

Formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde: a historicidade da proposição e criação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde num Hospital Público da Região Sul.

Training workers for the Unified Health System: the historicity of the proposition and creation of a Multiprofessional Residency Program in Health in a Public Hospital in the Southern Region

DOI:10.34117/bjdv7n8-166

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 09/08/2021

Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

Dra. Pedagoga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

E-mail: vvitvvit@gmail.com

Carmen Lucia Bezerra Machado

Dra. Professora titular da Faculdade de Educação da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

E-mail: carmen.machado@ufrgs.br

RESUMO

Este artigo constitui parte de uma pesquisa de doutorado sobre A Formação em Serviço no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de um Hospital Público da Região Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, orientada pelo método materialista dialético-histórico. Aborda a proposição e criação de um programa de residência multiprofissional em saúde. O texto historiciza aspectos de gestão e de concepção que inspiram as práticas de saúde e de formação em saúde materializadas na instituição estudada e as relações que, a partir dessa historicidade, provocaram a proposição e criação de uma proposta de formação na modalidade de residência multiprofissional em saúde.

Palavras-chave: Formação em serviço, Educação e saúde, trabalho, residência multiprofissional em saúde.

ABSTRACT

This article is part of a doctoral research about In-service Training in the Multiprofessional Residency in Health Program of a Public Hospital in the Southern Region. It is a qualitative research, guided by the dialectical-historical materialist method. It approaches the proposition and creation of a multiprofessional health residency program. The text historicizes aspects of management and conception that inspire the practices of health and health training materialized in the studied institution and the relations that, from this historicity, provoked the proposition and creation of a training proposal in the modality of multiprofessional health residency.

Key-words: In-service training, education and health, work, multiprofessional health residency.

1 INTRODUÇÃO

Ao abordar a historicidade da proposição e criação de um programa de formação de trabalhadores em saúde na modalidade de residência em um hospital público¹, foco deste artigo, e, ao mencionar os caminhos percorridos até sua criação, nos apoiamos nas ideias gramscianas para problematizar sobre a filosofia, quando ensina “que não existe ‘uma realidade’ em si mesma, em si e para si, mas em relação histórica com os homens que a modificam” (GRAMSCI, 2004, p. 203). Nessa direção, que relações a partir da materialidade desse hospital público, dos sujeitos que produzem esse organismo, provocaram a busca por uma proposta de formação projetada para as práticas realizadas nesse espaço de saúde: hospital / empresa / escola?

Essa instituição de saúde, como uma empresa pública, está imersa no universo da sociedade política e da sociedade civil. Carrega em suas veias estruturais o aspecto estatal e o aspecto privado e, por conseguinte, arrasta nesta dialética as contradições da sociedade como um todo.

A estrutura orgânica desse hospital, ancorada no modelo biomédico, acaba influenciando a organização das demais profissões que reproduzem o mesmo modelo em suas práticas, inclusive reforçando a verticalidade nas relações num mesmo núcleo profissional, quando há a existência de trabalhadores de nível superior e médio, por exemplo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas e técnicos de nutrição e entre as profissões elencadas da saúde, a partir do ranking de suas valorizações sociais no mercado.

A criação de Residências Multiprofissionais em Saúde vêm a constituir um dos caminhos, inspirados na Reforma Sanitária Brasileira (RSB)² que pode contribuir para a ruptura de uma lógica de saúde destinada ao indivíduo biológico, sem a dimensão de sua produção histórico social e cultural.

A proposta de formação em residência multiprofissional procura aliar à dimensão do conhecimento técnico, a dimensão política e social, trazendo para os saberes em saúde, a compreensão da realidade por meio de outras fontes de produção de conhecimentos, como as das ciências sociais e humanas. Está fundamentada no reconhecimento da

¹ A pesquisa que deu origem à tese “A Formação em Serviço no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de um Hospital Público da Região Sul”, foi concluída em 2014, sustenta este artigo, atualizado em 2021.

² A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, vivificada por uma materialidade política, econômica e social em crise, vem empreendendo sua luta para além do setor da saúde, compondo sua proposta numa direção de ampla reforma social no país que desse conta do atendimento dos diversos direitos sociais de todos os brasileiros.

sobreposição de limites nos campos de prática, levando em consideração que quase todo o campo científico ou de práticas seria interdisciplinar (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o compartilhar sistemático e integrado de saberes, na perspectiva da interdisciplinaridade³, constitui a tentativa de provocar a produção conjunta de conhecimentos e práticas pelo diálogo contínuo, proposto entre os trabalhadores das diversas profissões da saúde e, desses, com os demais segmentos do sistema.

