

INTENÇÕES ENTRE TENSÕES: AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE COMO *LOCUS* PRIVILEGIADO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Understanding between stresses: the multidisciplinary residences in health as a privileged *locus* to the permanent health education

Paula Lopes Gomide Haubrich

Mestranda em Saúde Coletiva
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Tutora da Residência
Integrada em Saúde da Escola de
Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
E-mail: plgomidehau@gmail.com

Cristiane Trivisoli da Silva

Doutoranda em Enfermagem Pós-
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, Bolsista Capes.
E-mail: cris.trivisoli@gmail.com

Maria Henriqueta Luce Kruse

Doutora em Educação, Professora
Associada da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.
E-mail: kruse@uol.com.br

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação, Professora
Adjunta da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.
E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Resumo

O texto tem como objetivo analisar e refletir a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde enquanto espaço privilegiado para a aplicação dos princípios da Educação Permanente em Saúde no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa, em que foram consultados artigos e capítulos de livros, publicados no Brasil e no exterior, nos últimos dez anos, a fim de se construir uma análise que permita compreender as facilidades e as dificuldades para a efetivação do quanto preconizado pelas políticas públicas nacionais sobre a formação em serviço em saúde. As reflexões, de maneira geral, apontam para a potência das Residências Multiprofissionais como processos de formação em serviço em consonância com o arcabouço teórico da Educação Permanente em Saúde. No entanto, outras destacam as fragilidades existentes na consolidação das Residências, decorrentes do arcabouço legal, da baixa representatividade dos diversos atores que dela participam e da dificuldade de superar as tensões e binarismos existentes entre educação e(m) serviço no campo da saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Residência Multiprofissional em Saúde; Educação em Saúde.

Riassunto

Il testo analizza e riflettere sui corsi di Specializzazione Multiprofessionale in Salute brasiliani, quali spazi privilegiati per l'applicazione dei principi dell'Educazione Permanente in Salute. Il lavoro è il risultato di una recensione narrativa, per la quale sono stati consultati articoli e capitoli di libro pubblicati nell'arco degli ultimi 10 anni in Brasile e all'estero. L'analisi si è focalizzata sulla comprensione dei punti di forza e sulle difficoltà dell'applicazione delle politiche pubbliche e delle raccomandazioni a riguardo della formazione in servizio. In generale, le riflessioni raccolte, indicano da un lato l'appropriatezza delle Specializzazioni Multiprofessionali quali processi di formazione in servizio ed in consonanza con il quadro teorico dell'Educazione Permanente in Salute; e dall'altro individuano nel quadro giuridico, nella scarsa rappresentatività dei diversi attori che partecipano al processo, e nelle difficoltà nel superare le tensioni e binarismi tra formazione e formazione in servizio nel campo della salute i punti deboli che ostacolano il consolidamento delle Specializzazioni.

Parole chiave: Educazione Permanente in Salute; Specializzazione Multiprofessionale in Salute; Educazione Sanitaria.

Um pouco da história da Educação Permanente em Saúde

Muito se tem falado e escrito sobre a Educação Permanente em Saúde no Brasil, na última década. Porém, enquanto estratégia para qualificação dos recursos humanos, no campo da saúde, a Educação Permanente não é uma ideia nova. Foi assumida como prioridade pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980. Esta iniciativa passou a ser difundida como "Educação Permanente do Pessoal da Saúde", com vistas ao desenvolvimento

dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa, para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde¹.

Diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana e Peru desenvolveram programas e algumas políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde de acordo com os pressupostos estabelecidos pela OPAS, com financiamento de organismos internacionais².

A OPAS tem, como linha orientadora de trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) desde o ano de 1984. A fim de desenvolver o vínculo entre as dimensões do trabalho e da educação, nos serviços de saúde, tomou como preocupação "o trabalhador, seu trabalho e sua contribuição para a saúde da população e a educação permanente de trabalhadores como um instrumento essencial para o desenvolvimento"^{2:34}. No documento "*Educación Permanente de Personal de Salud*",² diferentes autores analisam os esforços realizados, ao longo de quase uma década, para fortalecer os princípios da Educação Permanente, assim como apresentam suas conceituações, metodologias, propostas de trabalho, referenciais teóricos e divulgação de experiências.

