

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação

Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

**A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE PORTO ALEGRE (PRIMS/HCPA)**

PORTO ALEGRE

2014

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação  
Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação

Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

**A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE PORTO ALEGRE (PRIMS/HCPA)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, junto à Linha e Pesquisa Trabalho, Movimentos Sociais e Educação, como requisito para obtenção do Título de Doutora em Educação. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado.

PORTO ALEGRE

2014

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

L864f Lopes, Elisabeth de Fátima da Silva

**A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA). / Elisabeth de Fátima da Silva Lopes; Orientadora: Carmen Lucia Bezerra Machado. Porto Alegre, 2014.**

366 f.

**Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2014, Porto Alegre, BR-RS.**

1. Educação em Saúde. 2. Trabalho. 3. Formação Inicial e Continuada em Saúde 4. Formação em Serviço. 5. Práticas Educativas. 6. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. 7. Hospital de Clínicas de Porto Alegre I. Machado, Carmen Lucia Bezerra. II. Título.

CDU – 37:614.253.4

---

Bibliotecária Denise Selbach Machado – CRB 10/720

denise.selbach@ufrgs.br

ELISABETH DE FÁTIMA DA SILVA LOPES

**A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE PORTO ALEGRE (PRIMS/HCPA)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carmen Lucia Bezerra Machado.

Aprovada em 07 de fev. de 2014.

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Carmen Lucia Bezerra Machado – Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marlene Ribeiro (FACED - UFRGS)

---

Prof. Dr. Gaudêncio Frigotto (Visitante - UERJ)

---

Prof. Dr. Marion Machado Cunha (Visitante - UNEMAT)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr. Odalci Pustai (FAMED - UFRGS)

PORTO ALEGRE

2014

*Até os nossos dias, a história de toda a sociedade tem sido a história da luta de classes (MARX & ENGELS, 1998).*

*A história humana pode ser o processo da verdade e a história da verdade. A destruição da pseudoconcreticidade significa que a verdade não é nem inatingível, nem alcançável de uma vez para sempre, mas que ela se faz; logo, se desenvolve e se realiza (KOSIK, P. 23, 1976).*

*É preciso que, pelo contrário, desde os começos do processo, vá ficando cada vez mais claro que, embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (...). Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender (FREIRE, 1976, p.23).*

*No sentido mais imediato e determinado, não podemos ser filósofos, isto é, ter uma concepção de mundo criticamente coerente sem a consciência da nossa historicidade, da fase de desenvolvimento por ela representada e do fato de que ela está em contradição com outras concepções ou com elementos de outras concepções (GRAMSCI, 1987, p. 13).*

## DEDICO...

*Aos meus pais amados, Miguel e Catarina,  
pelos exemplos de vida, pelo carinho que acolhe,  
pela alegria que encanta, pela ética que ensina,  
pela coragem que anima, pelo amor que guia.*

*Aos meus irmãos, afilhadas, sobrinhos e  
cunhados pelos laços de afeto, amizade e  
companheirismo.*

## AGRADEÇO...

*Aos Professores da Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação por compartilharem com os alunos do PPGEduc fundamentos filosóficos indispensáveis para a compreensão histórica, ético-política, econômica, cultural e social da materialidade da vida, da sociedade, do trabalho e da educação.*

*À minha querida Orientadora, Professora Carmen Lucia Bezerra Machado, por sua rara sensibilidade, pela capacidade que tem de despertar a nossa consciência, de nos instigar a 'pensar certo', a ousarmos nos nossos caminhos de vida e de trabalho.*

*À querida Professora Marlene Ribeiro pela afetividade e sabedoria com que conduz sua práxis de mestre. Ao estimado Professor Alceu Ravanello Ferraro que despertou em mim o amor pelo ofício de educar.*

*Ao Professor Gaudêncio Frigotto, por ter aceitado participar da avaliação deste estudo, com sua densa contribuição ético política pela educação e pelo trabalho.*

*Ao Professor Odalci Pustai por aceitar o convite para avaliação deste estudo, com sua prática comprometida com a medicina que cuida o ser humano nas dimensões do ser corpo, do ser alma e do ser social.*

*Ao Professor Paulo Peixoto de Albuquerque pela atenção generosa com que recebe e incentiva os alunos.*

*À querida professora Ana Maria de Barros Petersen pelo carinho e amizade.*

*Ao Professor Jaime J. Zitkoski pelos ensinamentos, pela solidariedade e afetividade.*

*Aos prezados colegas preceptores, residentes, Coordenadoras Christine Wetzel e Esalva Silveira do PRIMS, pelo trabalho compartilhado, pela afetividade e confiança. À secretária do PRIMS, Janaína F. Silva, pelo solidário apoio na busca de documentos e registros.*

*Aos estimados colegas preceptores, residentes, coordenadora e docentes da primeira turma de Residentes 2010-2012 do PRIMS, sujeitos dessa pesquisa, protagonistas da residência "do Clínicas", pela paciência amorosa, durante as entrevistas e pelas densas narrativas apaixonadas de suas histórias de ensino e de aprendizagem.*

*Às queridas colegas Maria Rejane e Myrna d'Ávila pela paciência em ouvir os meus achados, enquanto construía o texto, pelas informações sobre os serviços de saúde, pelo apoio em informática.*

*Às estimadas colegas do Serviço de Educação em Enfermagem do HCPA, Ana Jacob, Andreia Cruz, Dora Oliveira, Fernanda Perdomini, Giovana Flores, Liege Brum, Maria Lúcia Scola, Maria Luíza Machado, Maria Rejane Santos, Miriam Abreu, Myrna d'Ávila, secretária Enédia Gonçalves, bolsista Maicon Rodrigues Silveira pelo estímulo, pela compreensão e amizade.*

*Aos meus amados sobrinhos: Fernanda Lopes, por seu carinho de sempre, pela amizade e pela eficiente contribuição na tradução do resumo deste estudo; Cristiano Lopes e Diana Lopes pelo estímulo e amizade.*

*As minhas amadas afilhadas Juliana Lopes que, mesmo residindo muito longe, foi uma interlocutora atenciosa e grande incentivadora, durante a minha trajetória na execução deste estudo e nos demais assuntos da vida e Carolina Lopes pela afetividade e carinho.*

*Ao amigo Marion Machado Cunha, que nos presenteia com sua sensível humanidade e incansável prática de amor que une, que compromete e que nos faz 'ser mais'. À amiga Deise Roos Cunha, pelo seu carinho aberto, alegre, sensível, que cuida, que quer bem.*

*Ao amigo Sérgio Maciel que compartilha comigo a coordenação da Associação de trabalhadores do hospital, ATC/HCPA, espaço ético político de luta por um trabalho que humanize.*

*Às amigas e amigos Katiane Silva, Sonia Ribas, Sonia Pedroso, Anésia Vieiro, Cátia Zilio, Paola Purin, Elen Machado, Ingrid Wink, Vera Rosane Oliveira, Walter Lippold, Gilson dos Anjos, Giovanni Frizzo pela amizade, pela solidariedade, pelos estudos apaixonados da filosofia da práxis, pelas comemorações e celebrações da vida.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, pela atenção, apoio e cordialidade.*

*A todos e todas, que não foram citados pelo nome, mas que contribuíram diretamente, ou não, ao longo de minha vida, a ser o que sou, a acreditar na possibilidade de mudança e na esperança da transformação da realidade social em que vivemos.*

## RESUMO

Nesta Tese estudo a formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA). Objetivo conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes, e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sob a orientação do método materialista dialético e histórico. A coleta de informações se deu pela história oral temática sobre a formação inicial, continuada, práticas profissionais e educativas desenvolvidas pelos preceptores, residentes, coordenador e docentes do PRIMS, pela observação participante, diários de campo e análise de documentos e dos espaços onde acontecem as práticas de formação. O Projeto Político Pedagógico pensado para propiciar um caminho de formação multiprofissional integrada e pelo trabalho, entendendo-a na amplitude de seu aspecto ontocriativo, quando praticado por seus sujeitos, mediado por suas formações iniciais e continuadas no, para e pelo trabalho, na medida da alienação de suas práticas em razão da divisão do trabalho e da acentuada parcelização das tarefas, da precarização do trabalho, da destituição do poder de suas falas e de decisão pela racionalidade hegemônica gerencial da Instituição, fica limitado em sua perspectiva de formação, a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Todavia, as limitações observadas na materialidade das práticas da RIMS não anularam sua força como uma das possibilidades de mudança das práticas em saúde e do modelo assistencial. Mesmo com todos os óbices marcados pela dureza cartesiana e pelo ávido modelo gerencial fortemente hierarquizado, do fracionamento dos trabalhadores no contexto desse modelo gerencial, a residência tem feito rupturas para a efetivação de um trabalho interdisciplinar numa perspectiva ainda precoce, mas com possibilidades de avançar.

**Palavras-Chave:** Educação em Saúde, Trabalho, Formação Inicial e Continuada em Saúde, Formação em Serviço, Práticas Educativas.