A formação em serviço, nessa modalidade, segue as determinações da Constituição Federal Brasileira de 1988, art. 200, incisos III e IV⁴ (BRASIL, 1988), da Lei 8.080/90, art. 6, inciso III e art. 15⁵ (BRASIL, 2009) e, em específico, da Lei

³ Para entendermos o conceito da interdisciplinaridade temos que partir da compreensão do que seja a totalidade concreta. Segundo Kosik “o concreto, a totalidade, não são, por conseguinte, todos os fatos, o conjunto de fatos, o agrupamento de todos os aspectos, coisas ou relações”. Nessa perspectiva a investigação dialética da realidade social está na compreensão de cada fenômeno como “momento do todo”. A “recíproca conexão e mediação da parte e do todo significam a um só tempo: os fatos isolados são abstrações, são momentos artificialmente separados do todo, os quais só quando inseridos no todo correspondente adquirem verdade e concreticidade” (KOSIK, 1976, p.44-49). Portanto, a compreensão da realidade social se viabiliza a partir da materialidade histórica. A interdisciplinaridade não pode ser confundida com a reunião arbitrária de conteúdos e disciplinas, não pode ser vislumbrada como o somatório de individualidades, ou o trabalho em parceria ou em equipe. Essas soluções derivam da perspectiva a-histórica de compreensão da realidade material que fragmenta a produção e socialização do conhecimento. Para Jantsch e Bianchetti ao analisarem o conceito de interdisciplinaridade na obra *Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito* fazem uma crítica à concepção a-histórica desse conceito, apontando argumentos que refutam o entendimento hegemônico, fundamentado nos pressupostos de tal filosofia. No sentido de fortalecerem sua posição contrária, citam, sucintamente, cinco pressupostos da filosofia do sujeito que consideram suficientes para um confronto prévio à concepção a-histórica de interdisciplinaridade. *O 1º pressuposto da filosofia do sujeito refere que a fragmentação do conhecimento conduz o homem a não ter domínio sobre o próprio conhecimento produzido, o 2º menciona que a fragmentação do conhecimento ou a especialização passa a ser encarada como uma patologia, o 3º alerta que a soma dos sujeitos pensantes que por vontade decidem superar a fragmentação do conhecimento seria o mais acertado, o 4º indica que o sujeito coletivo é capaz de viver a interdisciplinaridade em qualquer situação e o 5º assinala que a produção do conhecimento estará garantida se satisfeita a condição da parceria para tal, independente da forma histórica como se deu ou está se dando a produção da existência.* Em relação ao 1º, os autores referem que este apresenta o perigo da fragmentação, o 2º eterniza o seu perigo, o 3º busca a salvação num sujeito coletivo, que para eles é uma simples soma de pessoas convergindo-se para o mesmo trabalho, o 4º intensifica o 3º e o 5º concebe o conhecimento como uma mistura epistemológica e metodológica, em que o se confundiriam o objeto como algo secundário e o sujeito como mera soma de indivíduos distribuídos nas diferentes ciências e ou disciplinas. Nesse sentido, os autores assinalam que se trata de conferir ao conceito de interdisciplinaridade uma configuração científica baseada na concepção histórica da realidade. Nessa mesma obra, Frigotto em seu artigo “A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais” advoga o sentido da interdisciplinaridade como necessidade e como problema em três aspectos: no material, no histórico-cultural e epistemológico (JANTSCH; BIANCHETTI, 1995).

⁴ Constituição Federal do Brasil de 1988 - Art. 200: Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: inciso III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; inciso IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

⁵ Lei 8.080 de 1990: Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): inciso III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: inciso I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.

11.129/2005, art. ⁶(BRASIL,2009) que cria o Programa de Residência para as demais profissões da saúde, excetuando a área da medicina que desde 1977 já possui essa modalidade de ensino, Portaria Interministerial 2.117/MEC/MS/2005 (BRASIL,2005) que institui a Residência Multiprofissional em Saúde⁷ e a Portaria Interministerial 45/MEC/MS/2007 que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, alterada pela Portaria Interministerial Nº 1.077/MEC/MS de 12 de novembro de 2009, alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 03-10-2012, alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22-12-2014 (BRASIL,2014).

Num cenário predominantemente biomédico e hegemonicamente dominado por práticas tecnicistas e cartesianas em saúde se insurge uma proposta de formação em serviço que, em sua configuração política e pedagógica, traz como intencionalidade a busca de uma formação interdisciplinar e ampliada em saúde, disposta a realizar questionamentos e rupturas no modelo de saúde vigente.