No Brasil, a trajetória da Educação Permanente em Saúde se apresenta em consonância com a da Constituição Federal, quando é criada a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos de 1998³, reeditada em 2000, com o objetivo de subsidiar a gestão do trabalho e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). No intuito de construir uma política de valorização do trabalhador do SUS e, considerando a importância que o tema da força de trabalho em saúde vai tomando ao longo dos anos de 1990 em todo o mundo, aliado

à necessidade de cumprir o art. 200 da Constituição Federal, investe-se na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁴.

A partir dessa Secretaria, em 2003, o Ministério da Saúde assume o papel e a responsabilidade de formular as políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde⁴. Nesse cenário, foi aprovada a Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que dispõe sobre a *Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*, a qual culminou posteriormente na Portaria Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 que instituiu a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Tal Política foi alicerçada na responsabilização dos serviços de saúde, com vistas à transformação das práticas profissionais, configurando-se por meio de espaços de construção de conhecimento comprometido com a realidade social da população⁴. Esses espaços foram criados a fim de desenvolver novos processos de produção de saúde através de novas relações e conceitos⁵.

Dessa forma, a EPS está baseada na aprendizagem significativa, propondo que a capacitação dos profissionais seja pautada na metodologia da problematização do processo e da qualidade do trabalho ofertado em cada serviço de saúde. Essa proposta se define com o intuito de preencher as lacunas existentes na área de formação em saúde, transformando, assim, as práticas profissionais e a organização do trabalho⁶. Com isso, tal Política se propõe a transformar a prática dos profissionais de saúde e a da organização do trabalho, tendo como metas a descentralização, a multiprofissionalidade, sensibilizando universidades e gestores a avaliarem sua capacidade de articulação através da

democratização de suas instituições⁷.

Além disso, a Educação Permanente em Saúde é definida como um conceito pedagógico empregado para expressar as relações entre ensino, ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde⁸ com o uso de novas metodologias de ensino e aprendizagem, sobretudo para a problematização⁹, a qual é compreendida como a aprendizagem que se realiza na ação-reflexão-ação¹⁰.

A Educação Permanente em Saúde, na PNEPS, em 2004, é conceituada como uma “ação estratégica que prevê que a transformação das práticas esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais”^{4:10}. A concepção da EPS foi compreendida não apenas pela finalidade de produção de resultados ou com objetivos pré-estabelecidos, mas também como espaços de problematizações, reflexões, e diálogos entre os profissionais de saúde para, desse modo, oportunizarem estratégias para promover mudanças nos serviços de saúde.

Conforme as diretrizes e estratégias que constam na Política, destaca-se que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não sejam decididas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta de uma instituição de ensino, mas que atendam às necessidades de saúde e à organização do trabalho no SUS¹¹.

Em 2007, a Portaria GM/MS Nº 1.996, de 20 de agosto¹², dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* e revoga a anterior. Nessa Portaria¹², é reafirmado que a criação da PNEPS visa contribuir com a transformação e qualificação das práticas de saúde, com a organização das ações e dos serviços, com os processos formativos e ainda com as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Dentre as várias iniciativas propostas

e realizadas no âmbito da implementação da EPS no Brasil, ao longo da última década, destacamos a experiência das Residências Multiprofissionais em Saúde^{13, 14}, sobre as quais nos deteremos a seguir.

Breve história das Residências Multiprofissionais em Saúde

Quando nos deparamos com os significados da palavra Residência, encontramos pistas das origens desta modalidade de ensino pós-graduada *lato sensu*. Consultando dicionários da língua portuguesa^{15, 16, 17}, localizamos a definição básica de *casa ou lugar onde se reside*, no sentido de morar, habitar. Modalidade de ensino e moradia se mesclam historicamente, desde os primeiros Programas de Residência até os dias atuais, se levarmos em consideração que uma das principais condições para o desenvolvimento desta atividade de ensino-aprendizagem, pelo residente, é a dedicação em tempo integral, traduzida nas sessenta horas semanais. Assim, a lógica pedagógica da imersão e intensividade perpetua-se até o momento presente.

De acordo com alguns autores^{18:24} “os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato”, destinada à qualificação dos profissionais médicos. Ao longo dos anos, a corporação médica passou a considerar esta formação como indispensável ao profissional médico, instituindo, legitimando e reconhecendo esta prática de ensino como “padrão ouro”. Justifica-se então a popularidade da expressão *Residência Médica*, evidenciada nos dicionários da língua portuguesa, como apontam as autoras¹⁸. Além do significado de moradia, estes dicionários apresentam, na definição de Residência, o tempo que o médico recém-formado fica em um hospital para adquirir experiência. Neste caso, a noção de Residência está atrelada apenas

à categoria médica, pois estas publicações não apresentam nenhuma menção às outras profissões.

