas que repercutirá em sua qualidade de vida. São as muitas almas que nos habitam e que se conservam em Rio, um cuidador que mostra em suas falas o paradoxo dos lugares onde está inserido - uma unidade de Terapia Intensiva - e a Residência Integrada em Saúde.

*Talvez poder ajudar um pouco as pessoas, as que têm problemas, no momento em que elas estão fragilizadas, a maioria é tentar recuperar um déficit que a pessoa tem e talvez melhorar a vida dessa pessoa.*

---

<sup>32</sup> As transcrições das entrevistas serão colocadas com fonte 11, espaço simples e utilizando a margem total da página. Esse procedimento será adotado para diferenciar de uma citação bibliográfica (FERREIRA; MACHADO; MENEZES, 2010).

O desejo de especializar-se na área hospitalar foi que o levou a ser um afluente da RIS/GHC, não escolheu essa área desconhecendo outros campos da saúde, pois havia vivido experiências em sua graduação na área da Atenção Básica.

*A residência eu quis fazer porque eu gosto da área, dessa área hospitalar, que a ênfase é na área hospitalar, né... E eu queria me especializar mais nesses conhecimentos, né, nessa prática de terapia intensiva, de paciente crítico.*

Já conhecia a proposta da Residência Integrada, pois tinha acompanhado o processo *um ano antes de entrar*, informou-se a respeito, realizou leituras do edital de seleção de ingresso e sobre a Residência.

Vivenciou, durante a Residência, períodos difíceis em sua formação e aprendeu a lidar com conflitos. Durante esses momentos, convergiram para suas águas os outros residentes, algumas pessoas de seu núcleo profissional e de outras profissões. Encontro de águas que aumentaram sua potência, que permitiram que suas águas voltassem a ter fluidez.

Rio acredita que a sua maneira de compreender o cuidado e de relacionar-se com os usuários que estão sob seu cuidado constituiu-se a partir de experiências anteriores à Residência.

*Eu acho que tem certas coisas que eu acho difícil de dizer que realmente alteraram. Eu acho que boa parte das minhas atitudes, eu acho que é uma coisa que não mudou. Tipo, meu jeito de lidar com o paciente, isso aí eu acho que já venho trazendo desde a faculdade, pelas experiências que eu tive também em área hospitalar. Eu acho que o que mudou mesmo assim, que teve diversos conhecimentos novos que eu fui agregando, e isso aí pode também alterar o jeito de tu ver uma situação de vez em quando. Então eu acho que isso aí teria alterado mais.*

Assim, acredita que a disposição para a produção de um cuidado com acolhimento do outro e suas necessidades era algo que trouxe consigo. O papel dessa formação em sua vida *é grande em termos técnicos.*

*Exatamente, eu acho que eu já tinha e não mudaram. Eu acho que talvez, pra pessoas que não tinham tanta experiência na área, ou que agiam de uma forma eu acho que talvez, com menos cuidado, talvez isso influencia mais. Pra mim não influenciou tanto porque eu já tentava ver o paciente com um certo cuidado e tudo. Então eu acho que talvez por isso que nessa parte talvez não tenha repercutido tanto.*

O que suas águas ainda não encontraram? A experiência em outros locais da rede de saúde.

*O que faltou? Eu acho que seria bom, seria bom a gente ter uma experiência com outros locais da rede. Talvez ter alguma troca com esses locais um pouco maior, possibilidade de repente dar algumas palestras ou alguma coisa assim, né. Ter uma troca em termos de educação e serviços pra passar certas coisas pro pessoal da rede de apoio. Porque a gente vê que às vezes é complicado...*

A fala de Rio evidencia a compreensão de que o lugar onde está é um local que pode ensinar muito a outros espaços de produção de saúde. No entanto, parece não perceber que existem muitas coisas que eles possam aprender na interação entre os serviços.

Ao sentar à beira de sua margem observei o comportamento de suas águas: a) Conseguia constituir-se como uma referência de núcleo para os demais profissionais, devido ao tempo que passa no serviço; b) conseguiu integra-se na equipe devido a algumas atitudes solidárias, tais como: dividir a conta do café com os outros profissionais; c) fazia seu horário de lanche no serviço; d) com os

pacientes realizava a escuta desses e procurava construir uma relação com vínculo.

Através de suas ações e pequenos gestos, Rio integrava-se melhor na equipe do que os funcionários do serviço. Percebi, durante essas observações, a existência de uma dificuldade de diálogo entre a Residência e núcleo profissional desse residente.

### 5.3.2 Rosa

Para desenvolver-se a flor Rosa necessita de luz e calor.

Algumas vezes, os tempos ficaram difíceis para Rosa. O céu da Residência ficou encoberto por nuvens e o solo não tinha as características que precisava para desabrochar. Corria risco de morrer em botão...

*Foi muito ruim e muito desgastante pra Residência e eu acho que nunca mais vai ser a mesma relação com nós ao menos que passamos pela época em que teve o confronto todo.*

Rosa se referia a dificuldades que os residentes tiveram com alguns trabalhadores dos serviços. Durante esse período Rosa buscou sair do estado de dormência e florescer, integrar-se a outros elementos da paisagem: os residentes, alguns profissionais de seu núcleo profissional e de outras profissões.

Mas porque Rosa acreditou que a Residência era solo fértil para florescer?



*Eu queria continuar estudando, só que eu não queria fazer mestrado, que eu não pudesse exercer, porque eu ia sentir muita falta da prática.*

Não conhecia a proposta da Residência quando iniciou sua formação e a Terapia Intensiva foi sua escolha pela proximidade com um professor da graduação que administrava essa disciplina. Rosa germinou na área da saúde, pois desde pequena gostava de brincar de bonecas. Em suas brincadeiras, era enfermeira, uma vez que não conhecia a profissão que exerce atualmente, a Fisioterapia.

*Eu acho que desde criança eu sempre gostei de cuidar, desde as brincadeiras de boneca, de cuidar, sempre... De cuidar das pessoas, eu sempre gostei muito disso. Me identifiquei com a área da saúde por isso, por achar que seria uma área onde eu poderia exercer esse cuidado, por isso mesmo.*

Para Rosa esse cuidado no brincar, compreendia:

*Desde o cuidado de exercer o papel de mãe daquela boneca, de trocar fralda, roupinha, de dar comida, até o momento que ela precisasse de um cuidado de saúde mesmo e que invertia o papel e aí virava o profissional da área da saúde*

Rosa acredita que a sensibilidade e a abertura ao outro era um atributo que possuía antes da Residência. A formação potencializou essas características

por ser um local rico em vivências e trocas. Essa experiência mudou seu olhar em relação ao trabalho em equipe e a importância das demais profissões na constituição do cuidado em saúde.

O que faltou para Rosa desenvolver-se plenamente? Vivência em redes de saúde.

*Eu acho que fazer essa questão de rede, a gente ter realmente uma noção maior, prática, de como estabelecer essas redes. De tudo assim, porque a gente é muito fechado em atender o paciente quando ele chega até que ele vá embora dali e pronto, não saber de onde veio e nem pra onde vai... Eu acho que isso é uma coisa que falta muito e eu acho que ainda daria tempo de a gente tentar construir alguma coisa diferente.*

Ao contemplar a paisagem onde essa flor encontrava-se, percebi que: a) buscava o diálogo com as demais profissões; b) acolhia as necessidades dos usuários e procurava a construção de vínculo.

É interessante ressaltar a forma como Rosa priorizava interlocuções com as pessoas em seu entorno. Um preceptor de outro campo disse-me que ela foi a melhor residente que passou por ele, pois a mesma *Tinha sensibilidade para integrar as coisas e as pessoas.*

Além disso, Rosa foi a residente que me surpreendeu pelo contraste entre sua aparente fragilidade e suas posturas firmes em defesa da Residência. Era uma flor que resistia a intempéries.

### 5.3.3 Flor de Lis

Antigamente, a imagem da uma flor de Lis era usada em cartas náuticas indicando o norte das rosas dos ventos, essa tinha o sentido de orientação, facilitando a tomada de decisões, a escolha de caminhos.

Assim, Flor de Lis surgiu e veio ao meu encontro, indicando direções, levando-me a outras entidades - residentes. Esta personagem representava os residentes em diversos espaços, tinha a capacidade de agregar os outros - incluídos os preceptores e demais profissionais do serviço - e mostrava um grande desejo em contribuir com a proposta da RIS/GHC.

Antes de conhecê-la não conhecia flores de Lis, acreditava ser um lírio. Mas apesar da semelhança, as flores são distintas, diferença também percebida entre as entidades. *Porque é uma flor rara*, foi a justificativa para a escolha de seu nome; de certo é uma raridade, uma flor repleta de significados - a pureza, a nobreza, o amor, a perfeição - e que nasce em terras distantes, mas como essa flor nasceu em solo da saúde?

*Foi um pouco por influência da minha mãe, na verdade. A minha mãe trabalhou anos no hospital, então eu cresci dentro do hospital. Eu vivia dentro do hospital. E a minha primeira idéia era ser farmacêutica, e aí ela disse "não, vai lá, faz um técnico de enfermagem, se tu gostar depois tu faz a faculdade". E eu me apaixonei, né, eu disse "não, é enfermagem que eu quero e não tenho dúvida nenhuma".*

Flor de Lis é enfermeira e acredita que tem uma grande responsabilidade em exercer uma profissão da saúde.

*Ah, eu acho que é uma responsabilidade muito grande. Não permite erros, tu está lidando com vidas, tu não pode voltar atrás. Mas eu acho que é uma realização muito grande, tu poder... É uma das poucas profissões que tu consegue ajudar o próximo no teu dia-a-dia, no teu cotidiano. E é isso que torna a gente uma pessoa melhor e mais realizada. Eu não me vejo fazendo outra coisa. Eu não me vejo em outra área. Hoje eu não me vejo fazendo qualquer outra coisa que não seja isso.*

O desejo de Flor de Lis de realizar a Residência foi regado por uma professora de graduação que a informou sobre essa modalidade de formação e a incentivou a participar do processo seletivo, assim conhecia a proposta desde o quarto semestre da faculdade. Afirma ser uma apaixonada pela proposta da RIS/GHC:

*Eu sou apaixonada pela residência. Quando eu entrei na residência eu acho que colocaram um chip do GHC, da residência, no meu cérebro porque eu não consigo assim, sabe... Se alguém falar mal eu estou defendendo, eu compro briga.*

*Porque eu fui muito bem acolhida aqui, eu não fui recebida, eu fui acolhida. Quando eu vim pra cá eu tinha um pouco de receio, poxa, uma cidade grande assim, né... Eu do interior, todo mundo da Universidade Federal, eu de particular... Eu pensei "ah, eu vou estar bem atrás de todo mundo". E todo mundo me acolheu muito bem assim, de uma forma geral. E eu amo a residência. Nossa, eu amo.*

Para ela todas as experiências constituíram-se em aprendizado, sua formação auxiliou a compreender sua função na equipe. A Residência Integrada em Saúde qualificou sua forma de compreender sua relação com os usuários e com os outros profissionais.

*Eu acho que a residência foi a melhor forma que eu podia escolher pra me qualificar. Não só tecnicamente mas... Tudo aquilo que eu já te falei, de prestar um cuidado mais*

*humanizado, mais holístico, principalmente de interagir com as outras profissões, de saber o que o outro faz, e a importância do outro dentro da equipe.*

A aproximação com as outras ênfases foi algo que Flor de Lis acreditava que seria importante em sua formação:

*Uma coisa só que eu acho que eu tinha essa idéia, pelo menos lendo o plano de ensino, o projeto, era que eu ia passar um pouco pelas outras ênfases, que eu ia ter um contato maior, que eu ia pra unidade de saúde, nem que fosse assim, um intercâmbio, uma coisa assim. Lógico que eu sabia que eu ia passar a maior parte do tempo na UTI, mas eu tinha essa visão, que eu ia interagir um pouco mais com as outras ênfases.*

Durante minhas andanças, contemplei Flor de Lis e como interagiu em campo: a) buscava diálogo com os outros profissionais; b) compreendia as necessidades dos usuários para além das biológicas; c) interagiu com os residentes de outras profissões.

Segundo relato de um residente médico, a Flor de Lis foi a melhor profissional com quem já tinha trabalhado.