2 MÉTODO

Este artigo é oriundo de parte de uma pesquisa qualitativa, realizada sob a orientação do método materialista dialético-histórico. As possibilidades de análise e de resultados foram organizadas por meio da realização de entrevistas semiestruturadas aprofundadas. Nesse sentido Triviños (2001) assinala que a entrevista semiestruturada constitui uma das "ferramentas" utilizadas pela pesquisa qualitativa para atingir seus objetivos. Para a definição da amostra foi estabelecido, como critério prévio os entrevistados, serem participantes do programa de residência.

Além da realização de entrevistas com os residentes e preceptores foram feitas entrevistas com os coordenadores do programa de residência. Elaboramos três roteiros de entrevista. Um para o segmento de preceptores, outro para o segmento de residentes e

⁶ Lei 11.129 de 2005: Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica Art. 14.Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

⁷ Portaria Interministerial Nº 2.117/MEC/MS/2005: Art. 1º Instituir, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde, para a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho destinado às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica.

outro para os gestores. Neste artigo vamos destacar apenas as análises realizadas, a partir das entrevistas com os gestores com foco na historicidade da proposição pedagógica e criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). A essas análises foram acrescentadas uma gama de informações provenientes de fontes textuais citadas, a partir de uma interpretação dialética.

A investigação foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do referido hospital, com o número 110048.

2.1 A HISTORICIDADE DA PROPOSIÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NUM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO SUL

O hospital em tela, caracterizado por ser uma empresa pública federal, é vinculado academicamente a uma Universidade Federal. Conta com profissionais contratados mediante processo seletivo público e com um corpo de professores oriundos dessa universidade, que atuam na gestão dos serviços do hospital e/ou no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS).

Em 2006, duas professoras que atuavam como chefes de Serviços da área da Enfermagem, motivadas pela ideia de criação de uma residência multiprofissional em saúde, propuseram a realização de encontros com representantes de outros serviços do hospital (Serviço Social, Serviço de Farmácia, Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional, Serviço de Psicologia e Serviço de Nutrição) com a finalidade de iniciarem uma discussão e reflexão sobre a proposição e posterior criação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Sobre essa questão a Coordenadora do Programa, criado em 2010, referiu que:

Eu já tinha ouvido falar em residência em enfermagem, mas em residência multiprofissional a primeira pessoa que começou a pensar sobre isso, foi a Professora coordenadora da área de enfermagem do hospital (nome omitido). Esta convidou, na época, professores de enfermagem. Acho que foram essas as pessoas naquele momento. (Coordenadora PRMS)

A narrativa da coordenadora assinala algumas pistas sobre quem poderia ter voz e vez na instituição para pensar um projeto diferente de *educação em serviço* baseado em uma lógica de atenção à saúde contrária à vigente e arriscar uma caminhada para concretizá-lo. Era condição imprescindível que o grupo que assumisse tal incumbência fosse liderado por alguém que, minimamente, tivesse algum poder de decisão e influência junto ao segmento médico do hospital, historicamente ocupante da direção executiva da

instituição. A professora, mencionada na fala acima, estava no cargo de coordenação do segmento do corpo de enfermagem, uma das mais elevadas posições na hierarquia da administração da instituição.

Na medida em que, o grupo de trabalho se organizava para pensar o projeto, outras pessoas foram convidadas e outras se propuseram a integrá-lo, conforme a narrativa a seguir:

E, foram chegando pessoas, eu entendo que as pessoas ouviram falar que tinha um grupo e entravam em contato com a Professora (nome omitido). Era um grupo muito aberto. Como chegamos a esse grupo final eu não sei dizer exatamente, porque foi se construindo, as pessoas se encontravam. Convidamos os serviços da Nutrição, Serviço Social, Psicologia. Depois chamamos uma pedagoga da instituição para integrar o grupo de trabalho. Na medida em que esse grupo ia se constituindo, também foi discutido quem chamar. Os serviços decidiram trazer mais uma pessoa, além da chefia, devido à sobrecarga da chefia e a gente precisava ter uma parceria. E, aí a gente foi constituindo o grupo final do projeto com dois representantes de cada serviço, uma pedagoga, a Professora (nome omitido) que coordenava esse grupo e mais uma mestranda da Professora (nome omitido) que já tinha sido residente em outro hospital (Coordenadora- PRMS).

É importante ressaltar que a prosperidade desse grupo de trabalho resultou da força dos professores da enfermagem na instituição. Estes compõem a gestão dos serviços de enfermagem há muitos anos numa correlação de forças como professores da medicina que fazem a gestão dos serviços médicos, assumindo as posições mais elevadas na administração da instituição.