A Residência Médica surgiu em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, idealizada pelos professores Osler e Hausted, como uma programação destinada ao treinamento dos médicos após a graduação. Conforme Lázaro da Silva,^{18:24} “em 1889, o Programa criado por Hausted passou a ser considerada a primeira Residência Médica, direcionada ao treinamento na área cirúrgica. Osler, seguindo esse modelo, implementou, no mesmo hospital, a Residência na Clínica Médica, em 1900”. Esta modalidade de ensino, a partir dessa experiência, espalhou-se pelos Estados Unidos da América e, posteriormente para outros países, atingindo amplo reconhecimento e sendo considerada indispensável para a formação do médico.

É importante ressaltar também a importância da publicação do Relatório Flexner¹⁹, em 1910, e o quanto este fato influenciou a formação e as práticas médicas no mundo ocidental, centrando as noções de saúde em torno de práticas medicalizadoras no cuidado intra-hospitalar e, posteriormente, na formação dos demais profissionais da saúde²⁰. Este Relatório consistiu em uma avaliação da situação do ensino nas 155 escolas médicas existentes nestes países, realizada por Flexner, a convite da *Carnegie Foundation*. Ele visitou as escolas pessoalmente e de forma solitária, sem a utilização de um instrumento padronizado, durante seis meses. Um dos motivos para a encomenda deste estudo foi o grande número de escolas de Medicina com abordagens terapêuticas diferentes entre si, abertas de forma indiscriminada e sem nenhum registro, vinculadas a instituições universitárias ou não, com critérios de admissão e currículos diferenciados.

A origem do Relatório também está atrelada à associação entre a corporação

médica e a crescente indústria farmacêutica da época, que passam a exercer forte pressão sobre as instituições educacionais e os governos para a implantação e extensão de um modelo de “medicina científica”²¹.

Como resultado, o Relatório Flexner¹⁹ considerou inadequada a maioria das escolas e produziu uma redução drástica no número de estabelecimentos, que passaram a se organizar e a serem credenciados a partir dos aportes deste documento. Por um lado, o trabalho de Flexner possibilitou a reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas. Mas, por outro, produziu um processo de exclusão de todas as outras propostas de atenção à saúde e centrou na excelência da educação médica o fator determinante para se qualificar a prática profissional e os serviços de saúde.

No Brasil, a Residência Médica surgiu em 1940, marcada pelo modelo americano, da clínica tradicional e hegemônica na área da Saúde e centrada no treino de técnicas e procedimentos desenvolvidos basicamente em ambiente hospitalar. Os primeiros programas iniciaram na Universidade de São Paulo (USP) em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, atingindo a sua consolidação na década de 90.

Na década de 1970, no Brasil, a Residência Médica passa a ser reconhecida legalmente e é instituída como modalidade de ensino de pós-graduação através do Decreto Nº 80.281 de setembro de 1977, após um parecer favorável do Conselho Federal de Educação (CFE). Este mesmo Decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A Lei Nº 6.932, de 7 de junho de 1981, estabelece, entre outras providências, que todos os programas devem oferecer titulação de especialista e que a terminologia Residência Médica só pode ser utilizada após aprovação e credenciamento junto à CNRM²².

Nesta mesma década, ao lado deste

movimento de regulação, surgem as primeiras Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), no Brasil. O Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) é considerado pioneiro, pois, em 1977, já apresentava uma configuração que incluía mais de uma categoria profissional. Despontam-se ainda, neste período, as Residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas (1975) e da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975) e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (1976).²³

[...] essas experiências teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locais, e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).^{23:19}

Essa primeira experiência singular do Programa de Residência da SES/RS, embrião das RMS e que serviu de modelo para diferentes programas, em todo o território nacional, com caráter multiprofissional, tem aspectos importantes que podem ser considerados. Ela inicia-se, historicamente, antes da Conferência de Alma-Ata, que é considerada um marco histórico no debate em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) e da ideia de visão ampliada de saúde²⁴. Além disso, esta experiência inovadora valorizava o trabalho em equipe multiprofissional no desenvolvimento do cuidado na rede básica de saúde, ultrapassando uma concepção biomédica, fragmentada e biologicista. Os idealizadores desta proposta são três médicos,ⁱ dois deles, ao retornarem de um