#### **5.3.4 Lagarleta**

A borboleta é uma das transformações mais incríveis da natureza. A mudança de uma forma rastejante, a lagarta, para um ser que voa e é de um colorido intenso: a borboleta. Essa transformação ocorre a partir da construção de um casulo, a crisálida.

Na construção desta pesquisa Lagarleta é a residente que expressava essa fase da borboleta. Um ser em mudança, que ainda não é a borboleta, mas também não é mais lagarta, é pura potencialidade, possibilidades. A partir de experiências vividas durante essa formação, Lagarleta colocou-se em produção, refletiu sobre sua maneira de entender a produção de cuidado em saúde, percebeu outras paisagens que poderiam servir de referências para a produção da vida.

*Que a gente percebe assim, porque quem é um profissional da saúde é um cuidador, né... Então, principalmente na enfermagem isso é muito forte, né. Então é tu prestar o atendimento ao próximo, é te sensibilizar. E a gente aqui da terapia intensiva tem muito isso dentro do hospital, né. Porque as pessoas ficam muito sozinhas, e tal... Então a gente serve mais como um cuidador, como um acompanhante, né. Isso que eu vejo assim, da minha profissão aqui dentro do hospital.*

Lagarleta é enfermeira residente, escolheu a área da saúde muito jovem - tinha dezesseis anos - e não sabia ao certo se tinha realizado uma boa escolha. Porém, gostou do curso e atualmente afirma que não faria outra coisa. Em sua graduação, teve poucos momentos de práticas e, por isso, procurou uma formação que pudesse ter essa vivência. Lagarleta buscava experiência, e a experiência para ela tinha a sinonímia de prática, de fazer um grande número de procedimento e técnicas. Compreendia que a atenção em saúde era realizada dessa forma. Esse fato mudou a partir de um contato com uma criança... O encontro com uma criança foi o que desestabilizou Lagarleta, colocando-a em produção e fazendo com que se interrogasse no pensar-fazer saúde.

Atualmente, essa residente se coloca como uma defensora da proposta da Residência e do Sistema Único de Saúde. Apesar das dificuldades, ao longo de sua formação, afirma que esta a experiência mais importante de sua vida.

*Sou uma das maiores defensoras da residência. Eu falo pra todos os meus colegas que eram colegas da faculdade e o pessoal que está se formando agora que eu conheço... O pessoal que eu conheço, eu defendo muito a residência, eu acho que é um modo de a gente não ficar estagnado. De a gente aprender bastante, estar sempre estudando... Eu vejo pelos meus colegas, que eles começaram a trabalhar logo em seguida, que eles estão parados assim... Eles estão acostumados com o que eles estão vivendo, sabe. Então é aquele empreguinho deles ali, seis horas, faz o seu plantão e vai embora, sabe... E eu acho que com a residência tu ganha muito mais, o aprendizado é muito maior e tu está sempre estudando. Às vezes nem concurso eles não fazem, não fazem nada, porque estão paradinhos ali. Eu acho que a residência motiva a gente a sair procurando mais coisas. Então eu acho que... Vai fundo que vai ser melhor, sabe... "ah, vou fazer uma especialização, não sei o que". Daí eu disse "não faz, faz a residência".*

Por outro lado, Lagarleta acredita que faltou em sua formação aspectos de gestão, administrativos.

*Alguma coisa que a gente vem reclamando bastante é que a gente não tem muita experiência na parte administrativa. A gente até tenta, mas é difícil, porque é uma área nova pra enfermagem também, assim sabe. Tem lugares que tem enfermeiro administrativo, que cuidam de outras coisas, e essa experiência a gente não tem, de participar de reuniões de serviço, por exemplo. É uma coisa que a gente não participa.*

Em minhas observações percebi em Lagarleta: a) boa relação com os profissionais de seu núcleo; b) pouca interação com os demais profissionais ; c) buscava a construção de vínculo com os pacientes.

Durante as observações não vi muito interação entre os profissionais no processo de trabalho, apenas conversas informais.

### 5.3.5 Aprendiz

Aprendiz é uma enfermeira residente que tem como uma de suas características a experimentação de si. Em seu relato refere que experienciou outros campos da saúde antes de optar pela terapia intensiva; vivenciou outra área de conhecimento antes de escolher a saúde.

*Na verdade, antes de ser profissional da saúde eu, a minha idéia era ser professora. Eu não comecei pela área da saúde, não foi uma coisa que desde... eu sempre quis ser professora, eu fiz magistério, cheguei a fazer três semestres de pedagogia. E dentro da pedagogia eu fiz uma cadeira de educação em saúde e uma cadeira de neurociência na educação, alguma coisa - eu não me lembro o nome da cadeira. E aí eu comecei a me interessar pela área de saúde. Aí dentro da área, a profissão que eu mais me identifiquei pesquisando foi enfermagem.*

Em suas andanças, Aprendiz construiu uma noção de cuidado, que abrange outros aspectos além do físico.

*De cuidar da parte física, que é o nosso trabalho, mas também a parte emocional, educacional. Tu cuidar daquela família. Acho que é isso, tu tá ali do lado da pessoa, sempre se preocupando e pensando o que tu poderia fazer com ela dentro da competência que tu tem.*

O contato com a Residência aconteceu durante um estágio curricular em uma das Unidades Básicas de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e, nesse período, conheceu uma residente da primeira turma da RIS/GHC.



*Eu estava fazendo estágio na comunitária, aí eu tive contato com residentes. [...]. Acho que ela nem lembra de mim, mas eu lembro dela. Que ela tava no Itu, e aí eu fiquei sabendo que tinha residência, aí eu gostei dessa proposta de educação em serviço. E aí eu quis. Aí depois eu me interessei por saúde mental e procurei residências por saúde mental, depois me interessei por pediatria e procurei residências por pediatria. E aí depois, dentro da pediatria, eu entrei na UTI e aí eu entrei em contato, eu fiz o meu curricular na UTI pediátrica do Clínicas e lá tem a Maria<sup>33</sup> que era uma residente daqui. E ela que me disse como funcionava a residência, e aí eu fiz a prova e passei.*

É interessante perceber como essa entidade-residente foi contaminada por outras com as quais entrou em contato. Primeiramente foi a convivência de uma residente no mesmo campo que fez com que quisesse, desejasse realizar a Residência. Mais tarde, encontrou uma egressa da RIS/GHC que, novamente, a deixou incubada - perdoem-me as expressões, mas às vezes não consigo fugir muito do que sou, por mais que esteja sempre procurando o movimento - da vontade, do desejo de ser residente.

Aprendiz experimentou diferentes campos dentro da saúde, o que considera importante para compreender os outros lugares de atenção em saúde e para escolha da ênfase, Terapia Intensiva.

*Eu acho que é bom até gostar das outras coisas porque tu consegue entender o outro. É ruim quando tu gosta muito só de uma coisa, aí tu vai pra uma aula e acaba numa discussão, como se o outro tivesse errado e tu o certo. Acho que isso, por já ter passado por experiências que me fizeram gostar, eu consigo entender a visão.*

Acredita que influenciou os serviços pelos quais passou e, da mesma forma, esses tiveram efeitos em sua constituição. Essa residente tinha uma peculiaridade: seria enfermeira residente e enfermeira contratada da

---

<sup>33</sup> Nome Fictício

instituição, pois havia realizado o concurso do GHC e sido nomeada. A sobreposição de duas funções e de suas cargas horária - somente a Residência são 60 horas semanais - não intimidava Aprendiz, não queria desistir de sua formação, pois realizar a Residência era um desejo.

*Eu acho que foi uma coisa que eu desejei muito, que eu quis muito, e eu acho que não vale a pena, eu quero terminar, porque eu acho que vai ser bom pra mim. Eu gosto muito dessa vivência que eu tenho tanto no campo de prática, como na parte teórica, de convivência com os colegas, discussões de caso. Porque quando tu tá numa lógica de profissional do serviço as coisas não funcionam assim. Eu vou ter atividades administrativas, assistenciais, e por mais que a residência tenha modificado o meu jeito de trabalhar, ou aprimorado esse jeito de trabalhar, eu acho... eu acho que eu sempre tive, assim, uma sensibilidade, mas eu acho que a residência aprimorou muito isso -, eu sei que como residente eu vou ter esse espaço garantido, de discutir meu paciente, de fazer essas trocas, de continuar convivendo com os meus colegas. E como profissional talvez eu tenha outras demandas...*

Assim, encaminhou para a Coordenação da Residência uma proposta de como seria possível terminar sua formação juntamente com o cumprimento de sua nova função na instituição. Essa proposta foi aceita no Colegiado da RIS/GHC.

Aprendiz considera que aprendeu muito na RIS/GHC, mesmo nas experiências ruins, houve aprendizado - *foi uma experiência de vida e um aprendizado muito grande* - e acredita que poderia ter havido uma vivência com uma diversidade maior de profissões.

Durante as minhas observações, percebi que Aprendiz: a) interagiu com os outros profissionais e residentes; b) buscava a construção de vínculo na relação com os pacientes.

Para essa entidade-residente o diálogo era algo que fazia, sempre, até que essa atitude fosse incorporada e *ficasse 100% natural*.

*dEvANeios...*

*Histórias de vidas diferentes que de repente se cruzam, reagem uma a outra, nesse afetar-se mútuo nascem formas.*

*A idéia de trabalhar com a perspectiva de uma “grande” história e “pequenas” histórias foi inspirada no filme *Nos que aqui estamos por vós esperamos*<sup>34</sup>, gosto de ver nessa obra a imbricação da vida dos personagens comuns com a história, história denominada universal, que aprendemos na escola.*

*Existe entre essas histórias um prolongamento de uma na outra, um atravessamento, correlação, imbricamento, um produzir-se junto.*

*Perceber essa interação e retroação entre essas histórias foi interessante para compreender a complexidade com que acontece e ocorrem os acontecimentos. Na convivência com o grupo de residentes tive aceso a um momento da Residência, através das reuniões, das discussões e de seus cotidianos. Percebia em cada residente um pouco do processo da Residência.*

*Não que todos fossem iguais, não o eram, mas até em suas distintas compreensões explicitavam as diferenças que existiam/existem dentro desse processo de construção das Residências Multiprofissionais.*

*Minha primeira idéia era articular as histórias e fatos de tal maneira que fosse possível entender um cenário geral, mostrar elementos do cenário geral da Residência, a partir das particularidades da vivência dos residentes.*

*No entanto, a imagem da escrita que buscava cunhar não era tão fácil de ser esculpida como pareceu em meus pensamentos, faltou-me mais tempo e silêncio, para que pudesse produzir um estilo na escrita que abrangesse o que minha imaginação teimava em mostrar-me.*

*Assim, essa escrita expressa minhas possibilidades no tempo, nesse tempo em que me faço presente e participo.*

---

<sup>34</sup> *Esse filme foi produzido no Brasil em 1998, sobre a direção de Marcelo Masagão, com imagens de arquivos, extratos de documentários e de algumas obras clássicas do cinema, o filme faz uma retrospectiva das principais mudanças que marcaram o século XX, retratando tanto os personagens que entraram para história, como homens comuns que em seu cotidiano também fizeram a história desse século.*

## **6 O DAR-SE-COM DOS RESIDENTES COM A RESIDÊNCIA**

Para muitos, que resolveram/resolvem realizar sua formação através de uma formação em serviço, existe uma identificação com a proposta da RMS, que em sua elaboração, expressou a vontade de muitos em trazer ao mundo uma atenção em saúde orientada pela integralidade da atenção e da afirmação da vida. Para outros que desejaram realizar essa formação, seus motivos estão mais vinculados ao cotidiano, por interesses de uma vida comum que não se orientam ou têm interesses por grandes perspectivas de mudanças.

Assim, a RMS será um espaço de identificação, junção e amarração. Um lugar no qual grupos e pessoas irão se aproximar por compartilhar um sentimento ou desejo. Primeiramente, podemos identificar entre os residentes a vontade de fazer parte dessa formação. O desejo será a emoção que nasce a partir do encontro entre residentes e a Residência, assim como esse sentimento permitirá a identificação entre eles, eles se reconhecem ao desejar estar ali.