Nessa direção, a enfermagem no hospital, ao modo do modelo médico, também reproduz sua hegemonia em relação às demais profissões. Embora considerada pelo segmento médico como profissão de apoio, tal como a nutrição, a psicologia, a farmácia, entre outras, a enfermagem se sobrepõe em muitas situações do trabalho em equipe, pela própria característica de seu processo. Enquanto as demais profissões, em sua maioria, estão organizadas para um processo de trabalho na modalidade de consultoria, a enfermagem detém o controle das 24 horas de cuidado e acompanhamento do paciente.

Por essa razão, pela falta da presença das demais profissões o tempo todo na assistência, a enfermagem acabou assumindo atribuições que, de certo modo, a empoderaram. Esta foi percorrendo caminhos para tornar-se imprescindível, pela própria organização dos processos de trabalho da equipe de saúde como um todo. Já no início da materialidade do programa de residência multiprofissional essa prática também se reproduziu. A fala abaixo, da assessora da coordenação do programa de residência sinaliza essa questão:

Posso ser paranoide, mas eu acho que a enfermagem se colocou em cada ênfase para garantir as suas ideias. A enfermagem vai reproduzindo a hegemonia da medicina (Assessora Coordenação - PRMS).

Feito esse parêntese no sentido de problematizar as relações entre as profissões no trabalho em saúde, que serão interpretadas ao longo desse artigo, prosseguimos no texto a descrição e análise dos movimentos que resultaram na criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

O convite aos demais serviços seguiu o critério de haver, nestes, algumas práticas embrionárias de um trabalho integrado na equipe de saúde e um bom trânsito na relação com os serviços médicos. Esta foi a estratégia inicial pensada pelo grupo. Sobre essa situação a Coordenadora do programa referiu:

Nós tínhamos que chamar as áreas que compunham as profissões que trabalhavam na Instituição. Aí, nós fomos convidando as chefias dessas áreas para reuniões informais, todas as terças pela manhã. As chefias vieram e se interessaram. Entendo que viam na residência uma possibilidade de também os seus serviços estarem aparecendo institucionalmente, se colocando de uma forma melhor no contexto da instituição (Coordenadora - PRMS).

A possibilidade de saírem da posição obscurecida de colaboradores, de serem os “outros” na equipe de saúde e de conquistarem a valorização como profissionais tão necessários quanto os médicos e enfermeiros os fez agarrarem essa oportunidade, esse espaço de validação de seus saberes, em meio a um contexto médico centrado.

Além disso, na estrutura político administrativa do hospital, esses serviços não têm o mesmo poder dos serviços médicos e de enfermagem, majoritários na instituição e chefiados, historicamente, por professores da universidade.

A desconsideração é de tal ordem que alguns serviços levam meses, às vezes até um ano para conseguirem agendar uma reunião de trabalho com as coordenações de seus serviços aos quais estão subordinados. Na estrutura do hospital, o Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional, por exemplo, que agrega as profissões de terapeuta ocupacional, professor de educação física e pedagogo está subordinado à Coordenação Médica, a nutrição à coordenação Administrativa. Ambas ocupam o status de vice-presidências do hospital.

As chefias desses serviços são exercidas pelos trabalhadores contratados, nomeados pelas vice-presidências e não eleitos pelos pares, como nos serviços de

enfermagem. Apesar de fazerem parte de uma mesma instituição convivem com essa disparidade⁸.

Nessa lógica, tais serviços têm pouca autonomia e poder de decisão extremamente limitado. Essa diferenciação em relação aos serviços de enfermagem é enorme. A narrativa a seguir, é bastante esclarecedora quanto a esses aspectos:

Há um reconhecimento pelos outros serviços da liderança da Coordenadora da área de enfermagem tanto que algumas chefias que são vinculadas à Vice-Presidência Administrativa e à Vice-Presidência Médica, gostariam de ficar vinculadas à Área de Enfermagem dizem: “Se é para ficar vinculado a alguém, a gente quer ficar com a Coordenação da Enfermagem”. Elas veem que a coordenadora da área de enfermagem do hospital é uma liderança que escuta, que briga pelas coisas, que defende. Como elas dizem, elas não têm uma autonomia, elas têm que ficar subordinadas a Vice-Presidência Médica ou Vice-Presidência Administrativa do hospital. Duas chefias me verbalizaram isso. Eu entendo que sim, pois hoje esses serviços não têm autonomia, como tem o serviço de enfermagem, serviço médico e administrativo. Na hierarquia, eles não têm. Porque elas se dão conta do que foi a liderança da coordenadora da área de enfermagem também para os serviços delas, uma vez que chefias delas jamais teriam tomado essa frente (Coordenadora PRMS).