ⁱ Os três médicos foram: Ellis D'Arrigo Busnelo, Sérgio Pacheco Ruschel e Carlos Groisman. Os dois

período de estudos nos Estados Unidos, trazem um modelo de atenção nomeado de “médico de quarteirão”.²⁵

Porém, no início da década de 1990, o Programa de Residência em Saúde Comunitária, com caráter multiprofissional, da Unidade Sanitária São José do Murialdo foi extinto, por motivos políticos e econômicos, permanecendo somente a Residência Médica. Entre os fatos que desencadearam o fechamento, está a discrepância entre a remuneração e carga horária dos residentes médicos em relação às demais profissões²⁶.

Apesar da extinção do Programa, o acúmulo histórico e a experiência pedagógica possibilitaram à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), alguns anos mais tarde, acrescentar ao Programa de Residência Médica o Programa de Aperfeiçoamento Especializado, dando origem a uma das primeiras Residências Integradas em Saúde (RIS) do Brasil, instituída em âmbito estadual, através da Portaria Nº 16, de 1º de agosto de 1999, publicada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul²⁷.

No Brasil, no entanto, as Residências Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde só começaram a ser regulamentadas em 2005, quando foi promulgada a Lei Nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)¹³.

Neste período, década de 1970 e o final dos anos 90 e início dos anos 2000, cabe apontar outras experiências em RMS, anteriores à regulamentação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação: a do Instituto Philippe Pinel, da cidade do Rio de Janeiro (1994), a do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995), a da Fundação Hospitalar do Distrito Federal/Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal (1997),

primeiros foram os que estiveram em formação nos Estados Unidos, no início dos anos de 1970.

a da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e Universidade Federal da Bahia (1997), a do Ministério da Saúde, por meio de convênio com instituições formadoras (2001-2002), a da Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciência e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2003) e a do Grupo Hospitalar Conceição (2003)²⁸.

As experiências de RMS, anteriores à promulgação da Lei de 2005, demonstram a diversidade dos serviços e órgãos que promoviam e/ou promovem os programas, tanto de forma individual como conveniada. São universidades, secretarias estaduais ou municipais de saúde, hospitais, Ministério da Saúde, etc. Por isto,²⁸ após a Lei, a regulamentação que a sucedeu teria muito mais a aprender e ouvir, do que primeiramente a propor. São estes, talvez, alguns dos motivos, que nos fazem pensar em tensões nas intenções...

Questões para pensar: sobre intenções e tensões...

A Educação Permanente em Saúde [é definida] como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população.^{29:70} (tradução livre)

Seguindo o quanto preconizado, acima,²⁹ é inegável a aposta do Ministério da Saúde nas RMS como uma modalidade de formação sintonizada com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, o arcabouço legal das Residências (leis portarias, resoluções) irá revelar os embates, as disputas, as pactuações, os enfrentamentos, os tensionamentos e os discursos dos diferentes atores sociais, diretamente envolvidos com o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais no país.

Por um lado, percebe-se que o entendimento compartilhado, pelos atores implicados na composição de diferentes

programas, é de que as Residências em Saúde, quando articulam atenção, gestão e participação social, obrigatoriamente engendram um movimento criativo de produção de conhecimentos que estabelece uma nova lógica de cuidado, de acordo com os princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS.

De outro lado, também é possível perceber que distintos atores (dentre eles, destacam-se os representantes das corporações profissionais) buscam imprimir, na institucionalidade e na conformação das Residências, o “especialismo” e a regulação tradicional da Residência Médica, delimitando saberes e reservando o lugar do ensino às instituições de ensino superior, retirando o componente educação dos serviços e das práticas em saúde. Além disso, ao que parece, não reconhecem os movimentos sociais enquanto atores importantes para a formulação, condução, discussão e implementação das RMS.

Para entendermos tais contradições talvez tenhamos que pensar, de forma mais crítica, como a Educação na Saúde acompanha o próprio processo de desenvolvimento do SUS. Desde o início da implementação do SUS, tem-se mobilizado recursos e esforços em processos educacionais, sem que tenham ocorrido mudanças significativas e com impactos visíveis nos serviços. A questão que se coloca é porque, apesar desse investimento para a formação em saúde, as práticas assistenciais permanecem atreladas ao modelo flexneriano, hierárquicas do ponto de vista dos saberes profissionais, sem capacidade de organizar um processo de trabalho em equipe e de produzir um cuidado integral ao usuário?