Conforme Maffesoli (2005a) quando uma imagem ou ideal prevalece é possível observar a elevação de um ideal comunitário e, assim, verificar a lei dos vasos comunicantes entre a imagem e a comunidade, ou entre a imagem e as pessoas que ela conecta, associa, liga. Portanto, a RMS teria esse poder de fascinação, força de atração que desempenha uma função de agregação e instala organicidades sólidas feitas de identificação afetual e emoções compartilhadas.

A partir dessa matriz conceitual foi possível compreender e reconhecer algumas semelhanças entre os residentes que participaram desse estudo, aos quais afirmavam que a maneira com que produziam o cuidado em saúde com alteridade e acolhida das necessidades do outro era algo que já tinham desenvolvido anteriormente a experiência da RIS/GHC.

Com as observações e entrevista, fica claro para mim que a Residência não mudou a forma de ser desses residentes, mas a potencializou. (SILVA, Diário de Acompanhamento, maio de 2010)

A afirmação que segue explicita essa compreensão:

*Eu acho que antes eu tinha uma idéia [de trabalho em equipe]. Mas agora tu tenta fazer o integrado em todos os momentos, assim. Tu vai vendo, e tu já conversa, e tu já entende integrado. É tu o técnico, é tu o fisioterapeuta, o médico, qualquer profissional. Tu fazendo contatos, não trabalhando sozinho, tu sempre trabalha com o outro o tempo todo (Aprendiz, enfermeira, 2010).*

Percebi no perfil e disposições desses estudantes o primeiro encontro da RMS, quando exerceu força de atração e mobilizou, para seleção do processo seletivo, várias pessoas já sensibilizadas - pela necessidade de consolidação do SUS, do trabalho em equipe, e da atenção integral em saúde - e conhecedoras de sua proposta. É importante ressaltar que vários dos entrevistados conheciam a proposta da Residência antes de participarem do processo seletivo.

*Eu sempre acreditei [no SUS], eu acho que é essencial um sistema que compreenda a saúde da nação inteira. (Rio, fisioterapeuta)*

*Ah, eu sou apaixonada pelo SUS. Porque eu tinha muito isso assim, na minha graduação. Desde o primeiro semestre o meu curso foi um curso que formou pro SUS. Porque os professores sempre tiveram muita preocupação que a gente fosse envolvido e responsável pra construir um SUS melhor. Eu acho que está longe de ser um SUS adequado, enfim, como está no projeto e tal... Mas eu acho que um pouco a gente faz o*

*SUS dar certo... Às vezes não depende só da rede, enfim, das políticas. Depende da gente, sabe... E eu vejo que no SUS, assim, principalmente no SUS eu consigo fazer a diferença. Às vezes não é a diferença pra uma equipe, pra um hospital, mas a diferença pra um paciente, sabe. O SUS me oportuniza, assim. E eu acho que isso basta, né, a gente fazendo a diferença pra um paciente... (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

*Eu sou usuária do SUS. Isso eu sou, sempre fui, nunca tive plano de saúde, sempre fui usuária. Então pra mim é sinônimo de poder garantir às pessoas acesso, condições melhores de saúde, a atendimentos quando estão doentes, mas também a promoção, a prevenção assim. Eu sempre tive isso um pouco forte na faculdade, de prevenção, de promoção. E pra mim ele significa muita mais do que recuperar apesar de eu gostar mais da área hospitalar, mas eu acho que significa tudo isso. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

*Eu tive uma experiência muito boa no meu curricular, quando que eu tive, assim. Que tu tinha um pouco... tinha rounds multidisciplinares. Que... só que assim, acontecia em um momento, né, todos os dias tinha. Então sempre participava o fisioterapeuta, enfermeira, o médico, nutrição, recreacionista, e cada dia da semana vinha alguém. Um dia vinha uma pessoa da bioética pra conversar, discutir os casos. Outro dia vinha pessoas diferentes pra cada dia da semana. Então foi aí que eu conheci o que é ser multiprofissional, porque não adianta só ter várias profissões, elas têm que conversar. E aí era uma roda, e todo mundo falava de paciente por paciente. [...] E na residência o que muda é que isso faz parte do teu dia a dia. Tu tem em todos os momentos. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

A partir dessas falas começo a compreender o grupo com o qual entro em contato, pessoas - entidades - que trazem em si uma bagagem de experiências que permitiu que tivessem algumas afinidades com a proposta da RIS/GHC. A Residência poderia contribuir para suas formações; porém, eles expressam igualmente esse potencial de contribuição, de troca, de criar condições de mudanças nos serviços, na Instituição. A presença do estudante provoca a desnaturalização das práticas e é um convite ao deslocamento dos profissionais de seus referenciais de estabilidade, ao estreitar a complexidade de sua

intervenção e ao demarcar cristalizações não refletidas. (GUIZARDI et. al, 2005)

Essa "descoberta" foi difícil de compreender partindo de alguns referenciais maniqueístas que obtinha: a Residência era algo que iria mudar os residentes que vinham de um modelo de formação biomedicalizante ou os residentes eram produtores de mudanças e os serviços de captura desses processos. Não existia isso, não assim estanque. Por alguns instantes esqueci e deixei de lado a vida e, com ela, sua dinamicidade, sua pulsão, suas infinidades de aberturas.

Colocar em suspeição um pensamento é criar condições para que outras perspectivas de mundos, de pensar e sentir possam emergir; cunhar outras possibilidades de compreender e acessar a realidade . Ao furtar-se às polarizações e dicotomias torna-se possível perceber os contextos e o relativo<sup>35</sup> nas composições, a existência de um arranjo de oposições.

Em suma, a vida ou imaginário que ela suscita, devem ser tomados por aquilo que são, ficando claro que sua eficácia é real e que esta é a única que nos importa a partir dos momentos em que desejamos tomá-la a sério. (MAFFESOLI, 2008. p 180)

A partir das conversas com os residentes consegui visualizar que ao longo da história da Educação em Saúde, tínhamos priorizados os cursos de graduação que se encontravam mais permeáveis aos princípios e diretrizes do SUS. Deixamos à margem das mudanças os cursos de pós-graduação, desenvolvidos e centrados na informação, na especialização e no uniprofissional. Assim, nesse encontro da Residência com os estudantes, existe também um encontro da Residência com os cursos de graduação. Nesse encontro, evidencia-se o processo

---

<sup>35</sup> Ao usar esse termo pretendo falar das relações, o *entre* que opera composições

de mudanças que se configurou/configuram nas graduações, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais.

As falas dos residentes evidenciaram o diálogo que a Residência Multiprofissional mantém com outros espaços e pessoas que extrapolam o âmbito da discussão da educação de pós-graduação, tais como os estudantes de graduação. Isso ocorre porque a Política Nacional de Educação na Saúde apresentou-se para o diálogo direto com a graduação dos cursos de saúde; assim, uma multidão de estudantes foi mobilizada no País e teve despertado o desejo de ser um residente do SUS (CECCIM, 2009).

O desejo de ser residente surge/ é produzido por diversos motivos: a falta de práticas na graduação e a busca de experiência - aqui muitos compreendem que essa é a prática de inúmeros procedimentos e "atendimentos" a pacientes -, aspiração a um reconhecimento futuro, a vontade de realizar uma pós - graduação e, por último, - e por que não, uma vez que aconteceu comigo? - pela vontade de partilhar de um espaço que no qual se reconhecem. Há um imaginário da Residência, do seu espaço, que suscita outros imaginários nos quais os desejos têm a sua parte, longe de ser desprezível (MAFFESOLI, 2005a).

Os residentes expressaram o porquê do deslocamento, que motivos os impulsionaram e os atraíram para essa formação, um *querer-ser e querer-estar* que não pode ser ignorado. A partir dessas volições é conformada uma socialidade, onde participam organicamente, constituindo-se nesse encontro.

*Não, eu queria continuar estudando, só que eu não queria fazer mestrado, que eu não pudesse exercer, porque eu ia sentir muita falta da prática. Então eu achei a residência, primeiramente, uma forma de poder colocar isso em prática, de poder continuar me aperfeiçoando e, ao mesmo tempo, estar exercendo a profissão. Mas depois eu vi que era muito mais que isso. Na verdade a residência é muito mais do que tu poder colocar em prática as tuas coisas como tu profissional, e sim aprender a... Aprender não, né, eu acho que exercitar o trabalho em equipe. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*



*Quando eu sai da faculdade eu notei que a gente sai muito crua, né. A gente sabe um pouquinho de cada coisa e não sabe nada de nada. Então eu já tinha visto alguns relatos, algumas coisas de pessoas que já tinham participado da residência... E eu achei bem interessante assim. Eu gostei porque tu sai, vamos dizer assim, especialista, mas tu conhece um pouquinho de cada coisa dentro da tua área, sabe. E eu acho que aí a gente sai preparada pra trabalhar em qualquer lugar. Principalmente aqui. Sai pra trabalhar na neo, pra trabalhar na pediatria, no adulto... Então qualquer UTI que tu me largar, eu tenho confiança de que eu consigo trabalhar em qualquer lugar. (Lagarleta, enfermeira, 2010)*

*E eu queria me especializar mais nesses conhecimentos, né, nessa prática de terapia intensiva, de paciente crítico. (Rio, fisioterapeuta, 2010)*

A RMS provoca agenciamentos, conectando-se a vários e diferentes atores. É importante conhecer o efeito dessa estrutura; porém, mais relevante é compreender as relações que acontece (MAFFESOLI, 2005a), quais desejos, apostas e possibilidades emergem, que produção de mundo e sentidos se conformam a partir dessas configurações.

A relação que acontece será entre entidades e toda entidade traz em si uma composição de elementos, ou seja, ela é uma rede em composição. Algumas composições que configuram a RMS puderam ser delineadas anteriormente, sendo possível traçar entre os vários elementos<sup>36</sup> com os quais entra em relação, o compromisso com a Integralidade da Atenção.

Podemos afirmar que essa configuração será imutável?

Possivelmente não, pois esse formato segue/será tensionado conforme a relações estabelecidas e a partir dessas se colocam infinitas formas - condições de possibilidades - para esse desenho.

---

<sup>36</sup> A Política de RMS foi elaborada e construída na interface com a Política de Educação Permanente, Sistema Único de Saúde, propostas de mudanças na Educação em Saúde.

Seguiremos, então, buscando evidenciar os traços das configurações dos residentes - uma vez que também são entidades em composição e comendo-se - para compreender a que rede estão, por ora, acoplados. Os residentes trazem consigo *disposições*, tendências, inclinações que tomam forma nas *exposições* a fatos, pessoas e experiências de vida que tensionam um jeito de ser e abrem oportunidade a diferentes maneiras de compreensão de estar no mundo. São essas disposições que ganham relevo nas falas, é esse universo imbuído no residente que entra em relação e composição com a Residência. São esses sentidos e representações que os residentes trazem consigo e que tensionam a forma da Residência quando se colocam em relação.

Nessa perspectiva, assinalo algumas compreensões sobre o que significa o ser profissional da saúde, pois esse sentido orienta suas ações; porém, é relevante expressar que essa maneira de entender esse lugar gerador de cuidado em saúde é constantemente ressignificado a partir das práticas<sup>37</sup>, do viver cotidiano dos residentes.

*Motivo de cuidar quando as pessoas estão em uma situação de doença, eu acho que o profissional significa muito mais que isso, uma pessoa que vai trabalhar com promoção, sempre tentando promover ou resgatar as condições de saúde da pessoa. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

A declaração vislumbra uma forma de entender o cuidado em saúde que transborda o aspecto biológico do ser. Os profissionais de saúde, para conseguir promover saúde, precisam compreender que o adoecimento é uma forma de

---

<sup>37</sup> A palavra prática não é usada nesse momento com o sentido de execução concreta de uma ação ou aplicação na realidade de conceitos formulados (DICIONÁRIO LARROUSE, 1992), mas conforme Escóssia e Kastrup (2005), que usa esse termo inserido numa filosofia da relação, em que prática e relação se apresentam como sinônimos, e operam como produtoras de mundo e de sentido.

manifestação existencial que advém do modo de estar no mundo dos indivíduos e coletivos. Não é possível compreender ao adoecimento se considerarmos apenas o aspecto físico das pessoas, é assim que compreendo que esse modo de compreender o cuidado tem afinidade com o conceito elaborado por Ayres (2004, p. 22).

O Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Deste modo, o cuidado em saúde estaria implicado com um processo capaz de gerar vida, modos de agir implicados com a produção de autonomia para que os sujeitos e coletivos possam investir no mundo; torná-lo e tomá-lo com em parte seu, durante o seu viver (MERHY, 2010). No entanto, na fala do residente Rio (fisioterapeuta) é possível perceber uma construção e dúvidas em relação aos sentidos de "ser profissional de saúde", coloca que nesse lugar pode estar a possibilidade - e não a certeza - de *ajudar as pessoas que têm problemas*.

*Talvez poder ajudar um pouco as pessoas, as que têm problemas, no momento em que elas estão fragilizadas, a maioria é tentar recuperar um déficit que a pessoa tem e talvez melhorar a vida dessa pessoa.* (Rio, fisioterapeuta, 2010)

Mas o que é *ajudar* para Rio? Seria realizar um *favor*, prestar um *socorro* ou *assistência* ou, ainda, *facilitar* algo? Qual desses sentidos é por ele empregado?

Para responder a essas perguntas, recorro a meu Diário de Acompanhamento; leio-o e esquadrinho-o à procura de algo que possa responder-me. E, nessa leitura, compreendo que o sentido empregado por Rio é um entre-aberto, encontra-se em fazer, - assim como essa entidade-residente - pois algumas vezes observei em suas condutas um agir centrado em tecnologias duras. Porém, outras vezes, percebi seu movimento de buscar o vínculo e acolher as necessidades dos pacientes. Algumas situações registradas no Diário de Acompanhamento demonstram as contradições da declaração: um enfoque no déficit - uma busca por algo que foi perdido, um desvio de uma normalidade - e também em *melhorar* a vida das pessoas - que aqui pode ser interpretada como adquirir uma saúde perdida ou mudar/transformar algo. Não irei fixar ou concluir em nenhuma dessas possibilidades, pois as atitudes, observadas, desse residente não me permitem categorizá-lo. Esses paradoxos expressam os múltiplos que fazem parte de nós, aos diversos movimentos e lugares aos quais estamos conectados, esses lugares nem sempre são coerentes entre si.

Como nos afirma Merhy (2009), somos habitados por muitas almas que se relacionam e, que em certas situações, uma toma posição central em relação a outra. Caminhamos em um fio de navalha; em um agir-pensar paradoxo, ora de forma fragmentada e descuidada, ora satisfazendo necessidades de saúde, com acolhimento do outro e escuta.

São essas muitas almas que habitam Rio.

Seu outro paciente está lúcido... não tão lúcido assim. Ele está acordado, mas conectado em outras coisas: no braço que sente adormecido, na fome que tem e não sabe ao certos a quanto tempo está ali. A todas essas interpelações meu interlocutor responde com calma, vai procurar a resposta quando não sabe, procura o deixar calmo. (SILVA, Diário de Acompanhamento, 2010)

Cumprimenta-me e segue realizando procedimentos, está tentando fazer o paciente tossir - realiza várias técnicas respiratórias -, me diz que hoje tem bastante pacientes lúcidos e que gosta disso, pois é possível usar diferentes tecnologias - afirma esse fato e troca a técnica - , sorrio internamente pois lembro do conceito de Tecnologias de Merhy e penso "por hora, meu amigo você somente utiliza tecnologias leve-duras". (SILVA, Diário de Acompanhamento, 2010)

Conforme afirmado anteriormente essas compreensões (re) configuram-se no dia-a-dia, são tensionadas pelos estranhamentos ou incômodos acionados pelas experiências vividas. É na experiencição das práticas que se constrói o conhecimento e sentidos para a clínica; na aprendizagem em serviço que o futuro profissional se constrói e, em parte, também constrói a ética de suas relações com os pacientes e os colegas de trabalho (FEUERWERKER, 2002).

Também considero, para compreender as contradições nas atitudes e nas falas dos residentes que é válido pensar o lugar em que ocorre suas formações, ou seja, no hospital e, especificamente, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). É importante referir que existem, atualmente, nesse lugar vários processos em andamentos e pessoas que buscam mudanças na forma de atuar em saúde. Por outro lado, são processos que emergem e tomam forma de maneira incipiente, pois a UTI em que ocorreu esse estudo ainda é um lugar em que o trabalho de saúde acontece centrado no médico, na doença, onde a relação com o paciente é mediada por uma variedade de procedimentos e técnicas.

A citação abaixo expressa o lugar que encontrei durante a minha formação e que, em parte e de algum modo, ainda estava lá quando retornei para fazer esse estudo, em seu contorno, em suas características.

A terapia intensiva é uma das unidades que compõe a estrutura hospitalar. Destacam-se em sua caracterização: a concentração de tecnologias duras; o trabalho médico modelando e influenciando as atividades desenvolvidas pelas demais profissões; a diversidade de procedimentos e exames, realizados por diferentes profissionais; o ritmo de trabalho acelerado; e as situações limítrofes de vida e morte no processo de trabalho, também é o lugar no qual a morte pode ser interdita. (DALLEGRAVE, SILVA, 2006, p.23)

É com esse serviço que o residente entra em relação, encontra; é nesse espaço de saúde e de um determinado modo de produzir cuidado em saúde que ele está imerso, são esses os limites - ou seriam condições? - de produzir-se e compreender-se enquanto um profissional de saúde.

Esses limites são por muito deles ressaltados quando relatam que não têm notícias dos pacientes que ficam responsáveis quando esses têm alta<sup>38</sup>. Existe a dificuldade na construção de vínculo com a família tendo em vista o pouco contato com os familiares ou o estabelecimento de rotinas que prescrevem a relação com o outro. No entanto, acentuo que a Residência traz em si um universo, constituído por profissionais de saúde, serviços, regras e normas, residentes, usuários dos serviços, gestores e, todos esses operando efeitos uns sobre os outros em afetação mútua. Portanto, não é aceitável pensar essa formação como uma entidade fechada e homogênea, mas como uma unicidade, que traduz abertura (MAFFESOLI, 2005b). Assim, o residente irá encontrar e interagir com uma multiplicidade, contida no âmago da Residência, e é essa multiplicidade que irá proporcionar infinitas possibilidades de experiências vividas pelo residente, de modo que não é presumível afirmar que as características de um serviço determinarão as compreensões e significados do residente.

---

<sup>38</sup> Em algumas ocasiões a informação do paciente é recebida quando os residentes os reencontram em reinternações por piora de seus quadros clínicos.

Assim, é crível referir que as condições que estão presentes no campo de formação desses residentes, não dizem em absoluto que compreensões de mundo e de saúde serão configuradas, pois os contornos dessas configurações dar-se-ão na maneira particular com que um cada estabelece a relação com esse lugar. Além disso, ninguém adapta-se simplesmente a regras ou a um modelo, há sempre algo que escapa, que resiste (RAMMINGER, NARDI, 2008).

Somos todos forma e experiência, é a partir de nosso estar no mundo que vamos nos constituindo. Ao chegar à Residência os residentes buscam experiência, mas que experiência que eles buscam e que experiências eles têm? O uso do termo experiência tem vários sentidos, mas para buscar compreender a realidade vivenciada nesse estudo, darei ênfase a duas formas de emprego dessa palavra. Inicialmente, ao designar como conhecimento adquirido pela prática ou observação; a palavra prática é usada como o que diz respeito à ação ou de aplicação na realidade de uma teoria - (DICIONÁRIO LARROUSE, 1992). E, por último, usar expressão conforme Bondía (2002) a usa; como algo que nos toca, nos passa, nos acontece.

Alguns residentes buscam o que faltou na graduação, buscam o experienciar do uso das técnicas e procedimentos. A *expertise* chegaria com a repetição até apropriação das técnicas e procedimentos. Dessa maneira, visualizam na Residência um lugar de ensaio, onde poderiam testar a eficácia das técnicas e conhecimentos apreendidos.

Mas seria essa expressão de experiência que interessa para compreender a constituição do residente nesse lugar?

Acredito que não, pois a experiência sinonímia de prática ao acentuar a ação, a atividade, não nos permite perceber o que acontece, que formas se anunciam. Não nos tornamos experientes a partir da prática, apenas ganhamos habilidades e perícia.

Compreender a experiência como algo que nos toca, nos passa e acontece, parte do princípio que existe um encontro entre diferentes entidades e, nesse encontro, há a abertura e acolhimento ao que acontece.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002, p. 22)

Que sujeito que surge nesse acontecimento?

Um sujeito que é um território sensível ao que acontece e o afeta de alguma forma, lugar de chegada das coisas, aonde chegam e são recebidas e, ao serem recebidas, dá-lhes lugar. Do mesmo modo, é um sujeito em *ex-posição*, com tudo que isso implica de vulnerabilidade e risco, de tal modo que não vive uma experiência a quem nada afeta, ameaça ou sucede (BONDÍA, 2002).

Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se "ex-põe". (BONDÍA, 2002, p.25)

A experiência que cabe compreender é aquela em que algo acontece em nós, provoca efeitos, deixa marcas, produz afecção.



*Porque eu me dei conta que a gente faz coisas que não pensa, né. Porque tinha uma menina que eu só chegava nela como enfermeira... Uma criança que tinha uns 6, 7 anos. Eu chegava nela como enfermeira, eu ia fazer procedimento, eu ia puncionar, eu ia dar injeção... E aí um dia eu fui fazer, eu não me lembro o que eu fui fazer, acho que fui dar uma injeção nela e ela disse assim "ai, por que quando tu chega perto de mim tu só me machuca"? Aí, aquilo me apertou o coração. Eu disse "ai, não acredito". E aquilo me chocou, aí mudou completamente. Eu ia desenhar, eu ia brincar de boneca... São coisas que a gente não aprende na faculdade, né, tu não tem que brincar de boneca na faculdade. (Lagarleta, enfermeira, 2010)*

*Foi uma vez que eu perdi um paciente, que a gente perdeu. De 33 anos. A morte dele... Com o passar do tempo assim, a morte já não choca tanto a gente. Ela faz parte do cotidiano da gente, e a gente aprende a lidar com isso. Mas tu vê o sofrimento da família, isso pra mim não... E foi um paciente que eu vi o sofrimento da família, porque uma residente chamou a esposa dele pra dentro da UTI pra dar a notícia, pra mostrar o corpo do paciente também... E aí eu vi, sabe. Porque às vezes, o que acontece, o paciente morre e quem vai conversar com a família é o médico. E é aqui na frente. Tu está lá dentro da tua "casinha", tu não enxerga isso. Tu sente pelo paciente, lógico, eu sempre faço uma oração quando o paciente está morrendo, quando morre assim. Mas tu não vê o sofrimento da família... E isso pra mim... Aquele dia pra mim acabou comigo, sabe. Tanto que eu decidi fazer o meu TCC nessa área, assim. E é isso assim, isso que me machuca. É ver o sofrimento da família. Eu não consigo ainda... Talvez isso seja bom, talvez ainda é ruim, mas eu não consigo não me colocar no lugar da família. Eu sempre tive muito isso, talvez pela minha formação, talvez pelo... Não sei se é caráter ou o quê. Mas eu sempre tive isso de me colocar muito no lugar, eu sofro com isso. E eu não consigo não fazer isso. Então é o que mais marca pra mim assim, ali na residência o que mais marcou foi isso. (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

*Uma experiência que me marcou muito foi do médico, uma paciente chegou a noite, eu tava no plantão noturno, e uma paciente jovem, foi entubada, ficou na UTI. E aí eu ainda fui pro descanso e quando eu voltei tava a mãe daquela paciente sentada na recepção aqui. E ainda conversei "Ah, como é que a senhora tá? Vai passar a noite aí?", e ela me contou de onde ela era, e eu "ah, então depois a gente vê, né, pra a senhora ir ali falar com a sua filha, ver a sua filha, e tal" e entrei. E quando eu entrei, a filha dela tava... teve uma parada cardiorrespiratória e tavam atendendo, e a filha dela faleceu. Então aquilo me deixou muito mal. Até pelas condições da parada porque, enfim, o médico acabou não investindo tanto na parada, eu... e aí que entram os conflitos, né, porque eu cheguei ali, mas eu e o resto da equipe, a gente achava que deveria ter investido mais na reanimação. Só que infelizmente tem uma parte que o critério é médico e tu não tem o que fazer. E aí isso mexeu muito, acho que foi a primeira vez, assim, que eu chorei na Residência, foi essa. Porque tu tem envolvimento com a família, mesmo que seja pouca, tu*

*vê aquela mãe ali a noite inteira sentada e tu entra e tu vê a filha naquele estado e as pessoas, talvez, não se dando conta que tem uma mãe ali fora. E se fosse teu filho ali dentro? Então essa foi uma experiência que me marcou muito, assim. Muito, muito mesmo. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

De repente as coisas não são mais o que são, somos pegos de surpresa, ficamos sem saber o que fazer. Essas situações promoveram a desestabilização e desfiguração de determinadas maneiras de compreender a relação com o outro, com o mundo e consigo próprio; operaram efeitos e abriram possibilidades para novas formas, foram fatos que colocaram em evidência e em questão a percepção e os sentidos sobre morte, vida, perda, cuidado, o outro e o si próprio. Ao fazer esses questionamentos esses residentes colocaram-se em interrogação, refletiram sobre assuntos que lhes eram fundamentais, pois eram basilares de suas composições. É assim que novos arranjos são realizados, que um outro renasce com novos conhecimentos de si e do mundo.