A proposta dos encontros era a de pensar, coletivamente, quais os limites e possibilidades para a criação de um programa dessa natureza, mas já com o propósito de iniciar um processo de elaboração de um projeto para ser apresentado à Administração do hospital, órgão máximo em nível institucional, para esse encaminhamento junto ao Conselho Diretor da Empresa. Sem essa aprovação interna, os projetos não são encaminhados em nível nacional para os Ministérios da Educação e Ministério da Saúde, para a vinculação acadêmica e custeio financeiro.

Nesse sentido, o grupo foi formando uma liga, a partir dos encontros semanais, também pela própria resistência sentida nos vários cantos do hospital, onde as práticas estão, tradicionalmente, imbricadas na lógica do trabalho médico. Na medida em que a proposta era discutida, em que as notícias sobre as Residências Multiprofissionais no Estado e no Brasil chegavam, por meio de publicações das experiências, através de pessoas que vivenciavam ou haviam participado de projetos de formação em serviço dessa natureza, ou pessoas que faziam parte de alguns programas no município de Porto Alegre, com as quais o grupo foi mantendo contato, surgia, cada vez mais, o interesse do

⁸ O modelo de escolha das chefias do hospital difere em alguns aspectos nos segmentos médico, administrativo, de enfermagem e nos demais segmentos de profissionais da saúde. Entre esses o único segmento que possui um regimento democrático para escolha de suas chefias é o da enfermagem. Neste as chefias são escolhidas pelos seus pares para um período de 4 anos com direito a uma reeleição por mais 4 anos. Esse sistema proporciona o rodízio de chefias e a não incorporação, nos vencimentos, da função gratificada o que ocorre se o empregado público a exerce por, no mínimo, 10 anos.

grupo em se apropriar, conceitualmente dos referenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), com o fim de elaborar uma proposta que respondesse às necessidades de formação para o sistema. A assessora da coordenação do programa de residência narra, sobre a sua entrada no grupo:

O que me motivou a participar da residência do hospital foi primeiro o convite em função da minha experiência anterior em outro programa de residência multiprofissional. Cheguei ao grupo que começou a pensar no Programa. Fui indicada pela minha chefia porque eu já tinha experiência, no planejamento, na preceptoria, em tutoria, enfim, então foi por isso. Desde que eu me aproximei eu já trabalhava com os referenciais do SUS. Para mim não foi algo novo (Assessora Coordenação PRMS).

A formação inicial e continuada da maioria dos integrantes do grupo se realizou na lógica biomédica. Entre os participantes, uma das professoras de enfermagem fez residência e outra profissional de fora, que foi convidada para integrar o grupo, foi ex-residente de um Hospital Público e, na ocasião, realizava pesquisa de mestrado sobre a formação em residência multiprofissional em saúde. A assessora da coordenação do programa (narrativa acima) já exercia a função de preceptoria em programa de residência multiprofissional em outro hospital, há algum tempo. Assim, era necessário o fortalecimento teórico, aliado a problematizações da realidade material sobre a qual estavam inseridos.

Esse movimento de apropriação de conceitos de saúde e de educação em saúde na lógica do entendimento proposto na RSB e o exercício para concretizá-los no dia-a-dia das áreas, que aparentemente sinalizavam possibilidades para rupturas e mudanças no modelo de atenção e da formação em saúde, estimularam o grupo a prosseguir. Havia um clima favorável que, a despeito da contrariedade dos mecanismos do comando médico, fazia o grupo ir em frente. Nessa direção a Coordenadora refere que:

O grupo foi se instrumentalizando, todo mundo estudando, visitamos um hospital também público que já tinha programa de residência multiprofissional. Fomos estudando, escrevendo o projeto, teve toda uma articulação do grupo que para mim foi essencial para o que hoje o grupo tem de articulação, com todas as dificuldades, o quanto era proibitivo fazer isso. Proibitivo para esta Instituição. Aquilo nos uniu muito. Acho que brigar por aquilo, nas reuniões. Eu acho que é uma coisa que ficou marcada, por mais dificuldades que a gente tenha. Várias profissões entraram com exceção daquelas que estavam vinculadas aos serviços médicos. É óbvio, que naquela época eles nem teriam autorização para ir numa reunião como essa. Imagina se os chefes deles iriam permitir que eles participassem de uma reunião que estaria pervertendo a ordem (Coordenadora PRMS).