São apontadas³⁰ algumas respostas para esta questão e localizadas no percurso da estruturação da Reforma Sanitária Brasileira. As políticas educacionais implementadas no início da implantação do SUS apresentaram, nas suas propostas, processos de gestão excessivamente

normativos, pois revelavam um ambiente organizacional, já vigente, impregnado de um

(...) imaginário de que a cadeia de mando do sistema de saúde ocupa o lugar do ‘saber’ e este deve ser repassado para o nível da produção que, supostamente, não tem o conhecimento necessário para operar os processos disparados a partir da sua direção.^{30: 428}

Há aí um não reconhecimento dos saberes gerados a partir das experiências do cotidiano do processo de trabalho. Ou seja, a ideia de um grupo que pensa e direciona (gestão) e outro que executa e produz (trabalhadores da atenção em saúde). Este pensamento gerou propostas educacionais onde o principal objetivo é a transmissão de conhecimentos, na forma de educação continuada, preenchendo lacunas da formação supostamente deficitária dos trabalhadores. O resultado deste modelo educativo leva à “formação de sujeitos heterônomos (grupos de assujeitados ao invés de sujeitos), fazendo com que os trabalhadores fiquem reduzidos, submetidos a uma ‘pedagogia da dependência’”^{30: 429}.

Apresenta³¹ outros elementos para se discutir a questão da formação em saúde, pois problematiza a construção conceitual utilizada para a formulação de políticas nesta área, inspirada nos estudos científicos de administração dos anos 1970, que é a dos “Recursos Humanos na Saúde”. Nesta lógica, os trabalhadores sofreriam os mesmos processos que um recurso financeiro, logístico ou material. Entre esses processos, estaria a atualização, compreendida como uma reciclagem. A formação em saúde se apresentaria neste modelo e resultaria em um assujeitamento dos atores, capturados nas suas subjetividades, nos seus desejos, nas suas possibilidades criadoras de vida e de mundo. O autor³¹ propõe que os trabalhadores em saúde sejam considerados tal qual o arcabouço legal do SUS propõe,

ou seja,

após a formulação do SUS, os trabalhadores deveriam ganhar um lugar *finalístico* e não mais de *atividade-meio* no setor. O artigo 200 da Constituição Federal colocou como atribuição do SUS *ordenar a formação e incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial* (incisos III e IV), prescrição legal que constitui evidência de *geração de uma demanda* ou *construção de uma competência* ao SUS relativa aos seus trabalhadores: a singularização dos trabalhadores da saúde na reformulação permanente das práticas de trabalho, a implicação com os trabalhadores na implementação da reforma sanitária e a revisão da teoria do trabalho em saúde, em especial no tocante ao exercício e coordenação das práticas atribuídas ao setor.^{31: 163}

O “ordenamento da formação” seria a produção de novas relações entre as instituições formadoras e o SUS, com o intuito de gerar novos perfis profissionais e novos paradigmas organizacionais. E como seriam estes novos perfis? Seriam³¹ os de atores sociais implicados na produção de saúde. Haveria uma “transmutação da noção de recursos humanos da saúde para a de coletivos organizados da produção de saúde”^{31: 169}.

Ao mesmo tempo em que há uma crítica com relação ao baixo impacto das primeiras políticas educacionais nos primórdios da configuração do SUS, há o reconhecimento de experiências inovadoras, que possuíam e possuem as premissas de mudança nos serviços e sistemas de saúde. Estas experiências demonstram que os trabalhadores, envolvidos em uma nova forma de produzir o cuidado, criam um novo significado para o trabalho em saúde, pois produzem também a si, enquanto sujeitos. “Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção

da saúde como processos de *cognição e subjetivação* e acontecem simultaneamente como expressão da realidade”^{30:429}. A cognição seria a capacidade de transmissão e produção do conhecimento técnico em saúde, aplicado às experiências do cotidiano do mundo do trabalho e a subjetivação seria a dimensão da produção sócio-histórica dos sujeitos-atores, inerente a qualquer experiência. Essas duas dimensões implicam-se mutuamente, cognição e subjetivação, e os processos educacionais só terão êxito se levarem em consideração essas duas dimensões e, considerarem como premissa, que a produção de cuidado revela-se produção pedagógica e vice-versa.