A experiência traz consigo a capacidade de formação e transformação; nasce com ela um aprendizado encarnado da existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana singular, única.

O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria. (BONDÍA, 2002, p. 27)

Portanto, é essa experiência que é interessante promover em uma formação em serviço. É imprescindível burlar ao pensamento que compreende essa formação apenas como um lugar para adquirir práticas; refleti-la como um espaço em que possam acontecer experiências que tocam, que provocam transformações. Somente assim, será imaginável trazer ao mundo modos diferente de pensar e fazer saúde.

Os vários encontros e exposições que os residentes têm ao longo da Residência permitem a construção de um conhecimento que emerge junto a suas experiências. Estão aí colocadas as potencialidades dessa formação, a capacidade de produzir um *entre* como princípio motor da diferenciação e da ampliação da diferença que nos constitui, colocar em catálise os diversos modos de experimentação de si, abrindo condições de encontrarmos algo que nos acontece, que produza aprendizagem, aprendizagem do que pode o pensamento (FUGANTI, 2010).

São essas as possibilidades, aberturas que insurgem no *dar-se-com* entre essas diferentes entidades, Residência e residentes.

## 7 NO ESTAR-JUNTO DOS RESIDENTES, O NASCIMENTO DAS FORMAS

Nos encontramos entonces con personas que más o menos ignoran todo de sí mismas, ignoran los diferentes compuestos individuales y colectivos que van a intentar articularse e ignoran la manera en que estos compuestos se van a agenciar entre sí. Estamos en el régimen de los encuentros, de los afectos y las pasiones.( VERCAUTEREN; CRABBÉ; MULLER, 2010, p.158)

Fui à assembléia da Residência, na qual iria ser discutido o Regimento. Resolvi de última hora, achei que era importante observar o grupo, com qual venho realizando meu estudo, em interação com o restante da Residência. Cheguei ao local - era um ginásio - e já tinha bastantes pessoas, no meio da plenária estava o coordenador da RIS/GHC escutando uma intervenção, virei para ver quem falava: era um dos meus personagens que dizia alguma coisa de forma baixa. Sorri, ao pensar que várias vezes o seu tom de voz fez-me ficar na quietude e aproximar-me para escutá-lo... era o que acontecia no momento: o silêncio enquanto ele falava.

Estavam todos juntos - R1 e R2 -, a disposição em que estavam configurava um espaço entre eles e entre o restante dos participantes, percebi que era o grupo de residente que mais fechado estava entre si, intervinham muito, defendiam suas posições enquanto residentes, a todo momento buscavam arrancar conquistas. (SILVA, Diário de Acompanhamento, 2010)

Estranhamente, quando penso em algum dos residentes que participaram desse estudo, meu pensamento voa e busca a imagem dos outros. Não consigo pensar nos residentes de maneira isolada e individual, minha reflexão sempre busca a ligação, o corpo o qual eles constituem e que para mim ficou evidente durante nossa convivência. Encontrei, sim, cada um em sua singularidade. E encontrei, do mesmo modo, uma forma na qual todos eles estavam juntos e entrelaçados.

Esse corpo nasceu e ganhou traços a partir da (com) vivência, de um compartilhamento de sentimentos e de uma realidade emocional, assim como da

criação de um território - um lugar -, elementos que serviram de dispositivo para ocorrer entre eles uma congregação, para configurar-se um *estar-junto*. O modo com que é instituído esse lugar de encontro é algo necessário para entender a forma que nasce com ele. Entretanto, gostaria de colocar em relevo que esse *estar-junto* funda-se a partir de um *viver com*, no cotidiano das relações. Foi a vivência comum dos residentes que abriu possibilidade para abertura ao outro, invasão pelo outro, onde ocorreu o movimento de identificação<sup>39</sup> com um ideal coletivo, a Residência (MAFFESOLI, 2008).

É relevante sublinhar que os residentes que constituem essa socialidade pertencem a ênfase Terapia Intensiva, e esse fato é imprescindível para o entendimento dos paradoxos e da criação que emerge com essa incidência. O lugar permite o acontecimento de experiências comuns, por isso é significativo na construção de um "nós". Com certeza teria encontrado outro corpo de residentes se esse estudo tivesse acontecido em outro lugar que não o da Terapia Intensiva, perceberia outros encontros, outras maneiras de estar-junto, outras produções de possibilidades.

O *estar* nesse território particular serviu de matriz para o nascimento de um *ser residente* - que não é uma expressão individual, apesar de manifestar as singularidades que a compõem - e dos sentidos que esse carrega consigo. As alegrias, tristezas, frustrações, anseios compartilhados foi o solo para a uma forma de *ser residente* entre outras que se colocam como possíveis. As relações humanas acontecem sempre a partir de uma base emocional que define o âmbito da convivência (MATURANA, 1998)

---

<sup>39</sup> Conforme Maffesoli (2008), a identificação nasce do experimentar em comum, são as emoções coletivas que engajam um indivíduo - esse não é unificado, é uma série de estrato, uma multiplicidade, uma vez que esse seria determinado pelas diversas modulações de alteridade, pois se constrói na pluralidade de relações consigo mesmo, com outrem e com o mundo - com várias máscaras que nunca se entrega por inteiro. É esse entendimento que permite compreender a aparente contradição que se manifesta muitas vezes nos residentes, essa matriz de compreensão permite compreender a multiplicidade que os constituem.

Ao ingressarem na Residência, esta não correspondia exatamente ao que imaginavam. Percebiam que vários profissionais não eram receptivos aos residentes - compreenderam depois que o problema não era eles, mas sim que encarnavam a Residência, uma proposta que alguns profissionais são contrários - e, devido às dificuldades vivenciadas, alguns estudantes pensaram em desistir. As conversas evidenciaram que todos viviam problemas semelhantes, comum entre eles. Essas experiências são narradas e nelas é possível perceber algo que nasce, um laço social que, de maneira incipiente, começa a surgir. É da dinâmica humana formar grupo, isto está relacionado às conversas, à convivência, aos encontros e à aceitação (MATURANA, 1998).

*Foi uma experiência com um médico mais velhinho, no Conceição e tal, e aí eu fui tirar uma dúvida com ele e ele mandou eu obedecer ordens... tipo: "está escrito, obedece"! Aí aquilo me chocou muito, porque eu cheguei a pensar em desistir assim no começo. Né, porque o campo foi péssimo... Então, essa experiência assim, me marcou bastante.[...] Eu disse "ah não, eu dei o azar eu acho, de cair no primeiro, cair no pior campo de todos". E eu fiquei eu acho que três meses lá, dois meses e meio. Aí eu pensei "não, mas eu vou agüentar, já que eu entrei e passei o ano todo estudando pra entrar na residência, eu não vou deixar uma pessoa só que me trata mal, fazer eu desistir." (Lagarleta, enfermeira, 2010)*

*Eu não tinha uma boa receptividade da equipe, não tinha uma boa relação... Então isso pra mim... Eu sou uma pessoa que eu preciso ter vínculo, afetividade com as pessoas. Eu não consigo ficar trabalhando com uma pessoa se essa pessoa tem problemas comigo ou não gosta de mim, e lá acontecia muito disso. E eu fiquei um pouco desiludida, sabe... (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

*Eu não desisto fácil das coisas que eu quero... Então eu acho que... Porque eu não merecia, nem minha família, ninguém assim... E também porque eu percebi que isso não era um sentimento solitário, que era meio coletivo na residência, então a*

*gente teve o apoio uns dos outros assim... Foi um momento bem difícil pra nós enquanto grupo de residência assim, porque nós estávamos... A enfermagem estava passando por um problema lá naquele campo e a fisio com um problema em outro campo, então foi um momento que a gente se uniu ali, sabe... E a gente não tinha muita voz pra coordenação da ênfase e às vezes a gente achava que as coisas chegavam na coordenação da residência e não chegavam, então a gente achava que eles sabiam do problema mas não davam atenção, mas na verdade eles nem sabiam. (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

*O que eu não gostaria de vivenciar de novo? Eu acho que são os confrontos da residência com o serviço, assim... [...] foi a residência pra um lado, o serviço pro outro e que foi um inferno, que não tinha troca nenhuma, era no máximo um bom dia e passagem de paciente e ponto final... Nós nos unimos mais entre nós, mas foi um final de ano que foi... ruim. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

A resistência de alguns profissionais e os problemas que ocorriam nos serviços, foram as experiências que fundaram o encontro entre esses que, por diferentes motivos, vieram a Residência. Foram as dificuldades e as tristezas os primeiros elementos que serviram de cimento, cola entre eles, permitindo que se reconhecessem, entrassem em relação. Esse encontro permitiu que o sentido não se transformasse em ressentido (VERCAUTEREN; CRABBÉ; MULLER, 2010).

*Eu comecei pelo [Hospital] Cristo, e no Cristo é uma outra lógica de trabalho. Eu adoro aquele hospital também, eu acho os pacientes muito bons, assim, de trabalhar, eles têm uma recuperação rápida, assim, acho que isso é muito bom. Mas também era um campo que eu me sentia, assim, um pouco desamparada de orientação naquele momento, porque a enfermeira que tava comigo, ela tava indo pra noite, então ela tava não querendo assumir muitas responsabilidades. Tanto que eu tive que ficar os três meses no mesmo turno porque ela não queria que eu rodasse já que eu tava treinada, por exemplo. Então quem me deu muito suporte foi a minha R2, assim. Mas tanto de escutar as coisas que eu tinha pra falar, como pra me orientar dentro do campo. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

*Então tudo isso fez com que a gente se fortalecesse enquanto grupo, ouvisse uns aos outros e se apoiasse... Isso foi bem importante, as amizades. [...]. A gente fez amizades verdadeiras que eu sei que eu vou levar pro resto da vida sabe, independente de onde eu for depois que eu sair daqui, e isso foi bem importante. (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

As falas ilustram um encontro de entidades que convinham entre si. Ocorre aí um *dar-se com* em que acontece um aumento da potência de agir, força de existir dos que se colocam em relação. Assim, surge a *forma-residente*, na realidade um corpo-residente, esse nasce de um cotidiano específico<sup>40</sup>. Isso não significa que não existia o *residente* antes da experiência destes que participaram dessa pesquisa, mas aqui se configura uma forma singular, que nasce de *coletividade* específica, a partir de um encontro em um determinado lugar, dos significados dado aos acontecimentos *do e no* dia-a-dia.

La creación de un grupo expresa el intento de salir de un estado de impotencia y de separación relacionado con un problema o una cuestión que es importante para aquellos que deciden asociarse (política urbana, el futuro de la agricultura, acceso a los transportes). Dicho de otra forma «si la asociación es una potencia, y crea existencia, entonces los lazos que consiguen los seres les ponen ante un destino que, cuando están separados, no poseen». El surgimiento de un grupo corresponde a una doble «puesta en indeterminación»: de la situación sobre la que intervienen y de los modos de existencia de los que participan en ella. (VERCAUTEREN, CRABBÉ; MULLER, 2010, p. 191)

---

<sup>40</sup> Conforme observações realizadas o cotidiano, constituído pelos residentes, é percebido através dos inúmeros encontros, das reuniões, do almoço compartilhado, das saídas noturnas, por compartilharem suas primeiras experiências de exercício profissional, por estarem sozinhos em uma cidade estranha, entre outras inúmeras razões.