## ABSTRACT

In this thesis, we study in-service training in Health Integrated Multidisciplinary Residency Program at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS / HCPA). We main to know, analyze and interpret the contradictions of the Pedagogical Political Project of PRIMS/ HCPA / 2010-2012 Class from the perspective of the Principles and Guidelines of the Unified Health System ( SUS ) - through the initial training of tutors / teachers and their professional practices in the institution and preceptor ship / teaching , the initial training of professionals , current residents , and in-service training program developed in - mediated by other cyclical and structural factors that produced and produce the institution's reality . This is a qualitative research , under the guidance of dialectical materialism and historical method . Data was collected through oral history on the initial formation, continuing, professional and educational practices developed by the preceptors , residents , coordinators and professors of PRIMS , by the participant and daily field observations, document analysis and the rooms where the training takes place. The Political Pedagogical Project was designed to provide a path of integrated multidisciplinary training , understanding it in range of your ontocreative aspect when practiced by his subjects , mediated by their initial and continuing training in to and for the work , as the alienation of their practices due to the work division and the marked sub-division of tasks , precariousness of labor , the removal of the power of their statements and decisions by hegemonic rationality of the institution , is limited in its training perspective , from principles and guidelines of SUS . However , the limitations observed in the materiality of practices RIMS do not negate its strength as one of the possibilities of changing practices in the health and care model . Even with all the obstacles marked by the Cartesian stiffness and the strongly hierarchical management model, the fractions of workers in the context of this management model , the residence has made breaks for the realization of interdisciplinary work at an early prospect , but with opportunities to advance.

**Keywords:** Health Education, Labor, Initial and Continuing Qualification in Health, Training Services, Educational Practices.

## LISTA DE GRAVURAS

Figura 1 Time de Trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela Acreditação Internacional.....	101
Figura 2 Vista Aérea no ano de publicação da Lei 5.604 de 2/9/2970.....	170
Figura 3 Organograma do HCPA.....	176
Figura 4 Foto da fachada lateral do HCPA em 2009-2010.....	183
Figura 5 Organograma da Gestão do PRIMIS/HCPA.....	205

## **LISTA DE SIGLAS**

**BM** – Banco Mundial

**BSC** – Balanced Scorecard Painel de Indicadores Balanceados

**CIRH** – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

**CNRHS** – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

**CNS** – Conferência Nacional de Saúde

**CNRMS** – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

**CNRM** – Comissão Nacional de Residência Médica

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CF** – Constituição Federal

**COREMUS** – Comissão Residência Multiprofissional em Saúde

**DCN** – Diretrizes Curriculares Nacionais

**FACED** – Faculdade de Educação

**FIOCRUZ** – Fundação Osvaldo Cruz

**FNEPAS** – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde

**FENTAS** – Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde

**FMI** – Fundo Monetário Internacional

**GENF** – Grupo de Enfermagem

**HCPA** - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**JCI** - Joint Commission International

**ONA** – Organização Nacional de Acreditação

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**MEC** – Ministério da Educação

**MS** – Ministério da Saúde

**NOB/RH-SUS** – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

**PPGEDU** – Programa de Pós-Graduação em Educação

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PNH** – Política Nacional de Humanização da Atenção

**POP** – Procedimento Operacional Padrão

**PPP** – Projeto Político Pedagógico

**PRIMS** – Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

**PROMED** – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina

**QUALIS** – Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde

**REDE UNIDA** – Associação Brasileira Rede Unida

**R1** – Residente do primeiro ano da PRIMIS

**R2** – Residente do segundo ano da PRIMIS

**RIMS** – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

**RSB** – Reforma Sanitária Brasileira

**RS** – Rio Grande do Sul

**SAMS** – Sistema de Assistência Médica Supletiva

**SINPAS** – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

**SDD** – Sistema de Desembolso Direto

**SUDS** – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TRAMSE** – Trabalho Movimentos Sociais e Educação

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNESCO** – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

**URCAMP** – Universidade da Região da Campanha

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO: O TRABALHO COMO CONDIÇÃO PEDAGÓGICA E PROBLEMATIZADORA NUM HOSPITAL ESCOLA E OS DESAFIOS DO TRABALHADOR PESQUISADOR - OS SENTIDOS DA PROPOSIÇÃO DA TESE .....</b>	<b>16</b>
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O TRABALHO E A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA A SAÚDE .....</b>	<b>34</b>
2.1 A HISTORICIDADE DO SUS.....	34
2.2 OS SENTIDOS DO TRABALHO, SUA DIVISÃO E OS RUMOS DE SEU PROCESSO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	57
2.3 O TRABALHO EM SAÚDE NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	70
2.4 A POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SUS NA MODALIDADE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE .....	106
<b>3 CONCEPÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DA FORMAÇÃO INICIAL DOS PRECEPTORES/DOCENTES E DOS RESIDENTES DA RIMS: CONHECENDO OS SUJEITOS DE PESQUISA .....</b>	<b>118</b>
3.1 MISCELÂNEAS DA FORMAÇÃO .....	118
3.2 MISCELÂNEAS DOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS .....	136
3.3 MISCELÂNEAS METODOLÓGICAS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS .....	140
3.4 MISCELÂNEAS DO TRABALHO EM EQUIPE .....	151
3.5 MISCELÂNEAS DA AVALIAÇÃO NO PROCESSO EDUCATIVO.....	157
3.6 MISCELÂNEAS DA FORMAÇÃO PARA PESQUISA.....	161
<b>4 A CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL E CONJUNTURAL DO HCPA MATERIALIZADA NAS CINCO ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO ONDE SE DESENVOLVE A PRÁTICA DA PRECEPTORIA E FORMAÇÃO DOS RESIDENTES .....</b>	<b>164</b>
4.1 O ESPAÇO DE TRABALHO HOSPITALAR: A RIMS NO HCPA.....	164
4.2 A DUPLA FACE PÚBLICO-PRIVADA DO HOSPITAL: HISTORICIDADE, SENTIDOS E CONTRADIÇÕES .....	166
<b>5 A MATERIALIDADE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HCPA POSSIBILIDADES E LIMITES.....</b>	<b>187</b>
5.1 A HISTORICIDADE, A GESTÃO E O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIMS: CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, METODOLOGIA, AVALIAÇÃO .....	187
5.1.1 <i>A historicidade da RIMS</i> .....	187
5.1.2 <i>A gestão do PRIMS</i> .....	197
5.1.3 <i>Os sujeitos envolvidos no processo de formação em serviço – preceptores/docentes e residentes</i> .....	222
5.1.4 <i>O Projeto Político Pedagógico do PRIMS - A Materialidade da Formação de Trabalhadores para o SUS – Do Concreto Aparente ao Concreto Pensado</i> .....	253
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: FORMAÇÃO DO RESIDENTE NO, PARA OU PELO TRABALHO? .....</b>	<b>319</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>326</b>
<b>APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRECEPTORES E DOCENTES.....</b>	<b>341</b>
<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - RESIDENTES.....</b>	<b>343</b>
<b>APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COORDENADOR DO PRIMS.....</b>	<b>345</b>
<b>APÊNDICE D: ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRECEPTORES E DOCENTES .....</b>	<b>347</b>

<b>APÊNDICE E: ROTEIRO DE ENTREVISTA - RESIDENTES .....</b>	<b>349</b>
<b>APÊNDICE F: ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR DO PRIMS .....</b>	<b>351</b>
<b>ANEXO A – CONSIGNAS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA...354</b>	
<b>ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA .....</b>	<b>355</b>
<b>ANEXO C – LEI 11.129/2005, PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077/2009, PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.117/2005 E RESOLUÇÕES DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....</b>	<b>356</b>

## **1 INTRODUÇÃO: O trabalho como condição pedagógica e problematizadora num hospital escola e os desafios do trabalhador pesquisador - os sentidos da proposição da tese**

Esta tese está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU), da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a temática: Trabalho docente e discente da linha de pesquisa “Trabalho, Movimentos Sociais e Educação” (TRAMSE) e ao Núcleo de Estudos, Experiências e Pesquisas em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação. A temática sob a orientação da Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado privilegia o “Trabalho docente e formação de professores e professoras; identidade docente pessoal/coletiva; teoria crítica e formação docente; novas tecnologias aplicadas ao trabalho docente/discente; memórias do trabalho e instituições sociais educadoras; trabalho e práticas educativas; dimensão educativa do trabalho médico”.

Antes de expor as razões da proposição deste estudo considero necessário expressar um pouco do modo como venho me constituindo na vida e no trabalho para que o leitor desta Tese possa compreender os seus sentidos e a própria materialidade da autora em sua história: nas entrelinhas, nas indagações, nas descobertas e no seu devir.

Ao apresentar-me lembro de Fernando Pessoa em um trecho de um de seus poemas, quando ele escreve: “*Sim sou eu, eu mesmo, tal qual resultei de tudo... Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou... Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me forma...*”. E assim o ser eu é resultado da história, de um movimento concreto, até aqui: o que fui, o que não fui, o que me foi permitido ser, os meus desafios, o que sou.