A metodologia desse grupo de trabalho foi se constituindo, na medida em que os trabalhadores dos diversos serviços envolvidos foram compartilhando a possibilidade de elaboração de um projeto de formação em suas áreas, na modalidade em questão.

O grupo construiu um processo de diálogo horizontalizado e de liga em que todos tiveram voz e vez. Até então, era incomum no hospital a existência de uma proposta associada. Nunca os serviços que compõe as demais profissões da área da saúde, tais como: o de farmácia, o de serviço social, os serviços de enfermagem, o de psicologia, o de educação e terapia ocupacional e o de nutrição haviam se reunido para darem conta de um projeto de formação compartilhada.

Tal metodologia “rompia com os esquemas verticais, característicos da educação bancária” como nos ensina Freire (2005, p. 78) ao falar da educação problematizadora. Os integrantes do grupo de trabalho imbuídos no propósito da elaboração de um projeto, que vislumbrava uma prática integrada, aliada à esperança de certa ruptura da hegemonia das profissões médica e de enfermagem, fortalecia o desejo por esse trabalho. O planejamento até aqui, ainda estava num caminho prospectivo, sem a performance no derradeiro terreno da prática, onde o programa futuramente se desenvolveria.

2.2 CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

O grupo começava a refletir, a partir da crítica à própria prática, possibilidades de mudança nas relações entre as profissões, na cultura biologicista do trabalho em saúde, no modelo de atenção e de gestão dos processos conformados a essa visão.

Pelo estudo, pela problematização de conceitos, de caminhos, de estratégias e da compreensão dos limites e possibilidades da concretização dos princípios do SUS, até então não vivenciados, nem nas formações iniciais, nem nos processos contínuos de suas práticas em saúde, iniciaram um processo de rupturas no senso comum, vivificados pela reprodução quase inquestionável da lógica biomédica. Ou seja, tomando “emprestado a outro grupo social, por razões de submissão e subordinação intelectual, uma concepção que não é sua, e a afirma verbalmente, e também acredita segui-la” (GRAMSCI, 2004, p. 87).

Formaram, inicialmente, um grupo de estudos, reunindo materiais, práticas e vivências em outras instituições que já trilhavam alguns caminhos com base nas ideias, princípios e conceitos do SUS. A respeito da criação de uma nova cultura Gramsci refere:

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas ‘originais’; significa também, e, sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, ‘socializá-las’ por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral (GRAMSCI, 2004, p. 96).

Até esse momento, os participantes do grupo “se educavam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2005, p.79). O projeto escrito por várias mãos foi se constituindo no sentido da proposição de um programa que integrasse trabalho e educação, equipe de saúde, saberes e práticas e que estivesse imbricado na mediação entre o ensino, pesquisa, serviço de saúde, gestão e controle social na ótica dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Durante o processo de tramitação do Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência pela Administração Geral do Hospital houve grande resistência da categoria médica, que foi criando vários óbices à aprovação e posterior implantação.

Da elaboração do projeto à sua aprovação, passaram-se mais de 3 anos. Durante esse período, os profissionais que o elaboraram iniciaram um movimento político pedagógico de sensibilização junto às áreas envolvidas para a organização e aceitação da proposta.

Nesse sentido, Gramsci afirma que a hegemonia se dá por um conjunto de atividades culturais, ideológicas realizadas pelos intelectuais para a organização do consenso (2004).

O consenso a favor do projeto foi sendo, paulatinamente, construído pelo trabalho corpo a corpo, fortalecido pelas diversas investidas pedagógicas juntos às áreas, com o objetivo de que os profissionais entendessem ser uma proposta viável para a realidade dos serviços. Ainda, traria benefícios para o paciente, para os processos de trabalho de todos, além da consequente valorização das profissões consideradas “de apoio” que, na lógica biomédica do hospital, além de atuarem de forma fragmentada, realizam o seu trabalho por demandas, soma de procedimentos, frustrando a possibilidade de um trabalho integrado.

No entanto, para a sua aprovação, além da liga do grupo que se manteve atuante na problematização das possibilidades de melhorias, foi lançado mão da linguagem entendida na correlação de forças entre os detentores históricos do poder político-administrativo da instituição, *o segmento médico*, e os segmentos que fazem a contra hegemonia a esse poder, *a enfermagem*, nesse momento, unida às demais profissões identificadas como coadjuvantes no processo.