Esse corpo-residente vai ganhando intensidade à medida que eles procuram garantir um espaço de encontros e trocas: percebi a necessidade de marcarmos horário de intervalos e almoços juntos, pois não era/é incomum ver os residentes em uma mesa, juntos, almoçando. Nesses momentos residentes que estavam em outro campo da residência apareciam para poderem conversar e relatar suas experiências. Da mesma maneira, quando alguém ficava responsável por uma tarefa no âmbito da Residência os outros também se implicavam na execução da atividade, assim como buscavam garantir que em um campo de estágio tivesse sempre, no mínimo, dois residentes.

*Uma coisa que eu acho muito legal e eu senti quando eu mudei, passei de R1 pra R2, que eu acho que é muito legal e muito importante, e considero importante, tanto que a gente brigou bastante pra conseguir ficar junto, é a relação que a gente tem do R1 por R2. Porque a gente fica se sentindo meio mãe do R1 e quando tu tem um R2 tu sente que tu está seguro porque tu tem ele ali, ao menos eu sentia isso. E depois a gente se sente responsável pelos que entraram e quer ajudar. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

Era curioso observar que a presença de mais de um residente no mesmo campo de estágio criava condições para um potencial maior de reflexão sobre processos de trabalho, pois os questionamentos deixavam de ser individuais e personificados, eram *os residentes* e não *um residente* que colocavam *entre parênteses*<sup>41</sup> os modos de fazer-pensar saúde. Além disso, entre eles havia um âmbito de trabalho protegido (CECCIM, 2004) na qual podiam arriscar-se, sair do

---

<sup>41</sup> Maturana (1998) afirma que ao colocarmos entre parênteses a realidade, estamos assumindo que existem várias explicações para ela. Logo, não existe uma verdade absoluta e nem relativa, mas muitas verdades diferentes, de distintos domínios. Colocar, dessa forma, os modos de fazer-pensar em saúde entre parênteses, é compreender que os modos de cuidados em saúde encontrados na Residência não são os únicos ou mais legítimos, pois existem outras possibilidades e esses dependem das referências que os trabalhadores têm de saúde e vida.

lugar fixo das profissões para inventar outros modos e significados de atenção em saúde, outras possibilidades de processos de trabalho.

Talvez essa seja um das possibilidades colocadas pela Residência, o encontro entre esses seres que têm identidades - as profissões - e que deslizam para um processo de identificação, que ocorre a partir da experiência em comum. Rompem o casulo da identidade, na qual existe um eu absoluto, homogêneo, senhor de si e dos outros; a vivência compartilhada, a comunhão cotidiana que acontecem nesse espaço permite que exista uma relativização da identidade que cada um chega. Será esse o fato que irá condicionar uma ligação dos residentes uns com os outros. É assim que nos encontros entre esses diferentes nasce uma potência que, de alguma forma, pode ser capturada pelo instituído. No entanto, não deixa de exercer sobre esse uma certa pressão subterrânea (MAFFESOLI, 2005b).

*Eu acho que a gente influencia o serviço e o serviço nos influencia. Acho que a residência como um todo, ela tensiona o serviço. Mas se tu disser que é só tu que faz isso, não é. Tem a contrapartida. Acho que ninguém entrou e saiu do mesmo jeito. Talvez não notou que mudou, mas ninguém entra e sai do mesmo jeito. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

*Eu sempre tive bastante vínculo com a família, então isso aqui é uma coisa que eu até sinto falta, porque tem menos do que eu tinha lá. Às vezes a gente se percebe fazendo algumas coisas que são erradas, assim... [...] Tipo, na hora da visita tu se afastar um pouco. (Flor de Liz, enfermeira, 2010)*

O movimento de *se afastar um pouco* é uma maneira de fugir do encontro com a família, de negar a escuta e o acolhimento ao sofrimento. A atitude relatada por Flor de Liz expressa momentos de captura que o residente sofre em

relação a lógica de atenção em saúde, que se materializa no serviço, a qual ele está inserido. Não esqueçamos que lugar é esse, um local de produção de cuidado que ainda é centrado em procedimentos e tecnologias e que muitos dos pacientes - pela gravidade dos seus casos - clínicos encontram-se sedados, não responsivos a interação.

São essas lógicas estabelecidas que, por vezes, atravessam o residente. O lugar estrangeiro que os residentes ocupam na Residência permite colocarem-se em análise - *coisas que são erradas* Flor de Lis refere sobre a atitude de negar-se à conversa com a família do paciente que está a sob sua responsabilidade -, refletir sobre a relação que têm com os serviços e as lógicas instituídas no processo de trabalho e na produção de cuidado em saúde. Ao fazerem esses questionamentos, explicitam os interesses que estão subentendidos nos processos de trabalho. Assim, os residentes podem não provocar tsunamis, mas geram ondas que, muitas vezes, quebram nos recifes; porém, sempre algum movimento de água desvia e se soma a outros movimentos provocados no mar. Eis aí uma das potencialidades e efeitos desse encontro!

O ser residente emerge primeiramente para garantir as condições idealizadas de aprendizagem, da reivindicação da concretização do imaginário que tinham da Residência. Paulatinamente<sup>42</sup>, essas reivindicações vão se articulando a outras defesas como a Residência, a defesa do SUS e a discussão de modelos de atenção em saúde. *En definitiva, toda situación entra en resonancia con una multiplicidad de otras situaciones.* (VERCAUTEREN; CRABBÉ; MULLER, 2010, p. 167).

Por que acontece esse deslocamento do interesse e do desejo?

Ao deixarem-se afetar pelas experiências e acontecimentos que vivem, os residentes deslizam para um lugar diferente, de onde emerge uma diferente maneira de ver as coisas. Novas percepções os habitarão, tendo como efeito que

---

<sup>42</sup> No entanto, sublinho que isso nem sempre acontece com todos aqueles que constituem esse lugar. Como afirmei anteriormente esse não é constituído por uma homogeneidade.

não aceitarão mais o que aceitavam até o momento, e novas exigências se apoderarão deles (VERCAUTEREN; CRABBÉ; MULLER, 2010). Na crítica ao mundo existe a afirmação da existência.

O efeito gerado por essa nova posição é o problematizar, será esse exercício que permitirá a criação de novos sentidos que serão estabelecidos no estar-junto dos residentes. Assim, torna-se possível verificar algumas (re) significações que acontecem no âmbito dessa convivência. Talvez isso explique a semelhança em suas declarações, em suas opiniões sobre o SUS, uma crítica que não expressa uma terra arrasada, mas o que pode ser feito.

A partir das falas abaixo é possível vislumbrar um ser residente, uma forma de ser que é permeada pela compreensão que o SUS é relevante para o acesso das populações, é uma política a ser defendida. As vivências desses residentes dão origem a um profissional de terapia intensiva mais permeável às políticas de saúde do Sistema Brasileiro de Saúde, um profissional com capacidade de articular e compreender a complexidade dos problemas de saúde que chegam à UTI.

*Eu fico muito brava, assim, quando eu vejo uma reportagem ou alguma coisa falando mal do SUS, porque eu acho que não é... ainda falta muita coisa pra ser como deveria ser. Mas eu acho que isso principalmente na atenção primária e secundária... que a secundária não existe, se tu vai ver tu tem terciário e tu tem primário, tu não tem secundário. Acho que talvez se tivesse uma atenção secundária, as pessoas poderiam ser melhor atendidas pelos postos, podendo fazer os exames, retornando com mais rapidez pra desafogar os hospitais. Mas a gente não tem isso. Acho que é um processo que tá em construção, é uma idéia que eu abraço, assim, de ter um atendimento integral, mas eu acho que ainda falta bastante coisa pra chegar aonde se quer chegar. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

*O SUS é a possibilidade de acesso ao serviço de saúde pra muita gente que não tem. [...] Porque ele é de todos, né. E muitas vezes serviços de referência em certas coisas, como trauma, por exemplo, eles são sempre do SUS, né. Como o HPS e o Cristo, que são hospitais de Porto Alegre, né, que são os centros de trauma mais famosos e que tem mais experiência com isso. (Rio, fisioterapeuta, 2010)*

*A gente enquanto hospital que é uma coisa fechada, que a gente sabe que a nossa ênfase é bastante fechada, eu acho que a gente foge um pouco do que acontece no contexto todo também. Se a gente for pensar em uma unidade de terapia intensiva eu acho que é um dos melhores atendimentos de terapia intensiva que eu vi até hoje. Eu acho que é um SUS muito bom enquanto... Quanto aos profissionais, o quanto eles se aperfeiçoam pra atender os usuários. Como um todo, se a gente pensar pra fora do nosso paciente ali, o tanto que ele fica em uma emergência, o quanto que ele demora pra chegar até nós e que chega muito grave, com poucas condições de recuperação, eu acho que eu vejo ainda como um SUS que engatinha um pouco, que precisa crescer mais. Acho que precisa repensar algumas coisas, né. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

*Eu assim, depois que eu conheci o Conceição, eu sempre digo que o SUS é o melhor plano de saúde que tem, porque tudo que tu quiser fazer o SUS te proporciona. É difícil tratar, tu vê ali a emergência sempre lotada, as pessoas reclamam, mas depois que tu entrou aqui tu consegue fazer tudo o que tu quiser e não tem burocracia... E aí... Eu me formei na PUC, então lá tem muito convênio, aí tu que usar um filtro no respirador e tu não pode porque o convênio não paga. (Lagarleta, enfermeira, 2010)*

Maffesoli (2005b) afirma que vivemos em um mundo objetual em que todos somos pensados, somos atores dirigidos - o autor ironiza - e, nesse mundo em que todos são pensados como objetos, é favorecida a comunhão e a participação. Estranhamento e incômodo são as sensações que me provocaram tal afirmação, mas penso que ao pensarmos uma proposta em educação estamos pensando em um

direcionamento, uma forma (ou fôrmas) de ser no mundo, em um perfil de egresso.

Poderia essa formulação, fruto de uma percepção de mundo do autor referido, explicar o ímpeto de participação desses residentes em particular, sua vontade de deixar algum registro nesse espaço? Não sei ao certo, talvez explique as diferentes junções, associações que acontecem atualmente no mundo. Contudo, toda a teorização não diz de tudo que acontece na vida.

Sublinho algumas percepções que tive - ou que me tomaram - durante esse estudo: cada um vive de diferentes maneiras a Residência. O encontro entre esses que vivem esse lugar é sempre singular, pois é sempre um encontro entre entidades diferentes, que as situações vividas sofrem ressonâncias de outras situações, que alguns encontros despertam para o interesse em participar; porém, para outros, o encontro suscita o escárnio pela Residência e pelo lugar em que acontece, o SUS. Nesse último caso, esses deslizam para a impassibilidade. Essa última percepção veio com a referência e a preocupação dos residentes em relação ao comportamento de um grupo de R1 que não se mostravam interessados em participar, *em construir a Residência*, conforme o relato de Flor de Liz.

As experiências vividas instigou o grupo a redimensionar suas percepções e representações relativas à Residência e ao Sistema Único de Saúde. Nesse exercício, o idealizado e o imaginário foi rompido e (re)configurado, pois perceberam que a realidade, o *por fazer* que encontraram, era mais estimulantes. Havia mais possibilidades a acontecer, poderiam inscrever nesses lugares diversas apostas, nasce daí um novo agenciamento, um outro desejo.

*Eu acho que muitas coisas que a gente reclama "ah, eu não achava que ia ser assim" ou isso ou aquilo, reclama de várias coisas, a gente reclama, né... A gente é que tem que organizar as aulas porque as nossas aulas não são boas, às vezes a gente não tem com quem discutir adequadamente os pacientes e tal... Mas eu*

*acho que a resposta mais correta é assim, se me perguntassem se eu faria de novo, eu faria de novo. Então eu recomendo pras pessoas, porque eu acho que o amadurecimento é muito grande, da gente enquanto profissional, enquanto pessoa, enquanto tudo, assim. E eu recomendo sim, as pessoas fazerem. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

Sobram encontros alegres em relação aos encontros tristes. A Residência é um acontecimento que produz aprendizado e apesar das dificuldades, é importante prosseguir. Aceitaram, dessa forma, ao convite que sempre está implícito no que está em aberto. Ao viverem juntos e deixarem-se afetar nesse conviver criaram um modo de ser e de estar-junto, produzindo efeitos na Residência, desestabilizando seus contornos e abrindo-a para outras possibilidades. Assim, os residentes criam nesse conviver uma obra de arte coletiva, pois ao fazerem-se na Residência também a refazem, com novas cores, misturas e texturas.