Fiz a formação<sup>1</sup> em Pedagogia e Direito pela Universidade Federal do Rio Grande Sul. Durante vinte anos trabalhei como orientadora pedagógica e como professora em escolas públicas no ensino fundamental e médio (formação de professores). Também desenvolvi atividades jurídicas, optando por atuar na área do Direito do Trabalho, com a

---

<sup>1</sup> Partindo de Marx de que: “O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” e de que “Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência” (MARX, p. 45, 2008) entendo a formação como um processo de aprendizagens e experiências mediatizado por múltiplas determinações e contradições sociais, que produz mudanças singulares no ser social que se forma. Nesse sentido, Freire refere que “quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (...)” (1979, p.23). A formação é um processo coletivo.

convicção de outra leitura de realidade: a do mundo trabalho na perspectiva da defesa dos direitos dos trabalhadores. Por duas vezes tive a oportunidade de exercer a docência nos cursos de Pedagogia, de Estudos Sociais e de Formação de Professores para Educação Infantil, na Faculdade de Educação da antiga Fundação Educacional de Alegrete – Rio Grande do Sul (RS), hoje, Universidade da Região da Campanha (URCAMP) e na Faculdade de Educação da Pontifícia e Universidade Católica de Campinas – São Paulo (SP). Até então, minha condição de educadora acontecia em áreas fora do âmbito do ensino em saúde.

Em 2002 fiz um processo seletivo para trabalhar num hospital universitário público federal, onde passei a conviver numa materialidade pedagógica com características próprias, com docentes e discentes que não encerram suas relações, durante o processo educativo, apenas na sala de aula ou em um laboratório, estendem-na ao leito dos pacientes que recebem, em cuidados, os resultados das práticas educativas em saúde desenvolvidas nesse ambiente.

Nessa dimensão, o ensinar e o aprender envolvem trabalhadores da equipe de saúde, alunos, professores, pacientes, familiares. Fazer uma leitura dessa realidade, das contradições do espaço de tais práticas e dos problemas que os sujeitos dessa relação vivenciam no seu cotidiano da educação em saúde, nas relações em equipe, na divisão processual do trabalho constituiu, a partir daí, um enorme desafio epistemológico, até então, desconhecido para mim.

Ao viver nesse espaço de vida, de morte, de espera, de luta, de alegria, de tristeza, de cura, de busca, de diagnóstico, de certezas e incertezas, de esperança, de acolhimento, de investigações constantes, de atos de ensinar e de aprender, como pedagoga desse hospital, lidando com questões que me surpreendem todos os dias, me arvorei, a cada instante, de um terço de meu tempo de vida diário nesse trabalho, a compreender, a interpretar essa realidade, para além de sua aparência: não como um sujeito que a especula, mas como um sujeito, intrinsecamente, imbricado nessa realidade.

Nesse sentido, ao perquirir a materialidade dos espaços onde tramito com minha força de trabalho, em que o tempo de trabalho regulador e expropriador dimensionam o vivido, dia-a-dia buscamos respostas que nos apontem caminhos para a compreensão de nosso “que fazer” e de nosso compromisso, como seres sociais, na história desses espaços.

Durante a escrita do projeto deste estudo e no decorrer do desenvolvimento da tese venho vivendo, de forma aguçada, tempos de tensão, de árduos enfrentamentos que afetam a todos os homens e mulheres que vivem nas configurações do trabalho alienado<sup>2</sup> numa sociedade capitalista assustadoramente perversa, excludente, discriminatória e, sobretudo, de exploração, porque o capital necessariamente se acumula por expropriação da força de trabalho.

Na pretensão de superar a aparência, numa busca intensa de base epistemológica autocrítica, como nos alerta Foster (1999, p. 204), por ironia, nunca a fissura do trabalho alienado foi tão sentida por mim e demais companheiros de luta, trabalhadores da mesma instituição hospitalar, envolvidos nos movimentos sociais pela valorização de todos, sem distinção por níveis de formação ou categoria profissional<sup>3</sup>.

Na dinâmica dessa materialidade temos assistido os gestores da instituição, apesar de suas disposições discursivas acenarem pela valorização equânime de todos os segmentos profissionais, gerarem privilégios à categoria profissional médica, historicamente hegemônica<sup>4</sup> no setor da saúde. Nos enfrentamentos contra a “graduação

---

<sup>2</sup> A atividade produtiva, menciona Mészáros, é o mediador na relação sujeito objeto entre o homem e a natureza. E é através dessa mediação que o homem conduz um modo humano de existência que lhe assegura a não recair de volta na natureza. Nessa perspectiva a atividade produtiva é fonte da consciência. Porém no sentido do trabalho realizado nas mediações das relações capitalistas, a consciência se torna o reflexo da atividade alienada, ou da auto-alienação do trabalho (2006, p.79- 80). Mészáros refere que o conceito de alienação de Marx tem quatro aspectos principais: o homem está alienado da natureza; está alienado de si mesmo (de sua própria atividade); de seu “ser genérico” (de seu ser como membro da espécie humana); o homem está alienado do homem (dos outros homens). “Assim, o conceito de alienação de Marx compreende as manifestações do “estranhamento do homem em relação à natureza e a si mesmo”, de um lado, e as expressões desse processo na relação entre homem-humanidade e homem e homem, de outro” (2006, p.20-21).

<sup>3</sup> Segundo o jurista Valentim Carrion categoria profissional pode ser definida como o conjunto de trabalhadores que possuem identidade de interesses permanentes em razão de sua atividade laborativa. O Direito brasileiro denomina categoria profissional diferenciada, quando esta possui regulação própria e tem direito a convenções ou acordos coletivos específicos. As categorias profissionais dos médicos, dos enfermeiros, dos nutricionistas são exemplos de categorias diferenciadas. Disponível em: <http://www.sindicato.com.br/artigos/meioambi.htm>. Acessado em 16-11-10. A categoria profissional pode ser definida, também, como a que representa uma determinada profissão, tais como a dos bancários, dos médicos, dos pedagogos, dos enfermeiros, entre outras. Estas categorias podem estar submetidas diretamente à jurisdição de um determinado sindicato que as representa nas negociações e dissídios coletivos e/ou individuais.

<sup>4</sup> Para explicar o sentido de hegemonia empregado nesse estudo com referência à categoria médica reporto-me a Gramsci que explica a hegemonia de uma classe como a capacidade que essa tem de subordinar intelectualmente as demais classes, por meio da persuasão e da educação. Nesse sentido a categoria médica para conquistar a hegemonia no setor de saúde vai representar e atender a interesses e valores das demais categorias da saúde, obtendo o consentimento voluntário e a concordância daquelas. Nessa perspectiva a categoria médica garante a unidade do bloco social que mesmo que não seja homogêneo se conserva coeso. (GRAMSCI, 1978). Segundo Pires a hegemonia médica, na área da saúde, é resultante da apropriação, pelos médicos, dos saberes sobre saúde dos povos, transformando-os em saber médico. Foi desenvolvida num processo de múltipla determinação que produziu, historicamente, as

hierárquica entre os próprios trabalhadores” (MARX, 2006, p.415) e no consequente privilegiar de uns em desfavor de outros, situações impostas pela arquitetura do sistema, alimentada na relação de desigualar os iguais, os dirigentes prepostos da empresa habilmente fragmentam a luta dos trabalhadores, enfraquecendo-a e provocando de todos os lados a redução de seus ânimos, a fadiga moral de suas vidas e o que ainda poderia ser uma fonte de criação e realização, a despeito do trabalho alienado, torna-se quase uma desesperança.

Por outro lado, os mesmos gestores que discriminam e fragmentam a luta dos trabalhadores, dividindo-os em *os valorizados e os não*, desmobilizando a busca por melhores condições de trabalho para todos, *aprovam*, interessadamente<sup>5</sup>, um Projeto Político Pedagógico para a implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, que traz em seu conteúdo e forma os pressupostos de uma luta iniciada, há mais de trinta anos atrás, durante o movimento social da Reforma Sanitária Brasileira<sup>6</sup>. Oriundo desse movimento resulta, anos mais tarde, a criação do Sistema Único de Saúde que tem como atribuições, entre outras, a formação em serviço de seus trabalhadores.

Plekhanov<sup>7</sup> ao referir sobre o papel do indivíduo na história escreve que “o grande homem é precisamente um iniciador, porque vê mais longe que os outros e deseja mais

---

relações orgânicas dos médicos aos interesses das classes dominantes. É entendida, também, como o controle que a categoria médica realizou sobre o processo de profissionalização das demais categorias de profissionais da saúde, no que diz respeito à formação e a determinação de normas que disciplinam o exercício profissional e pela apropriação dos cargos administrativos e gerenciais das instituições de saúde a bem dos interesses econômicos hegemônicos e da preservação do *status quo*, e ainda da ingerência, na qualidade de categoria profissional, na organização política do Estado (PIRES, 1989).