Em meio a essa materialidade, o grupo de articuladores, da então proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, valeu-se da estratégia de ser representado por professores da enfermagem que exercem a chefia de 16 serviços na instituição, liderando mais de 2.500 profissionais que perfazem mais de um terço do contingente de trabalhadores da instituição. A narrativa a seguir expressa esse movimento:

O principal tramite para criação da residência foi a aprovação interna, que foi uma guerra e que culminou num momento muito estratégico das eleições para presidente do hospital. Esse é o diferencial desse Hospital que leva a possibilidade de transformação, ter processo consultivo para presidência. Ali tem brecha, tanto que teve no nosso projeto. É uma questão de podermos nos apropriar politicamente desses momentos. Não conseguimos mais, porque nos articulamos pouco. Naquele momento tínhamos alcançado uma articulação. Chegamos prontas para enfrentar isso e mais a liderança da Coordenadora da área de enfermagem que estava nos coordenando naquele momento. Tínhamos um perfil de liderança muito preparado para esse tipo de embate, e eu não sei se nós teríamos dado conta desse tipo de embate sem a figura dela. Isso foi muito oportuno (Coordenadora PRMS).

Convém salientar, que no ano anterior à aprovação do projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, o hospital vivia mais um processo eleitoral para o cargo de presidência da instituição. Os dois profissionais médicos, candidatos ao cargo, incluíram entre as suas promessas de campanha a aprovação do projeto, caso fossem eleitos. A disputa foi intensa, pois o candidato da situação estava no seu terceiro mandato, ou seja, há doze anos no poder. Qualquer projeto que envolvesse um bom segmento de consultados no processo de escolha do futuro gerente do hospital seria inserido nos itens de campanha. Porém, ao contrário da percepção, narrada acima, pelo sujeito de pesquisa, o fato de ocorrer o processo de consulta à presidência da instituição, a cada quatro anos, não significa que haja transformações estruturais ou mesmo conjunturais. Há pequenas fissuras por onde novos processos podem fluir e até produzirem possibilidades de mudança.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pode ser um desses caminhos promissores, no entanto, “o processo de desenvolvimento histórico é uma unidade no tempo pelo que o presente contém todo o passado e do passado se realiza no presente o que é “essencial” (GRAMSCI, 2004, p. 240). É necessário um devir, algum tempo de densas mudanças qualitativas e quantitativas nos fenômenos que envolvem o trabalho e a gestão em saúde na ótica propalada pelo SUS. Nessa realidade, a Residência Multiprofissional é tão somente um dos fenômenos que pode contribuir.

Com relação ao processo consultivo de 2009 para a presidência do hospital, a enfermagem e as demais profissões, envolvidas com a proposta da residência multiprofissional, representavam um expressivo número de profissionais que responderiam à consulta para escolha da presidência da Instituição. Sendo assim, a luta dos trabalhadores para a criação do programa de residência multiprofissional chegava a um bom termo, reforçada, nesse período, por uma política pública de governo coordenada pelos Ministérios da Educação e da Saúde que determinava a criação de Programas de Residências Multiprofissionais nos diversos Hospitais Universitários Federais do Brasil como assinala uma das participantes do grupo de formulação da proposta e sujeito de pesquisa deste estudo: “A administração admitiu esse projeto, porque admitiu lá atrás em campanha eleitoral que ia sair a residência, mas porque que era obrigatório pelo MEC”.

Ainda que não fosse obtida a aprovação interna, mais cedo ou mais tarde o Hospital não teria como se furtar à criação dessa modalidade de formação em serviço. Essa política pública legitimou, ainda mais, a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Uma das narrativas sobre as circunstâncias da aprovação interna do programa na Instituição é reveladora da denominada “Racionalidade Gerencial Hegemônica” de que nos fala Campos ao analisar os modelos gerenciais do trabalho no modo de produção capitalista. Ele refere que tal modelo “fundamenta-se na instituição de radical diferença entre a cúpula diretiva e os agentes de produção” (2000, p. 24).

A narrativa a seguir desvela essa diferença entre os professores e demais trabalhadores do hospital e nos faz recordar de um filme que assistimos denominado *Gattaca*⁹. Os professores da universidade, “seres válidos” na sociedade de *Gattaca* (hospital), detêm a legitimação do poder para conduzir os rumos da empresa/hospital/escola, são os seres que tem voz e vez no comando chancelado pelo estatuto e normas