Na potência de produzir atos terapêuticos e educativos em território, a RMS nos permite visualizar a permeabilidade dos atos educativos no cotidiano dos serviços de saúde e às possibilidades que engendra na formação dos profissionais, na criação de novas práticas, na análise das experiências locais, nas mudanças institucionais e, em cada equipe, na introdução de mecanismos de autogestão e na formulação de novas abordagens, potentes na desconstituição de entendimentos dicotômicos sobre a realidade.

Ela nos permite também superar as lógicas binárias que pretendem dar conta de explicar a totalidade do real, transformando-o. Afinal, individual x coletivo, clínica x saúde pública, teoria x prática, sujeito x objeto, são exemplos das posições binárias presentes no cotidiano da formação e do trabalho em saúde. Lógicas que deveremos superar se desejamos construir um sistema de saúde mais equânime e acessível, um cuidado mais integral e um processo de educação em saúde que permita que os conteúdos emergjam das necessidades/demandas da vida cotidiana, possibilitando a nomeação do que já vem sendo feito pelos atores implicados nesse processo e com o apoio pedagógico que permita superar a dicotomia entre sujeitos e entre tipos de saberes.

Referências

- ¹ Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunic. Saúde Educ*, 2005, 9(16): 161-77.
- ² Haddad JQ, Roschke, MAC, Davini MC. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: Haddad J Q, Roschke MAC. Davini, MC (Org.). *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington (DC): OPS; 1994: 1-30.
- ³ Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- ⁴ Ministério da Saúde(BR). Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- ⁵ Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. *O Mundo da Saúde*, 2011, 35(4): 373-381.
- ⁶ Batista KBC, Gonçalves OS. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011, 20(4): 884-899.
- ⁷ Ministério da Saúde(BR). O CNS e a construção do SUS: referenciais estratégicos para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- ⁸ Silva TAM, Fracolli, LA, Chiesa, AM. Professional Trajectory in the Family Health Strategy: Focus on the Contribution of Specialization Programs. *Rev Latino-Am Enferm*, 2011, 19(1): 148-155.
- ⁹ Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005 10(4): 56-65.
- ¹⁰ Peduzzi MD Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface Comun Saude Educ*. 2009 30(13): 121-34.
- ¹¹ Ministério da Educação (BR) Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério de Educação; 2001.
- ¹² Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde(BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- ¹³ Lei nº 11.129, 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 da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2005 30 jun.
- ¹⁴ Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2005 4 nov.

- ¹⁵ Houaiss. Dicionário da Língua Portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.
- ¹⁶ Luft CP. Minidicionário Luft. 20ed. São Paulo: Ática.
- ¹⁷ Michaelis. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
- ¹⁸ Ferreira, SR, Olschowsky, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini, VL. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 23-34.
- ¹⁹ Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
- ²⁰ Ceccim RB. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: Meyer, Dagmar Esterman (Org.). Saúde e Sexualidade na Escola. Porto Alegre: Mediação; 1998: 37-51.
- ²¹ Pagliosa FLDa Ros M. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, 2008, 32(4): 492-499.
- ²² Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981.
- ²³ Ceccim, RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo AP, Rocha CM F, Pasini VL. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010: 17-22.
- ²⁴ Uebel AC, Rocha CM, Mello VRC. Resgate da Memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). Bol. Saúde, 2003, 17(1): 117-123.
- ²⁵ Busnello, ED. A Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Gazeta Médica da Bahia, 2010, 80(1): 93-100. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/1088/1045>>. Acesso em 5 dez. 2014.
- ²⁶ Ceccim, RB, Armani TB. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Saúde para Debate, 2001 (23): 30-56.
- ²⁷ Secretaria da Saúde (RS). Portaria nº 16/99, de 1 de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul; 1999.
- ²⁸ Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer MJr. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: Pinheiro, R Silva Junior, A GS. (Orgs.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 257-292.
- ²⁹ Rovere, MR. Gestión estratégica de la Educación Permanente en Salud. In: Haddad, JQ, Roschke MAC, Davini MC (Org.). Educación Permanente de Personal de Salud. Washington (DC): OPS; 1994: 63-106.
- ³⁰ Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no brasil. Interface: Com, Saúde e Educ, 2007, 11(23): 427-38.
- ³¹ Ceccim R B. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos, RA. (Orgs.). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO; 2005: 161-180.