<sup>5</sup> O Projeto Político Pedagógico tramitou durante três anos junto à Direção da instituição, sem a aprovação esperada por seus elaboradores. Tal aprovação ocorreu somente após as eleições em 2008, para o mandato da direção do hospital, gestão de 2009 a 2012. A estratégia utilizada pelos criadores do projeto (duas professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e treze trabalhadores do corpo funcional do HCPA, sendo que entre esses, doze representando as profissões que seriam contempladas no programa e uma pedagoga) foi propor para as duas chapas que estavam se candidatando à administração do hospital, a inclusão do PRIMS como meta de campanha. O momento político para as articulações era propício, pois estavam em jogo, os interesses de projeção da instituição, que ainda não contemplava a formação multiprofissional, como uma das possibilidades de formação em serviço a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Para angariar votos e sabendo da importância dessa aprovação os dois candidatos a incluíram em suas pautas de futura gestão. Estava garantida, pelo menos, como primeiro passo, o PRIMS. Após, a luta continuaria nas articulações com os Ministérios da Saúde e da Educação para a captação de recursos e implantação do Programa.

<sup>6</sup> No capítulo 2 deste estudo abordo o movimento da Reforma Sanitária, seus fundamentos e propostas.

<sup>7</sup> Guiorgui Valentinovitch Plekhanov (1856-1918) faz parte da primeira geração de marxistas russos. É fundador do primeiro grupo marxista da Rússia. Constitui um dos principais divulgadores do materialismo histórico e dialético de sua geração, tendo influenciado com os seus escritos os

fortemente que os outros” (2003, p.157). Nesse sentido, indivíduos sensíveis às necessidades sociais da Instituição onde trabalham e movidos por uma realidade propícia à construção de uma proposta de residência em saúde que abrigasse diversas profissões num ambiente institucional que, até então, só contava com um Programa de Residência Médica, desde a década de setenta, formaram um grupo de trabalho e iniciaram uma longa jornada de embates políticos e de superação de dificuldades, inclusive, de interação do próprio grupo para mudar a realidade escrita pela hegemonia da residência médica.

Cumprе salientar que o trabalho desse grupo foi ganhando terreno nos encaminhamentos e enfrentamentos políticos com a direção médica do hospital em razão de ter à frente uma professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, que exercia na ocasião a Coordenação do Grupo de Enfermagem do Hospital (GENF), posição que lhe conferia um poder de decisão expressivo na alta cúpula do Hospital. Outro aspecto a referir é que, historicamente, a enfermagem com o intuito de se estabelecer no conjunto dos atos de saúde e, de certo modo, ampliar sua participação nas decisões terapêuticas e do processo de trabalho em saúde é o segmento profissional que mais realiza enfrentamentos com relação à hegemonia médica.

Como integrante desse grupo de iniciadores, que elaboraram o Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, o meu interesse na realização desta pesquisa de doutoramento sobre o fenômeno: *A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)* está relacionado diretamente com o meu compromisso como trabalhadora nesse espaço público de educação e saúde, tendo como atribuições, entre outras, a orientação pedagógica aos projetos educacionais referentes à formação em serviço, nos níveis técnico e superior de enfermagem e, atualmente, à formação pelo trabalho, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, para sete profissões da saúde: educação física, assistência social, nutrição, psicologia, enfermagem, farmácia e fisioterapia desenvolvida pelo PRIMIS/HCPA.

A partir do meu trabalho como orientadora educacional e pedagógica num hospital escola, da realização de uma pesquisa em nível de mestrado sobre a formação e a prática educativa dos enfermeiros nesse hospital, do convívio com os profissionais da saúde no dia-a-dia de meu trabalho e por meio do meu envolvimento na elaboração do Projeto

---

revolucionários do século passado. Para Lênin, Plekhanov produziu a melhor exposição da filosofia do marxismo e do materialismo histórico (PLEKHANOV, 2003).

Político Pedagógico do PRIMS/HCPA foi desenvolvendo um conhecimento geral sobre como se dá a atuação dos profissionais da saúde, suas práticas educativas e como se integram na realização do trabalho hospitalar.

Considerando os aspectos mencionados acima e tendo a plena convicção dos desafios que são gerados por uma pesquisa dessa magnitude e de que, novamente, me lançaria num movimento de grande implicação, pois além de ser uma das autoras e integrante do PRIMS, a ser investigado, ocuparia de modo institucionalizado a posição da pesquisadora interessada em desvelar suas contradições, em perquirir os pormenores de seu concreto aparente para chegar, por meio de um árduo exercício de abstração, ao seu concreto pensado, por muito tempo tive que fazer um exercício de distanciamento entre os olhares da trabalhadora, na cotidianidade do desenvolvimento de meu fazer pedagógico implicado, da militante política e da pesquisadora que estava ali para aprofundar todos esses olhares numa totalidade dialética a fim de expressá-los na tese.

Desse modo, a partir de uma delimitação do objeto de estudo, dos processos históricos que originaram o fenômeno pesquisado, da caracterização e análise prévia sobre alguns dos aspectos que vinham produzindo sua materialidade, como um programa de formação em serviço numa instituição hospitalar pública, dos questionamentos iniciais provocados pela problematização de suas conexões e mediações com os demais fenômenos, formulei o seguinte problema de pesquisa: *Que contradições o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da instituição.*

Como objetivos desse estudo propus os seguintes: *Conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da instituição; analisar e explicar as práticas dos preceptores e docentes enquanto materializações do Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA, orientado pelos*

*Princípios e Diretrizes do SUS; analisar e explicar como os residentes interpretam a formação desenvolvida em serviço em meio à materialidade da instituição; analisar e explicar a materialidade das práticas pedagógicas de avaliação do processo educativo por todos os segmentos envolvidos no programa: residentes, preceptores, docentes e gestor; contribuir, a partir da pesquisa, com a proposição de sugestões para uma formação de residentes que os prepare para uma atuação integrada e multiprofissional no trabalho em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.*

Para orientar este estudo formulei a seguinte hipótese: *As contradições do Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa, mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da instituição tendem a limitar a materialidade de uma formação integrada e multiprofissional em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.*

No propósito da descrição, explicação, interpretação e compreensão do fenômeno e tendo a consciência do quanto é difícil trilhar de maneira impecável o percurso de um método, considerando a magnitude do rigor científico que o embasa, recorro a um trecho escrito por Rizzotto, que li há algum tempo, em que ela expressa: “dissertar sobre o método não garante a sua utilização adequada ou a necessária coerência teórico-metodológica do trabalho” (1990, p. 8). Concordo de que é na medida em que expondo o estudo, suas análises e resultados é que terei revelado o método praticado, mas, mais do que isso, entendo que a escolha de um percurso e não outro está intrinsecamente relacionada a nossa concepção de mundo, à forma como interagimos, a nossa coerência entre o que dissemos e o que fazemos. Entretanto, na tentativa de expor a metodologia da análise e interpretação de meu objeto de estudo é importante referir de que concepção teórica eu partilho, de que maneira eu vou trilhando caminhos e não outros na busca da compreensão da materialidade, onde me constituo como ser social.

Num “mundo da pseudoconcreticidade” como refere Kosik torna-se necessário a realização de um esforço investigativo que desvele o fenômeno para além de sua “práxis fetichizada” (1976, p.13- 15). Somente a partir do conhecimento dialético do fenômeno é que o pesquisador poderá contribuir para modificá-lo, daí o sentido social da pesquisa. Como já referi, ser partícipe do PRIMS/HCPA na qualidade de trabalhadora envolvida com sua práxis pedagógica e perscrutá-lo, também como pesquisadora, me instigou

epistemologicamente, animando-me no sentido de lê-lo, para além de sua aparência, do que ficou posto em seu projeto político pedagógico, além do formalismo das políticas públicas e leis que lhe conferiram a sua possibilidade legal de existir.

Partindo do entendimento de que a realidade é um processo dinâmico que vai assumindo nuances contraditórias ao longo dos movimentos que realiza e de que o pesquisador estabelece uma relação dialógica com o fenômeno social pesquisado utilizei o referencial teórico metodológico da concepção marxista, tendo o método materialista dialético e histórico como procedimento de análise da realidade. Parti do concreto-empírico do PRIMS e através da abstração cheguei ao concreto-pensado, reconstituindo a realidade no pensamento. Neste movimento o processo de abstração assumiu extrema importância e como nos ensina Triviños “sem uma capacidade de análise, isto é, sem se poder elevar num processo de abstração não é possível decompor um todo nas suas partes nos fenômenos sociais” (2006, p. 03).

Para chegar à essência do fenômeno, desvelando *A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)*, me apoiiei também em Gramsci e em outros pensadores da filosofia da práxis que o sucederam e advogam que os conceitos centrais da concepção marxista de pesquisa estão cada vez mais vivos e imprescindíveis no caminho de compreensão do real. Tal concepção “interpela o sujeito, enquanto ser social, para o comprometimento efetivo com a realidade estudada e com a forma como estabelece relações ativas” (CUNHA, 2010, p. 27).

Na dimensão assinalada por Cunha e por acreditar que homens e mulheres ao produzirem a realidade material de suas existências se produzem e, na centralidade do trabalho, vão transformando essa mesma realidade, é certo dizer que a prática social da formação no, para e pelo trabalho, em sua historicidade, demonstra como os indivíduos em suas ações e interações, no modo de produção capitalista, produzem a transformação dessa prática social, dos outros indivíduos e a si mesmos.