Assim fazendo incorporamos o mundo, e nos incorporamos ao mundo. E isso, no sentido mais simples, tornando-nos um corpo animado. Um corpo construído a partir da união dos contrários, um corpo que alia, ao mesmo tempo, o material e o espiritual, o sensível e o inteligível. É desse modo que se realiza a arcaica aspiração à deidade, talvez aquilo mesmo que Durkheim denominou "divino social" (MAFFESOLI, 2008, p. 184).

E porque participaram do processo de dar existência à Residência que se emocionam e a defendem, pois se reconhecem nela.

*Eu digo que é uma experiência única. Não tem, assim, como descrever, assim. Eu acho que eu cresci muito dentro da residência. A minha... se eu for ver*

*quando eu entrei e como eu to agora, acho que ela me proporcionou um crescimento muito grande, não só em termos, assim, de conhecimento técnico, mas de interpessoal e de formas de trabalho, eu acho que ela mudou muito em mim, assim. Não que eu não fosse, mas às vezes tu não tem a oportunidade. E ela te dá a oportunidade de tu conseguir trabalhar em equipe. "Em equipe", uma equipe que conversa que discute. (Aprendiz, enfermeira, 2010)*

*Foi muito bom, foi uma oportunidade de amadurecimento muito importante, muito grande. Eu sempre digo que eu acho que eu quis muito a residência. Eu mudei toda a minha vida, eu saí de casa eu não fiz porque estava aqui, "vou fazer a prova, vou passar e pronto", eu quis muito aquilo, então eu acho que foi uma oportunidade formação e amadurecimento muito grande, ainda está sendo, ainda tenho um bom tempo. Mas eu acho que foi isso, um passo muito importante. (Rosa, fisioterapeuta, 2010)*

Alguns podem sentir dificuldades em compreender os sentimentos e as emoções<sup>43</sup> desses residentes em relação à Residência. Com esforço busquei demonstrar a composição desse estar-junto e suas peculiaridades, para que assim fosse possível entender o que é produzido, criado. A mim, particularmente, suas criações tocam e afetam, mas gostaria de ressaltar que, uma vez, já estive nesse lugar e, como afirma Maffesoli (2005a) uma obra de arte somente emociona aqueles de quem ela é signo.

Na Residência os residentes criaram um *estar-junto*, e foi neste que efetuaram uma afirmação de si - como algo, que prende, tece, *firma* uma forma (ARENHALDT, 2005) e afirmação da Residência. As emoções partilhadas, convivências e o cotidiano foram preenchendo as formas de significados, resignificando os sentidos e valores, recriaram e deram espaço a uma outra

---

<sup>43</sup> Uso o termo emoção nessa frase conforme Maturana (1998) o usa: como o domínio de ações possíveis nas pessoas e distintas disposições corporais que as constituem.



forma-Residência, agora, com suas inscrições, marcas; constituída com um pouco de cada um.

### DeVANEiOS...

Entre os inúmeros encontros percebidos nesse estudo, não poderia deixar de refletir sobre o que aconteceu no meu dar-se-com os residentes que constituíram essa pesquisa. Em nossa convivência uniu-se o presente e o passado de uma experiência - o ser residente - , percebemos nessa interface que eles não eram - e tampouco eu fui - estímulo propulsor para um movimento, pois a Residência Multiprofissional era algo que tinha sido plantado há muito antes de nós ... Vários são os resquícios que levam a essa construção ao longo do tempo. Bastava-nos, então, um “chegar entre” (DELEUZE, 2008) em um movimento pré-existente e, a partir deste, gerarmos uma cadência própria.

O que emergiu dessa ressonância - entre presente e passado - não foi a afirmação do presente com a conclusão de que atualmente muitas coisas já haviam sido superadas. Tampouco houve uma tentativa de buscar reviver o passado na idealização de que eram tempos melhores. Insurgiu desse encontro possibilidades de criação, de inventar modos de ser na Residência.

Nesse contato houve interferência, minhas memórias repercutiram neles agora, e através das suas experiências pude visitar o que havia vivido. Eles ensinaram-me a desdobrar a experiência, buscar sinais que pudessem abrir horizontes, colocar as coisas sobre outras perspectivas, romper com as representações (VERCAUTEREN; CRABBÉ, MULLER, 2010).

Durante o tempo que desenvolvi a pesquisa, palpitou - e com força - a residente que estava em mim; ela encontrou no espaço de compartilhamento com os residentes um meio de reverberação, atualizou-se.

Foi assim que me percebi envolvida novamente no mundo da Residência: na organização do curso de preceptores, como facilitadora dos Seminários Integrados da Residência, organizando os estágios de residente em meu setor e participando de uma assembléia geral dos residentes.

Como o afirmado anteriormente, criamos nesses encontros modos de ser na Residência; à medida que a residente-em-mim ganhava intensidade, ela ia me refazendo.

Buscava agora uma outra inserção na Residência, não mais como a residente que não era mais - apesar de habitar em mim e deixar em relevo minhas implicações - mas uma inserção a partir do lugar que me encontrava atualmente, como profissional de saúde pertencente ao quadro de funcionários da instituição.

Nesses momentos em que estivemos juntos - residentes e eu - houve o reconhecimento entre nós e esse fato criou um laço social que nos uniu, produziu nossa simbiose em torno de um território simbólico - a Residência - a defender, a construir e conquistar (MAFFESOLI, 2005a) talvez mais do que ideológico, nossos laços eram afetivos, éramos pares, compreendíamos uns aos outros.

## 8 DES-FECHO<sup>44</sup>

Difícil dizer que acabou. Principalmente, quando compreendo que o que vi em muitos aspectos já não é mais, pois seguiu sendo. Não parou de constituir-se porque aqui registrei. Por isso, a impossibilidade de finitude, uma vez que esta pesquisa é uma produção de conhecimento, dependendo das relações e condições estabelecidas.

No caso dos residentes, já não são mais os mesmos - não pararam de produzir-se no dar-se com o mundo - e encontram-se agora por ir embora, a despedir-se dessa formação. A Residência contém um pouco das formas que encontrei, mas como outros residentes e trabalhadores ingressaram nesse lugar, desde o momento que lá estive, é provável que novas formas se anunciem, outros devires estejam em processo.

Esta Dissertação coloca em relevo a constituição de si dos residentes, nos encontros e as possibilidades de criação e formas que podem emergir a partir desses *dar-se-com*; das afetações e afecções, do estar-junto das entidades. Exponho que as configurações são infinitas e que ainda não podemos afirmar o porquê de determinados traços em algumas conformações que nascem a partir dessas confluências. Algumas conformações são mais fortes que outras; esses traços são conformados no encontro e esse são, em muitos aspectos, um "mistério" para nós.

A Residência Multiprofissional, enquanto um local facilitador de troca, intersecção e intercessão entre diferentes, possui a capacidade de produzir diferença e diferenciação. A modalidade de educação no trabalho, torna possível uma aprendizagem significativa; a partir das experiências singulares. Aqueles que constroem a Residência, cotidianamente, devem pensá-la como um espaço

---

<sup>44</sup> Uso esse termo para terminar minha dissertação para expressar e sublinhar o não fechamento, a não conclusão dos acontecimentos, anuncio a abertura, aos devires que seguem insurgindo nos encontros.

promotor de experiências que tocam e permitem a produção de um conhecimento encarnado, que se origina como condição para que tomemos o mundo em parte, como nosso; ou seja, uma invenção de mundo e produção de sentidos. Portanto, a RMS deve ser espaço para exposição, um campo aberto aos encontros.

Para compreender o que pode nascer nessa incidência, é importante fugir de referenciais maniqueístas em que existem as vítimas e os opressores, os que capturam e os capturados, os sujeitos e sujeitados. Essas características fulguram-se juntas em cada entidade. Conforme o relatado neste estudo, são muitos os estratos, almas que estão em nós e que se colocam em relação; sendo que em determinadas ocasiões uma prevalecerá em relação à outra. É relevante o entendimento do *estar-junto*, modos de ser que se estabelece, e a socialidade que se instala no compartilhamento das emoções e sentimentos.

Do mesmo modo, devemos lembrar que esse lugar também será delineado no encontro dos que vêm até ele; assim, seu desenho dependerá dos grupos que se colocam em relação, de suas características e das interações. As RMS são formas, que se fazem no encontro desses que compõem os serviços com os estrangeiros que chegam: os residentes e os usuários. Logo, devemos pensar que aqueles que chegam trazem sentidos, valores e representações que de algum modo pode causar contaminação. Instaura-se uma forma-Residência que é própria de um encontro singular em um determinado lugar. Cada grupo de residente que vem à Residência em busca de formação, em alguma medida, a conformará; imprimirá seu registro a essa política em nível local. Portanto, a Residência está sempre em um entre-aberto, em abertura.

Restará para os que vêm ao encontro dessa formação o colocar-se entre, e fazer a escolha de desposar ou não o movimento (DELEUZE, 2002); desposarem ou não processos que afirmem potências criadoras de vida.

## 9 NO CAMINHO, OS ENCONTROS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. *Produção de Subjetividade e Gestão em Saúde: cartografias da gerência*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2004. 190f. Tese de Doutorado - Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde*. *Interface (Botucatu)* [online]. 2004, vol.8, n.14, pp. 73-92. ISSN 1414-3283.

ARENHALDT, Rafael. *Das Docências Narradas e Cruzadas, das Sur-presas e Trajetórias Reveladas: os fluxos de vida, processos de identificação e as éticas na escola profissional*. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 152f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós- Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ARRETICHE, Marta. *Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas*. In: BARREIRA, Maria Cecília R. N.; CARVALHO, Maria do Carmo.B.(Org). *Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas públicas*. São Paulo, IEE/PUC-SP, 2001, p.43 - 55.

ATHANAZIO, Roberto Abensur et al. *Decisão de não Introduzir ou de Retirar Tratamentos de Suporte para Pacientes Terminais Internados em Unidades de Terapia Intensiva*. Disponível em: [Http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo\\_201061617233.pdf](http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_201061617233.pdf). Acesso em: maio de 2010.

BALL, STEPHEN. *Sociologia das Políticas Educacionais e Pesquisa Crítico-Social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional*. *Currículo sem Fronteira* [Online]. 2006.v.6, n.2, PP. 10- 32, jul/dez. ISSN 1645-1384.

BONDÍA, Jorge Larrosa. *Notas sobre a experiência e o saber da experiência*. Disponível em: [http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19\\_04\\_JORGE\\_LARROS\\_A\\_BONDIA.pdf](http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19_04_JORGE_LARROS_A_BONDIA.pdf). Acesso em ago. de 2010.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Plano de Desenvolvimento Institucional: Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde- Escola/GHC*. Porto Alegre, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminho para a educação permanente em saúde: Pólo de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

CALVINO, Ítalo. *Seis propostas para o próximo milênio*. Lições Americanas. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp. 219-230. ISSN 1413-8123.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das coisas. O caso da saúde. In: CARVALHO, Sergio Resende; FERIGATO, Sabrina; BARROS, Maria Elisabeth (Org.). *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 417p.

CARDOSO JR., H. R. Foucault e Deleuze em co-participação no plano conceitual. In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias deleuzeanas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção á saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. 211-226p.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. 2005a. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo07.pdf>. Acesso em ago. de 2010.

\_\_\_\_\_. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005b. pp. 259-278.

\_\_\_\_\_. Onde se lê "Recursos Humanos da Saúde", leia-se " Coletivos Organizados de Produção da Saúde": Desafios Para a Educação. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Rubem Araújo (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005c. p.161-180

\_\_\_\_\_. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 233-235. ISSN 1414-3283.

\_\_\_\_\_. A emergência da Educação e Ensino da Saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde* [online] Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>. Acesso em jun. de 2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. *Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como travessia de fronteiras*. 2009. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=219>. Acesso em: ago. de 2010.