⁹ As expressões *seres válidos* e *seres inválidos* são oriundas de um filme de ficção científica, denominado, *Gattaca*. Este filme aborda a projeção de um futuro que pode estar próximo de se realizar no qual o Estado capitalista passará a ter o controle social sobre a qualidade genética dos seres humanos, angariando com isso melhores resultados para o progresso e futuro de tal sociedade. Os *seres válidos* seriam os que, pela manipulação genética autorizada pelos próprios genitores, vão ter as melhores características genéticas que lhes permitirão ocupar as mais destacadas posições na sociedade de *Gattaca* e a fazer o melhor por ela. Os *inválidos* seriam os seres humanos concebidos naturalmente por seus genitores. São os seres imperfeitos e, por essa razão, condenados a ocuparem as funções mais modestas e subalternas na sociedade. Em *Gattaca*, a classe dominante seria a dos *seres válidos* e a classe dominada seria a dos *seres inválidos*. Nesse sentido, a sociedade capitalista de *Gattaca*, dividida em classes, calcada na divisão social e hierárquica do trabalho utilizaria os avanços tecnológicos no intuito do estabelecimento de relações que reafirmassem essa divisão. A sinopse deste filme está disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gattaca#Sinopse>. Acessado em: 12/10/13.

regimentais do hospital, são os cidadãos de primeira classe. Enquanto que os “seres inválidos”, cidadãos de segunda classe, trabalhadores contratados, empregados celetistas, embora autores e protagonistas da práxis do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, entre outras, que fazem a excelência reconhecida nacional e internacional da Instituição, são os seres que não possuem autonomia e nem poder para validarem projetos que alterem a configuração institucional, estabelecida e consentida pela cúpula. E como se não bastasse tais discriminações, ainda correm o risco de perderem o emprego, de “serem demitidos”, como refere, em sua fala, a professora da universidade, se por acaso ousarem transgredir o que está posto:

Também se não fosse uma professora eu acho que não conseguiríamos, embora se tenha professores que não bancam esse tipo de embate institucional. Vejo que para um trabalhador se colocar dessa forma e, enfim, poder ser demitido é muito complicado. Mas por ser professora e ser (nome omitido) e a história dela de luta, ela bancou isso. Eu acho que a história tem que fazer jus a isso (Coordenadora PRMS).

Na direção do poder dos “seres válidos” como referido acima, Campos acrescenta que “o exercício deste poder cuida de impor uma objetividade dos trabalhadores, restringindo-lhes os espaços por onde se poderia manifestar sua própria subjetividade” (2000, p. 34). No contexto dos funcionários contratados celetistas do hospital, em parte, lhes é consentida a expressão silenciosa e criativa de suas subjetividades no que se refere a pensar e a escrever projetos, a problematizarem a realidade para fins de avaliação e planejamento. No entanto, a expressão objetivada de todo esse trabalho criativo pode se materializar até certo limite consentido, “... os intelectuais urbanos são bastante estandardizados” (GRAMSCI, 2001, p. 22). Embora os professores da Universidade, funcionários estatutários, e os profissionais contratados, empregados celetistas do hospital, vivam a mesma condição do trabalho assalariado, há uma gradação entre eles que os diferencia como oficiais e suboficiais, como válidos e inválidos, nas configurações do trabalho alienado (LOPES, 2014).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os limites apresentados no decorrer da historicidade do processo de proposição do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde, as possibilidades para a sua criação superaram os entraves mencionados, o programa já está vivendo seu décimo segundo ano de existência. Mesmo com todos os óbices marcados

pela dureza cartesiana e pelo ávido modelo gerencial, fortemente hierarquizado, do fracionamento dos trabalhadores em seres válidos e inválidos no contexto desse modelo gerencial, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde se estabeleceu como mais um dos programas de formação em busca de operar rupturas na cultura biologicista do trabalho em saúde, e na construção de modelo que supere a conformação a essa visão de atenção e de gestão dos processos. A organização coletiva propiciou a criação do PRMS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria n. 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acessado em 03/02/14.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8.080.pdf>.> Acessado em 22/11/2009a.

BRASIL. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n^os 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.> Acessado em 22/11/2009b.

BRASIL. Portaria Interministerial N. 16 de 22 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www.editoramagister.com/legis_26323081_Portaria_Interministerial_n_16_de_22_de_dezembro_DE_2014.aspx. Acessado em 30/12/2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo, Hucitec, 2000.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2005.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.). Interdisciplinaridade - para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes, 1997.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. V.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

GRAMSCI, Antonio. Cadernos do Cárcere. V 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

JANTSCH, A. P., BIANCHETTI, L. In: Jantsch, A. P. & Bianchetti, L. (Orgs.). *Interdisciplinaridade - para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes, 1997.

LOPES, Elisabeth de Fátima da Silva. *A formação em serviço no Programa de Residência Integrada em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. 2014. 366f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

TRIVIÑOS. Augusto Nivaldo. *Bases Teórico-Methodológicas na Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Porto Alegre: Ritter dos Reis, 2001.