Nessa perspectiva, Triviños refere que a teoria marxista compreende a prática “como atividade e antes de tudo como processo objetivo de produção material que constitui a base da vida humana e também como atividade transformadora revolucionária das classes [...]” (1987, p. 64). No mesmo sentido, Vázquez menciona que a “prática é fundamento e limite do conhecer e do objeto humanizado que, como produto da ação, é objeto do conhecimento” (2007, p. 144). Refere ainda que “o critério

de verdade está na prática, mas só é descoberto em uma relação propriamente teórica com a própria prática” (2007, p. 146).

Sendo assim, ao ter proposto a investigação sobre *A Formação em Serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* mergulhei na compreensão dos conceitos de prática social, de totalidade, de historicidade e de contradição, uma vez que tal fenômeno não se apresentou à primeira vista “sob o aspecto de um objeto que cumpre intuir, analisar e compreender teoricamente [...]; apresentou-se como o campo em que se exercita a sua atividade prático sensível, sobre cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade” (KOSIK, 1976, p. 13-14).

As “representações no movimento do real” que tinha, como refere Kosik, “são diferentes e muitas vezes absolutamente contraditórias com a lei do fenômeno, com a estrutura da coisa e, portanto, com o seu núcleo essencial e o seu conceito correspondente” (1976, p.14).

Na filosofia marxista a compreensão da totalidade constitui o princípio para o conhecimento da realidade social e uma necessidade metodológica para a sua análise.

Entender o fenômeno da formação em serviço no PRIMS/HCPA e das recíprocas conexões e mediações desse com os demais fenômenos, ou seja, da parte com o todo me possibilitou conhecê-lo como algo que faz parte de um todo estruturado, dialético em constante movimento, desenvolvimento e criação.

Na decomposição do “fenômeno material social” em suas propriedades tive outros fenômenos materiais sociais para análise, tais como: quem são os preceptores do PRIMS; quem são os residentes que buscam tal formação; quem são os usuários do SUS, que são atendidos por esses profissionais em formação; como se dá o cuidado à saúde do usuário/trabalhador/preceptor/residente, o que propõe o projeto político pedagógico do PRIMS; o quanto prevê de formação teórica, prática, de formação geral, específica (análise quantitativa) e como está se dando a materialidade da formação na perspectiva da totalidade do fenômeno, de suas ligações (relações imediatas e mediatas) com as totalidades menores e com a totalidade maior em que o fenômeno está mergulhado (análise qualitativa, ou seja, de cunho interpretativo). Ainda, como é a equipe de saúde, como está organizada, por que equipe e não trabalhadores associados, como se configuram as relações de gestão entre as profissões nas áreas de concentração<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Áreas de Concentração são constituídas pelas áreas do hospital que compõem os serviços de Saúde da Criança (Serviço de Pediatria, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico), de Saúde do Adulto Crítico

onde o PRIMS se desenvolve, como os trabalhadores realizam suas práticas. Quanto ao processo educativo, qual a materialidade político pedagógica dos diversos serviços e da rede do SUS, onde esse ocorre, que modelos de atenção à saúde são praticados na instituição, qual predomina, o que determina a procura pela formação em residência? Quanto aos recursos materiais: o que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre vem oferecendo para o Programa da RIMS (laboratórios, biblioteca, salas de aula, serviços de saúde, unidades assistenciais em saúde, centros de pesquisa, espaços de multimídia). Enfim, qual a projeção do PRIMS na comunidade dos Hospitais Universitários como um todo e no Rio Grande do Sul? O conjunto dessas propriedades compõe a totalidade do fenômeno que, por sua vez, faz parte de outra totalidade maior que foi analisada para chegar a uma compreensão aprofundada das partes, das relações e correlações entre elas e com a totalidade que irei, ao longo dos tópicos desta tese, expor.

Na abstração ou análise da formação no PRIMS, a busca do seu conhecimento, de sua historicidade, de como está organizado, quais suas partes, o que é prioritário, ou seja, o que determina sua configuração material, todos esses elementos constituíram aspectos importantes para a descoberta de suas origens e desenvolvimento.

Ao estudar o que é a história na perspectiva da teoria marxista, Kosik refere que essa “não é racionalmente predeterminada, ela se torna racional” e nessa dimensão, “a tridimensionalidade do tempo se desenvolve em todas as épocas: se agarra ao passado com os seus pressupostos, tende para o futuro com as suas consequências e está radicada no presente pela sua estrutura” (1976, p. 237-238).

Tornou-se necessário entender, portanto, a historicidade onde se produziu e se produz a formação que se dá por meio do trabalho num Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e, numa perspectiva gramsciana de análise, desvelar as mediações das ideologias que influenciaram a produção das leis que instituíram e regulamentam os Programas de Residência Multiprofissionais no país, bem como chegar á compreensão das articulações políticas, das correlações de força, das

---

(Serviço de Emergência e Centro de Tratamento Intensivo), da Saúde Mental (Unidade de Internação Psiquiátrica e Centro de Assistência Psicossocial), da Onco-Hematologia (Serviço de Oncologia Clínica e Oncologia Pediátrica) e do Controle de Infecção Hospitalar (Órgão encarregado da execução das ações programadas de prevenção e controle de infecções hospitalares aprovadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Para não reproduzir a organização dos serviços de saúde pela lógica hegemônica dos serviços médicos, a residência organizou-se em áreas que abrangem o cuidado em saúde da criança e do adulto tanto clínicas, quanto por especialidades, no sentido de promover um trabalho integrado a partir dos conceitos de campo e núcleo. Esta nota é para dar uma ideia inicial. Esse tema será desenvolvido de forma aprofundada no quinto item deste estudo.

constituições de hegemonias que configuram a natureza dessa formação no, para ou pelo trabalho? E como essa especialização lato sensu, para as seis profissões do PRIMIS, se realiza numa realidade social em que só existia a modalidade de residência médica. Cumpre referir que atualmente temos sete profissões, porém o foco desta tese é sobre as seis profissões que compuseram a primeira turma de residentes do PRIMIS.

No sentido de conhecer, analisar e interpretar o Projeto Político Pedagógico do PRIMIS/HCPA/Turma 2010-2012 foi necessário mergulhar na compreensão da luta dos contrários que ao longo da tese foi sendo desvelada.

Nessa direção Triviños assinala que a contradição é “a fonte genuína do movimento, da transformação dos fenômenos” (1987, p. 69). No desenvolvimento da formação dos trabalhadores para o SUS, materializado no PRIMIS/HCPA, encontrei tais elementos contrários que foram se revelando ao longo das falas dos sujeitos da pesquisa, da observação participante e do programa em movimento.

Para realização dessa pesquisa propus um estudo de caso de natureza qualitativa, com enfoque dialético materialista e histórico, por partilhar do entendimento de que é “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente” (Triviños, 1987, p.133). Caracteriza-se pela abrangência da unidade, por sua complexidade e pela determinação de referenciais teóricos que nutrem o trabalho do pesquisador.

Tendo em vista a abordagem qualitativa desta pesquisa e no sentido do alcance de suas proposições recorri à história oral. Nessa perspectiva, as possibilidades da análise e resultados foram organizadas por meio da realização de entrevistas semiestruturadas aprofundadas. Segundo Triviños (2001) a entrevista semiestruturada constitui uma das "ferramentas" utilizadas pela pesquisa qualitativa para atingir seus objetivos. É uma técnica de obtenção de informações, que se caracteriza pelo estabelecimento de uma interação social entre o entrevistador e o entrevistado. Deve partir de alguns questionamentos básicos, fundamentados no referencial teórico que orienta a pesquisa, bem como de toda a informação que o pesquisador já tenha obtido sobre o fenômeno social em estudo. A partir da entrevista novas questões poderão surgir, além das previamente estabelecidas pelo pesquisador em razão das informações oferecidas pelo entrevistado. Triviños menciona que:

[...] a entrevista semiestruturada se transforma num diálogo vivo do qual participam duas pessoas, com objetivos diferentes, mas que podem se tornar convergentes. Ambos, entrevistado e pesquisador, procuram construir um

conhecimento relativamente comum para determinada realidade pessoal e coletiva (TRIVIÑOS, 2001, p. 86).

Partindo do entendimento de que o homem é um ser histórico social, de que a constituição da formação e a manifestação desta é um processo histórico que se materializa numa prática social que está em contínua mudança, recuperei por meio da história oral o passado mais distante e o mais recente, como algo que continua se constituindo atualmente, mormente agora no PRIMS e cujo processo histórico não está terminado (MEIHY, 1996). Nessa dinâmica, lancei mão da modalidade da “história oral temática”, uma vez que foquei a escuta dos sujeitos desta pesquisa nos temas que constituíram o processo histórico referido. A história oral é definida como

um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. [...] Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, conjunturas etc. à luz de depoimento de pessoas que deles participaram ou os testemunharam (ALBERTI, 2001, p.18).

No âmbito do exposto na definição acima é importante referir que o emprego da história oral gera a possibilidade da recuperação de informações que não se encontram em documentos, tais como: experiências pessoais, concepções, vivências de um acontecimento na prática.