CECCIM, Ricardo Burg e CAPOZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves e outros (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346390.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria. Ensino da saúde como o projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In. In. PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. 336p.

CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In. PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. 336p.

DALLEGRAVE, Daniela e SILVA, Quelen Tanize Alves da. *Residência Integrada em Saúde: TRANSformação INTERdisciplinar*. 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Integrada em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2006.

DA ROS, Marco Aurélio. Sobre "o olho do furacão". *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 231-232. ISSN 1414-3283.

DELEUZE, Gilles. *Abecedário de Gilles Deleuze*. França: 1988- 1989. Entrevista Concedida a Claire Parnet. Disponível em <http://www.ufrgs.br/corpoarteclinica/obra/abc.prn.pdf>. Acesso em mar. de 2010.

\_\_\_\_\_. *Conversações* (7<sup>o</sup> Reimpressão - 2008). São Paulo: Ed.34, 1992. 232p.

\_\_\_\_\_. *Espinosa - Filosofia Prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

EUGENIO, Fernanda. De como olhar onde não se vê: ser antropóloga e ser tia em uma escola especializada para crianças cegas. In: Velho, Gilberto; Kuschnir, Karina (Orgs.). *Pesquisas urbanas - desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 208-220

ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia. *O Conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade*. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a17.pdf>. Acesso em: abr. de 2010.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. 4<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 598p.

HECKERT, Ana Lucia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta. In. Pinheiro, Roseni; Mattos Ruben Araujo(Org.) *Razões Públicas para a integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.404p

GUIZARDI, Francini Lube; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro, Roseni; Ceccim, Ricardo Burg; Mattos, Rubem Araújo (Org). *Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p.161-180.

FERLA, Alcindo Antônio. Participação da População: do controle sobre os recursos a uma produção estética da Clínica e da gestão em saúde. *Physis* [online]. 2004, vol. 14, n.1, p. 85-108.



FERREIRA, Ana Gabriela Clipes, MACHADO, Denise Selbach; MENEZES, Neliana Schirmer Antunes. *Orientações para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos: dissertação, teses, TCG de Pedagogia, TCE de Especialização*. Porto Alegre: UFRGS/FACED/ BSE, 2010.

FERREIRA, Michelyne Antônia Leôncio. *Evolução da Política de Recursos Humanos a partir das Análises das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)*. 2008. Disponível em: [www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicações/rquivos/politicas-rh-analise\\_cns.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicações/rquivos/politicas-rh-analise_cns.pdf). Acesso em :22 de março de 2009.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.306p.

\_\_\_\_\_. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 229-230. ISSN 1414-3283.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Revista Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.23, pp. 427-438. ISSN 1414-3283.

FUGANTI, Luiz. *Agenciamento*. Disponível em: [http://www.luizfuganti.com.br/index.php?view=article&catid=25%3Atextos&id=74%3Aagenciamento&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com\\_content&Itemid=87](http://www.luizfuganti.com.br/index.php?view=article&catid=25%3Atextos&id=74%3Aagenciamento&tmpl=component&print=1&layout=default&page=&option=com_content&Itemid=87). Acesso em: abr. de 2010.

\_\_\_\_\_. *Aprendizado*. Disponível em: [http://www.luizfuganti.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75:aprendizado](http://www.luizfuganti.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=75:aprendizado). Acesso em: abr. de 2010.

HUNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? *Psicol. Soc.* [online]. 2005, vol.17, n.1, pp. 89-92. ISSN 0102-7182.

KASTRUP, Virgínia. *Políticas Cognitivas na Formação do Professor e o problema do Dever-mestre*. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v26n93/27279.pdf>. Acesso em: jun. de 2010.

KOIFMAN, Lilian; OLIVEIRA, Gilson Saippa; FERNANDEZ, Verônica. Reflexões sobre o papel do docente em saúde na constituição de valores e sentidos sobre o ato de cuidar. In. Pinheiro, Roseni; Mattos Ruben Araujo(Org.) *Razões Públicas para a integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.404p.

LARROUSE, Cultural. Dicionário de Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Moderna, 1992.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Revista Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123.

MADEIRA, Lélia Maria et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar?. In. Pinheiro, Roseni; Mattos Ruben Araujo (Org.) *Razões Públicas para a integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.404p.

MAFFESOLI, Michel. *A Transfiguração do Político: a tribalização do mundo*. 3º ed. Porto Alegre: Sulina, 2005 a. 230p.

\_\_\_\_\_. *No Fundo das Aparências*. 3º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005b. 350p.

\_\_\_\_\_. *Elogio da Razão Sensível*. 4º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 207p.

MATURANA, Humberto. *Emoções e Linguagem na Educação e na Política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.98p.

MERHY, Emerson Elias. Introdução ao Debate sobre os Componentes da Caixa de Ferramentas dos Gestores em Saúde. *Ver - SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299p.

\_\_\_\_\_. *Cuidado com o Cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida*. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acesso em: ago. de 2010.

\_\_\_\_\_. *Engravidando Palavras: o caso da Integralidade*. 2005 a. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em: jan. de 2010.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005b, vol.9, n.16, pp. 172-174. ISSN 1414-3283

\_\_\_\_\_. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

\_\_\_\_\_. *Cuidado com o Cuidado: o Caso da Fila do Toque*. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-15.pdf>. 2009. Acesso em: ago. de 2010.

MONTERO, Rosa. *A louca da casa*. Rio de Janeiro; Ediouro, 2004.

MORAES, Vinicius. *A vida é a arte do encontro*. Disponível em: [http://www.pensador.info/vinicius\\_de\\_moraes\\_la\\_vida\\_e\\_arte\\_do\\_encontro/](http://www.pensador.info/vinicius_de_moraes_la_vida_e_arte_do_encontro/). Acesso em: set. de 2010.

MORIN, Edgar. *Meus Demônios*. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1997. 368 p.

\_\_\_\_\_. *Os setes saberes necessário à educação do futuro*. 10 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2005. 115p.

MOSÉ, Viviane. *Toda Palavra*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

MULLER, Pierre; Surel, Yves. *A Análise das Políticas Públicas*. Pelotas: Educat, 2002. 156p.

NÖRNBERG, Marta. *Palpitações Indizíveis: O lugar do cuidado na formação de professores*. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 174f. Tese de Doutorado- Programa de Pós- Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2008. ISSN 1414-3283. ISSN [Online] 1807- 5762. 2008.

ROLNIK, Suely. *Criação e Resistência: um triste divórcio*. 2003. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em maio de 2010.

\_\_\_\_\_. *Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico*. 1993. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em maio de 2010.

SANTANA, José Paranaguá, CHISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. *Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde*. Brasília, 2002. Disponível em: <[www.google.com.br](http://www.google.com.br)>. Acesso em: jan. de 2010.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. *Pedagogia Cartográfica: a estética da rede no setor saúde como política da saúde e ética do ensino aprendizagem*. Porto alegre: UFRGS, 134f. Dissertação de Mestrado- Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

SILVA, Quelen Tanize Alves da. *Diário de Acompanhamento*. Porto Alegre. PPGEDU/UFRGS, 2010.

SPINOZA, Benedictus de. *Ética* [tradução Tomás Tadeu]. Belo Horizonte: Autêntico Editora, 2009.

VERCAUTEREN, David; CRABBÉ, Olivier; MULLER, Thierry. *Micropolítica de los grupos: Para una ecologia de las prácticas colectivas*. Disponível em: [http://www.traficantes.net/index.php/trafis/editorial/catalogo/utiles/micropoliticas\\_de\\_los\\_grupos\\_para\\_una\\_ecologia\\_de\\_las\\_practicas\\_colectivas](http://www.traficantes.net/index.php/trafis/editorial/catalogo/utiles/micropoliticas_de_los_grupos_para_una_ecologia_de_las_practicas_colectivas). Acesso em: junho de 2010.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<sup>45</sup>

#### **Projeto: Residência Multiprofissional em Saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração nesse estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não trará nenhum prejuízo a você. Se você concordar e quiser participar basta preencher seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável da pesquisa. Obrigada pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, Quelen da Silva, em respeito aos direitos legais e a dignidade humana do sujeito participante dessa pesquisa, peço a autorização do mesmo para que possa fazer parte do grupo de análise posterior e confecção de futuros resultados, de forma que se houver concordância, responsabilizo-me a prestar esclarecimento ao entrevistado para o melhor entendimento do seu papel nesse trabalho, citando dessa forma abaixo:

---

<sup>45</sup> Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

- 1- O objetivo desse estudo é verificar como o residente se constitui a partir dos encontros que acontecem no âmbito da Residência e que estar-junto e possibilidades de criação se configura a partir da convivência e compartilhamento de emoção.
- 2- Para tanto, o responsável pela pesquisa realizará grupos e entrevistas individuais os quais serão gravadas. Essas gravações serão transcritas e analisadas para a realização do trabalho de pesquisa;
- 3- Coerente com os referenciais teóricos que embasam esse projeto o responsável pela pesquisa realizará apresentação dos resultados prévios com os sujeitos que fizeram parte dessa pesquisa. Assim como os sujeitos participantes serão convidados para defesa dessa dissertação que acontecerá provavelmente no mês de setembro de 2010 nas dependências da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- 4- Através desse documento ficam garantidos ao participante todos os esclarecimentos relativos à pesquisa. A partir do momento que o participante dessa pesquisa não quiser mais dela fazer parte, reserve-lhe o direito de o seu consentimento, livres de sofrer quaisquer danos ou penalizações;
- 5- Não haverá qualquer despesa ao participante, no que tange a materiais ou testes;
- 6- No decorrer dessa pesquisa se tiver qualquer dúvida relativa a essa pesquisa poderá procurar Quelen da Silva, responsável pela pesquisa através do telefone (51) 3357.2443 ou pelo e-mail [gdasilva@yahoo.com.br](mailto:gdasilva@yahoo.com.br).

Eu \_\_\_\_\_,  
dou consentimento livre e esclarecido para que se façam as análises necessárias  
a essa pesquisa e posterior uso e publicação dos dados nos relatórios finais e  
conclusivos a fim de que esses sirvam para beneficiar a ciência e a humanidade.

Porto alegre, 2009.

---

Participante da pesquisa

---

Quelen da Silva

qdasilva@yahoo.com.br

## APÊNDICE B

### Roteiro para Entrevista

- 1- Como você tornou-se profissional da saúde?
- 2- O que significa ser um profissional da saúde para você?
- 3- Por que fazer uma Residência em Saúde?
- 4- Você conhecia a proposta da Residência Integrada em Saúde do GHC?
- 5- Por que realizar uma Residência em Saúde com ênfase em Terapia intensiva?
- 6- Se você fosse falar da Residência que está fazendo para alguém o que diria? Ela é boa é ruim por quê?
- 7- Qual o acontecimento ou experiência que mais lhe marcou durante a Residência?
- 8- O que você poderia comentar sobre o serviço que estava inserido? Quais as características, o que lhe marcou desse campo, que sensações teve ou experimentou, o que lhe surpreendeu?
- 9- O que valeu a pena viver nesse serviço?
- 10- O que você não gostaria de vivenciar novamente nesse serviço?
- 11- Quem foram seus pares (aliados) nesse serviço?
- 12- Que significado de saúde você construiu a partir de sua experiência na RIS/GHC? Você poderia contar alguma experiência que possa exemplificar isso?
- 13- Como você acha que têm que ser a relação entre profissional de saúde e usuário (paciente)? Alguma vez você experienciou isso em seu campo na residência?
- 14- Que tipo(s) de processo(s) de cuidado você vivenciou na RIS/GHC? Qual processo lhe parece o melhor?
- 15- Que Sistema Único de Saúde você encontrou na residência? Você poderia exemplificar contando alguma experiência?
- 16- Que referencial de vida você encontrou na RIS/GHC a partir de seu cotidiano?
- 17- O que você faz questão de lembrar ou esquecer-se em sua experiência na RIS/GHC?
- 18- Que tipo de profissional da saúde você se considera após esse período de residência?
- 19- Se você olhar sua vida até agora que papel desempenhou a Residência na construção de seu modo de atuação profissional?
- 20- Comente algo sobre essa experiência de formação que você ache interessante falar.