Meihy aponta a história oral temática como uma modalidade da história oral e argumenta que essa abordagem busca “a verdade de quem presenciou um acontecimento ou pelo menos dele tenha alguma versão que seja discutível ou contestatória” (1996, p.41). A proposta da utilização da história oral foi a de que os residentes, os preceptores, os docentes e coordenador do PRIMS, também docente no programa, trouxessem a verdade do que presenciaram e presenciaram nos acontecimentos, desde suas formações profissionais e práticas iniciais, até, e, durante a materialidade do PRIMS em meio à realidade estrutural e conjuntural do HCPA. Deve-se, também, à natureza da realização do estudo qualitativo e sua escolha se justifica pelos seus objetivos.

Nesse sentido, necessitava ouvir dos sujeitos da pesquisa o vivido em seu passado distante e recente, a recuperação de suas histórias orais sobre o tema – formação e práticas profissionais, por isso histórias orais temáticas. Entretanto só as recuperações

de suas histórias orais de formação e práticas profissionais não bastariam para a análise. Estas só abrangeriam o propósito de um estudo de caso qualitativo, se fossem acrescidas de uma gama de informações provenientes de outras fontes e analisadas, a partir de uma interpretação dialética. Foi o que fiz no decorrer do dispositivo teórico-analítico para chegar às respostas do problema de pesquisa. Realizei esse caminho para reconstituir no pensamento a realidade concreta.

Alberti assegura que uma das principais especificidades da história oral é: “proveniente de toda uma postura com relação à história e às configurações socioculturais, que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu”. (2001, p.23). Cada entrevistado, ao narrar sua formação e práticas profissionais de um passado mais distante e do passado mais recente, recuperou a materialidade de sua existência, circundada pelos mais variados contextos sociais, como dizem Cunha e Cunha ao referirem que:

O entrevistado, ao narrar sua vida passada, procura retomar os mais diversos espaços sociais de sua existência. E aponta para os processos sociais no qual esteve inserido, possibilitando conhecer as estratégias e os mecanismos estabelecidos entre ele e as instituições sociais. Processos esses que, em última instância, deram formas e conteúdos ao seu comportamento, a sua prática social e as suas crenças de mundo (CUNHA; CUNHA,2003, p. 115-130).

Pude recuperar as expectativas que os residentes e preceptores tinham em relação às suas formações iniciais e ao PRIMS, quanto à formação teórico- prática dos residentes, às práticas em preceptoria dos preceptores, à prática dos docentes no PRIMS e a prática de coordenação do programa. Foram descritas as concepções dos sujeitos sobre saúde e educação, os aspectos facilitadores e dificultadores de suas formações e práticas profissionais, a percepção sobre os aspectos pedagógicos da formação, referenciais teóricos que compuseram suas formações e práticas iniciais e presentes, suas representações sobre os aspectos estruturais e conjunturais que produzem a materialidade do espaço de saúde, onde trabalham. No dizer de Alberti seria “compreender a sociedade através do individuo que nela viveu: de estabelecer relações entre o geral e o particular, através da análise comparativa de diferentes testemunhos” (ALBERTI, 2001, p. 19).

Thompson refere que “Marx e Engels, em seus textos mais diretamente políticos, em geral recorreram consideravelmente tanto a sua própria experiência direta, quanto a

relatórios escritos e orais, provindos de seus inúmeros correspondentes e visitantes” (1998, p. 64).

Sendo assim, além da história oral, lancei mão de outras fontes utilizadas na pesquisa qualitativa, como: observação participante, diários de campo e análise de documentos do Programa, dos espaços onde acontecem as práticas de formação no trabalho. Todas essas fontes alimentaram o cruzamento das informações/conteúdos, no sentido de levantamento de questões e, ou afastamento de algumas suposições.

Como pedagoga da Instituição de onde fazem parte os sujeitos desta pesquisa e, por me relacionar com eles em algumas práticas de formação do PRIMS, na condição de orientadora pedagógica e docente, tive o privilégio da observação participante. Este fato constituiu um elemento facilitador na obtenção de informações.

Cumpra salientar, que o avanço na análise dialética do fenômeno pesquisado qualificou as minhas intervenções pedagógicas. O olhar da pesquisadora, além do trabalho da pedagoga, contribuiu para uma visão ampliada do ambiente da educação em saúde.

Segundo Triviños (2001), a observação participante constitui uma das principais técnicas utilizadas pela pesquisa com enfoque qualitativo. Ao mesmo tempo em que fazer parte do contexto da pesquisa me facilitou um contato pessoal e mais estreito com o fenômeno pesquisado, tive que exercitar outro olhar, o da pesquisadora que queria chegar à essência do fenômeno que estava sendo pesquisado.

Como refere Lüdke (1986) o que selecionamos para ver depende muito de nossa história pessoal e, sobretudo, de nossa bagagem cultural. As experiências e a trajetória de cada pessoa farão com que sua atenção se volte para certos aspectos e não a outros.

Determinada no desvelamento das contradições do projeto político pedagógico do PRIMS procurei me deter, sobretudo, nos movimentos de seus colegiados onde ocorre o planejamento da formação, as decisões administrativas e pedagógicas, além da avaliação junto aos residentes e nas práticas dos preceptores, docentes e coordenador do programa. Foquei a minha atenção, prioritariamente, em situações que pudessem desvelar o concreto aparente, tais como: nas práticas educativas de preceptoria, nas áreas de concentração, no modo como os preceptores, os residentes e demais trabalhadores das equipes de saúde se relacionavam no processo de formação, como interagem. Detive-me nos movimentos pedagógicos realizados, nos diálogos, nas falas importantes, no modo como eram concebidos pelos preceptores e docentes os planejamentos das práticas educativas, quais os referenciais teóricos e metodológicos

que utilizavam para embasar suas práticas educativas, como concebem a avaliação do ensino, a relação residente paciente, preceptor/docente-residente nos campos de formação, entre outros aspectos.

Quanto ao diário de campo, procurei fazer o registro das situações que poderiam contribuir para a análise das informações. Anotei itens que depois, conforme a necessidade poderia aprofundá-los ou não, com o recurso das demais informações obtidas. Essas anotações me auxiliaram muito na compreensão dos movimentos dos sujeitos da pesquisa, no decorrer de suas atividades no PRIMS, tanto as teórico práticas, como as práticas nas unidades assistenciais das respectivas áreas de concentração onde a formação se realiza.

Quanto à análise de documentos, tendo em vista as minhas atribuições pedagógicas no PRIMS, tenho acesso aos documentos que dizem respeito ao planejamento, planos de preceptoria e aos registros de avaliação do aproveitamento dos residentes e avaliação do programa. A análise desses documentos me possibilitou qualificar a interpretação dos dados.

A minha pretensão com a tese foi chegar a algumas generalidades que tenham, em seu conteúdo, uma contribuição social e política para a formação pelo trabalho em um programa de residência multiprofissional.

Nesse sentido, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a população pesquisada é tratada como uma referência. Segundo Triviños (2001), na pesquisa qualitativa, não há a preocupação com a delimitação precisa da população, uma vez que não interessa, de forma essencial, quantificar os resultados. O que se pretende na pesquisa qualitativa é chegar-se a generalidades e não a generalizar os resultados. Leva-se em consideração: “ideias predominantes, tendências que aparecem mais definidas entre as pessoas que participaram do estudo” (TRIVIÑOS, 2001, p. 83).

Nessa dimensão, a escolha dos entrevistados (sujeitos da pesquisa) foi orientada pelos seguintes critérios de inclusão: serem residentes, preceptores, docentes e coordenador do PRIMS/HCPA; autorizarem que as observações realizadas por mim em decorrência de minhas atividades pedagógicas pudessem ser utilizadas, também, para os fins da pesquisa, bem como, darem as entrevistas. Como critério de exclusão: todos os que não autorizassem que as observações realizadas por mim, em decorrência de minhas atividades pedagógicas, pudessem ser utilizadas, também, para os fins da pesquisa, bem como, não quererem ser entrevistados.

É importante referir que a pesquisa qualitativa não se baseia em estatística para a determinação da extensão da amostra e que “o tamanho da amostra não é fixo, ele pode variar, substituindo, diminuindo, aumentando, o número de sujeitos, de acordo com a necessidade que estabeleça o desenvolvimento do estudo” (TRIVIÑOS, 2001, p.84).

Para a definição da amostra foi estabelecido, como critério prévio os entrevistados, serem participantes da 1ª Turma do PRIMS que iniciou em 1º fevereiro de 2010 e terminou em 1º fevereiro 2012.

Com base nos critérios de inclusão e na amostra fiz os convites aos entrevistados mediante a concordância de assinatura de Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (APÊNDICES A, B e C), previamente submetidos e aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (ANEXO B). Todos que foram convidados assinaram os termos do consentimento. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Sendo assim, foram entrevistados seis residentes um de cada profissão e de Áreas de Concentração diferentes. Como temos cinco Áreas de Concentração no PRIMS e seis profissões, dois dos seis residentes eram da mesma área, mas de profissões diferentes. Quanto aos preceptores entrevistei os que exercem as funções de preceptoria de campo, ou seja, de coordenação de cada uma das cinco Áreas de Concentração. Destes cinco entrevistados, dois são assistentes sociais, dois são enfermeiros e um é farmacêutico. Eles também acumulam as funções da preceptoria de núcleo (serviço social, enfermagem e farmácia). Para completar as entrevistas com esse segmento entrevistei três preceptores de núcleo das seguintes profissões: professor de educação física, nutricionista e psicologia, totalizando as seis profissões. Para concluir as entrevistas programadas, entrevistei, ainda, um docente e o Coordenador do PRIMS que também acumula a função de docente. Realizei, portanto, 16 entrevistas que transcorreram num clima de descontração, tendo em vista a proximidade pela convivência entre o pesquisador e entrevistados. Foram elaborados três roteiros de entrevista. Um para o segmento de preceptores/docentes, outro para o segmento de residentes, e outro específico para o coordenador do programa (APÊNDICES D, E e F).

No decorrer das entrevistas, uma pergunta levava a outros questionamentos, na medida em que o entrevistado, ao respondê-la, acrescentava novos elementos, além do que havia sido perguntado no encadeamento do diálogo. Após ter realizado as primeiras entrevistas tanto com os residentes, como com os preceptores de campo e de núcleo fui aprimorando minhas perguntas, uma vez que a alternância das entrevistas, ora com

residentes, ora com preceptores me proporcionou informações importantes para abordar nas entrevistas posteriores. O tempo de entrevista em média durou uma hora, algumas excederam a esse tempo, tendo em vista às características pessoais do entrevistado. Os sujeitos de pesquisa se sentiram à vontade no transcorrer da entrevista, aproveitando esse momento comigo para sugerirem caminhos pedagógicos, fazer críticas construtivas a respeito do programa. Atribuo essas atitudes ao fato de me verem mais como a pedagoga do programa, do que a pesquisadora que os estava entrevistando. Ao final de cada entrevista, avaliavam ter gostado da experiência. Não foi necessária a realização de mais de um encontro com cada um.

Outro aspecto a ressaltar, é quanto à transcrição das falas, oriundas da gravação para o texto escrito. Preferi realizar a transcrição, omitindo os cortes da fala, repetições de palavras, vícios de linguagem, pois assim como o pesquisador, ao escrever seu texto, faz as devidas revisões em razão de uma comunicação mais precisa, de acordo com as regras da língua portuguesa, não considerei justa a transcrição absoluta das falas, na pureza da linguagem falada e das expressões usuais de um diálogo vivo, que contém emoção, euforia, recordações de bons e maus momentos. Essa medida, no entanto, não obscureceu o sentido intencional dado pelos entrevistados na construção de suas ideias. Procurei manter algumas expressões, reticências, por exemplo, cujo significado estava além das possibilidades de uma correção que pudesse prejudicar o sentido da arquitetura do raciocínio dos narradores.

Quanto ao registro das narrativas, é importante referir que foram omitidas algumas informações, ou qualquer palavra que pudesse identificar os entrevistados, ou outra pessoa citada no decorrer das suas narrativas.

Convém assinalar que os sujeitos da pesquisa, como os residentes, os preceptores /docentes e coordenador do PRIMIS não serão identificados pelos seus respectivos nomes, mas pelas consignas explicitadas no ANEXO A.

A partir do exposto, esta tese, além desta introdução, abrange cinco capítulos e as considerações finais. O capítulo 2 denominado *O Sistema Único de Saúde: O Trabalho e a Formação de Trabalhadores para a Saúde* trata, inicialmente, da materialidade dos processos históricos que produziram a criação do SUS. Aborda a seguir, os sentidos da categoria trabalho, sua divisão e rumos de seu processo no modo de produção capitalista. Após, problematiza a historicidade das concepções e práticas que produziram e produzem as configurações do trabalho em saúde no sistema capitalista, desde o momento em que os homens iniciaram o intenso processo de busca de respostas

as suas necessidades de saúde. Ao final, aborda a política pública de formação de trabalhadores para o SUS, na modalidade de Residência Multiprofissional, a materialidade histórica que a produz, analisando seus princípios, valores, ideologias e normatizações. No capítulo 3 são abordadas *as concepções teórico-práticas da formação inicial dos preceptores/docentes e residentes da RIMS*. Por meio da história oral dos sujeitos de pesquisa são apresentadas as miscelâneas de suas formações iniciais em saúde. O capítulo 4 trata da *configuração estrutural e conjuntural do HCPA materializada nas cinco áreas onde é desenvolvida a prática de preceptoria e formação dos residentes*. Caracteriza o espaço de trabalho hospitalar, analisando por meio das categorias da historicidade, totalidade e da contradição a dupla face pública e privada do hospital, seu modelo de gestão e de assistência em saúde. O capítulo 5, denominado *A materialidade do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, possibilidades e limites*, apresenta os processos históricos que culminaram na criação do Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde no HCPA. Analisa as contradições de seu processo de gestão e das práticas da formação integrada, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, protagonizada pelos sujeitos do PRIMS nas cinco Áreas de Concentração: Adulto Crítico, Saúde Mental, Saúde da Criança, Controle de Infecção Hospitalar e Onco-Hematologia, previstas no Projeto Político Pedagógico.

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O TRABALHO E A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA A SAÚDE**

### **2.1 A HISTORICIDADE DO SUS**

Para compreender as concepções e práticas que inspiraram as políticas públicas de formação dos trabalhadores da saúde, a formação inicial dos preceptores, docentes e residentes do PRIMS e a que vai se desenvolvendo ao longo de suas vivências no mundo da saúde, foi imprescindível mergulhar na historicidade que as foram constituindo e na materialidade das relações entre saúde, sociedade e educação em saúde no âmbito social, ideológico, ético-político, econômico e cultural.

Gramsci ao se referir à concepção dialética da história menciona que:

No sentido mais imediato e determinado, não podemos ser filósofos, isto é, ter uma concepção de mundo criticamente coerente sem a consciência da nossa historicidade, da fase de desenvolvimento por ela representada e do fato de que ela está em contradição com outras concepções ou com elementos de outras concepções (GRAMSCI, 1987, p. 13).

Na busca de um ritmo eloquente da consciência da nossa historicidade, para apreender as contradições que compõem a materialidade que produziu e produz as formações dos trabalhadores da saúde foi necessário percorrer os movimentos que resultaram em mudanças estruturais expressivas e decisivas politicamente no âmbito da saúde e da educação em saúde entre esses, a Reforma Sanitária Brasileira e mais tarde a criação do SUS. Frigotto refere que:

Na década de 1980, os embates da Reforma Sanitária Brasileira no campo da saúde e as lutas no campo educacional se inserem no contexto mais amplo de mudanças societárias estruturais, de forte determinação política, de mobilização e luta da sociedade por seus direitos sociais e subjetivos (2008, s.p.)

Ao perquirimos a história da sociedade brasileira observamos que, a partir dos anos setenta, a sociedade mobilizada por uma conjuntura de repressão política e enorme crise econômica inicia um processo de luta pela redemocratização do país e pela garantia dos direitos sociais básicos à vida. O empobrecimento cada vez maior de enorme contingente da população desvela a verdadeira face da imagem, habilmente

construída pela burguesia, do milagre econômico. Essa realidade produz nos trabalhadores a indignação pelas precárias condições de vida, de saúde e de trabalho, mobilizando-os na busca de seus direitos sociais.

A propósito, Francisco de Oliveira em uma exposição e debate, realizados em 1998 na Universidade Federal Fluminense, ao responder afirmativamente que *sim* à pergunta: “A contra hegemonia não se constrói mais a partir do próprio movimento dos trabalhadores?” lembrou o que “Marx disse uma vez: “é preciso que os dominados já não suportem a situação de dominação” (2003, p.59). Nesse sentido, na bagagem dos movimentos sociais estava presente a luta por políticas públicas que pudessem atender, entre outras, as necessidades de trabalho, de educação e saúde da população, numa perspectiva analítica de seus determinantes sociais.

Pires ao referir sobre tais reivindicações na saúde menciona que: “Constitui-se um quadro conjuntural que força o Estado a abrir espaço para o debate e para a experimentação de novos modelos” (1998, p.97).

No plano internacional, começam a se intensificar as políticas de saúde. Em 1972, é aprovado pelos ministros da saúde dos Estados Latino-Americanos, em Santiago do Chile, o 2º Plano Decenal de Saúde das Américas, que tinha como principal princípio ‘a saúde como um direito da pessoa e das comunidades’. Nessa mesma direção, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, em 12/09/1978, expressava a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos que trabalhavam nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial de promoverem a saúde da totalidade dos povos do mundo. Nesta conferência foi formulada a chamada Declaração de ALMA-ATA, contendo os princípios que deveriam orientar mundialmente as ações no âmbito da saúde.

Em meio a esse panorama nacional e internacional, a atenção primária passa a figurar como uma das estratégias para a concretização da *Saúde para todos no ano 2000*, meta lançada pela Assembleia Mundial da Saúde (PAIM, 2000, p.43).

São vislumbradas na América Latina algumas tentativas de superação do Paradigma Flexneriano<sup>9</sup> em favor do retorno da medicina simplificada. Aliada a esse

---

<sup>9</sup> O paradigma Flexneriano, como ficou conhecido no meio acadêmico, provém de um trabalho, (Relatório Flexner) realizado pelo Professor americano Abraham Flexner para a Fundação Carnegie de Educação Médica, após visita a 155 escolas de medicina americanas. Nesse documento, publicado em 1910, Flexner criticava a medicina da época, apoiado em alguns pressupostos ideológicos, como no mecanicismo (homem comparado a uma máquina), no biologicismo (origem biológica das doenças), na tecnificação da ação médica, no individualismo (desconsideração dos aspectos sociais), na valorização das especializações médicas e na ideia da medicina curativa. Mediante essa crítica o Paradigma

movimento a política educacional de integração docente-assistencial<sup>10</sup> vai constituindo mais uma tentativa de aproximar os discentes à realidade da saúde pública.

Nesse contexto é concebida a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que vivificada por uma materialidade política, econômica e social em crise, empreende 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. Como menciona Frigotto:

Reivindicam-se a universalização da saúde e da educação não como mercadorias, mas em sua dimensão integral e integrada, e uma formação humana politécnica que alie as dimensões científico-técnicas, ético-políticas e culturais, em contraposição às perspectivas tecnicistas e adestradoras da educação dos anos da ditadura (2008, s.p.).

Dessa forma, não era suficiente superar os modelos discriminatórios que limitavam o gozo dos direitos de cidadania referentes à saúde dos indivíduos, tais como o direito à assistência à saúde prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que deixava fora de sua abrangência o atendimento a maior parte da população, uma vez que tinha como competência assistir apenas os trabalhadores com carteira assinada. A Reforma trazia, em seu conjunto de propostas de mudança, o combate à lógica da cidadania regulada que diferenciava os brasileiros em *os com direitos e os sem*. Entre suas reivindicações a universalização da saúde e da educação eram imprescindíveis.

Propôs um novo entendimento sobre os conceitos de saúde e de educação em saúde sustentado por uma base teórico-ideológica marxista em oposição à base teórica ideológica positivista<sup>11</sup>, consubstanciada na medicina flexneriana.

---

Flexneriano propunha os seguintes encaminhamentos: “definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino; controle do exercício profissional pela profissão organizada” (CAMARGO, 1996, p.47-52).

<sup>10</sup> O MEC define o Programa de Integração Docente-Assistencial como a “A união de esforços em um processo crescente de articulação entre instituição de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino” (BRASIL, 1981).

<sup>11</sup> A base ideológica positivista influenciou, sobremaneira, a constituição das ciências da saúde. O positivismo como concepção se estendeu a vários campos do conhecimento com o intuito de generalizar os seus princípios. Augusto Comte construiu a concepção filosófica positivista com base na teoria dos três estados. Por essa teoria o espírito humano, a sociedade e a cultura haviam passado por três fases: a

No entendimento de Paim (2000), a RSB pode ser analisada em quatro momentos, o da ideia, o da proposta, o do projeto e o do movimento, no entanto, ele adverte que para se expandir avidamente nos segmentos da sociedade, a reforma uniu-se às questões da defesa da democracia e dos direitos sociais, propondo nessa luta um novo projeto para a sociedade brasileira. Para o autor, o momento da ideia foi marcado por três acontecimentos: A publicação da tese “O Dilema Preventivista”<sup>12</sup> do médico Sergio Arouca em 1975, uma das principais lideranças no movimento da RSB, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)<sup>13</sup> em 1976 e, em 1979, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>14</sup>. Acrescento, também, como acontecimento importante nesse momento a publicação de “Medicina e Sociedade”<sup>15</sup> de Cecília

---

teológica, a metafísica e a positiva. Segundo Comte a origem das ciências positivas residia nessa última fase e por meio de uma construção ordenada e hierárquica, partiu da matemática, sendo acompanhada, após, pela física, química, astronomia, biologia e sociologia. Rizzotto refere que “o método positivista influenciou de maneira radical o desenvolvimento da Medicina, na compreensão do que seja o *normal* e o *patológico*, e na forma de estudar e tratar o processo saúde-doença”. O estudo sistemático das doenças, seus sintomas e sinais foram se realizando pela observação e experimentação e pela comparação e acompanhamento de suas evoluções nos seus diversos estágios. Nessa perspectiva Rizzotto refere que a medicina e as demais ciências da saúde reduziram a sua interferência no tratamento dos “sintomas e de suas causas, sem se preocupar com os outros fatores que pudessem provocar alterações no processo saúde/doença” (RIZZOTTO, 1999, p. 37-38). Nessa perspectiva as múltiplas determinações do processo saúde doença são desconsideradas. O postulado positivista, caracterizado pela produção *objetiva e neutra* do desenvolvimento do conhecimento, imbricado nos interesses do capital, vai constituindo seu caminho ideológico em todas as áreas. Na área da saúde contribui enormemente para encobrir as reais necessidades sociais, na medida em que a visão reducionista do processo saúde- doença sob o enfoque biologicista é a que prevalece. O pensamento positivista permeou o campo da medicina moderna, a fragmentação do saber médico, a pseudoneutralidade científica e todas as racionalidades que vão ao encontro do capital.

<sup>12</sup> Esse trabalho, pioneiro no campo da medicina, constituiu a Tese de Doutorado do médico Sérgio Arouca. Nesse estudo o médico dialoga com conceitos marxistas e com as formulações de Michel Foucault referidas na obra “A Arqueologia do Saber”, escrita por esse filósofo. A Tese de Arouca traz uma crítica contundente sobre a concepção liberal e individualista que fundamentava a medicina preventivista brasileira, assinalando suas fragilidades teóricas ao mesmo tempo em que ressalta a abordagem histórica como fundante nas análises dos determinantes sociais na saúde pública. Esta obra encontra-se disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>. Acessado em 08-08-10.

<sup>13</sup> O Cebes foi criado em 1976. Tem como objetivo prioritário a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Reune profissionais e estudantes, produzindo conhecimentos a partir de prática política concreta por meio dos movimentos sociais, das instituições do país e do parlamento brasileiro. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/>. Acessado em 16-03-2013.

<sup>14</sup> Em 1979 na I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública técnicos, profissionais, alunos e professores da área da Saúde Coletiva fundaram uma associação para reunir os interesses dos vários cursos de pós-graduação da área: a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. A ABRASCO foi criada para atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva e para ampliar o diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais bem como com a sociedade civil. Disponível em: <http://abrasco.org.br/sobre/>. Acessado em 16-03-13.

<sup>15</sup> O trabalho “Medicina e Sociedade” de Cecília Donnangelo investigou a organização do setor de produção dos serviços de saúde, a partir dos aspectos: legais, históricos e sociológicos, possibilitando a

Donnangelo. Na sequência Paim aponta que o momento “proposta” constituiu um “conjunto articulado de princípios e proposições políticas” divulgadas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados em que foi levantada, pela primeira vez, a criação do SUS num documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”. Paim caracterizou o terceiro momento “projeto” como o da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 e, por fim, o quarto momento seria o que denominou de “movimento” que destaca como sendo o momento valorizador de “um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais” em defesa da democratização da saúde. (PAIM, 2008, p.92-93).

Nessa conjuntura de movimentos ético-políticos, sociais, culturais e de consequentes rupturas conceituais sobre a saúde e educação em saúde propiciada pelas contradições do sistema capitalista, é proposta uma nova Carta Constitucional em 1988 para o país, que expressa em seu texto, mesmo que formalmente, direitos sociais e garantias fundamentais.

Mundialmente, as relações sociais capitalistas vão desfigurando as políticas econômicas e sociais orientadas pelo keynesianismo<sup>16</sup>. As configurações neoliberais da agenda capitalista e a superação, em parte, do fordismo<sup>17</sup> em direção à produção flexível modificam, como expressa Melo

o processo de ocidentalização em todo o mundo; tanto em suas condições objetivas - em relação às mudanças nas forças produtivas, com a incorporação cada vez mais intensa da ciência e tecnologia ao trabalho, em relação à própria organização do trabalho - quanto em suas condições subjetivas- com a ampliação do protagonismo das massas; tanto em relação à socialização do trabalho quanto à socialização da participação política (MELO,2004, p.152).

---

interpretação de algumas questões dessa organização como resultado das relações de classe configuradas na área urbano industrial da sociedade brasileira (BRASIL, 2004<sup>a</sup>, p. 26)

<sup>16</sup> Corrente que defendia a intervenção do estado para manter equilíbrio na economia. O Keynesianismo também conhecido como "Estado de Bem-Estar Social" guiou a política econômica desde o fim da II Guerra Mundial. A crise do sistema capitalista em 1929 põe à prova a ideia dos neoclássicos de que a economia podia se autorregular. Mediante as quebras de muitas empresas o caminho foi o da intervenção do Estado na economia, ou seja, o financiamento pelo Estado da economia capitalista.

<sup>17</sup> O processo de produção fordista ancora-se na linha de montagem relacionada à esteira rolante que impede o deslocamento dos operários e mantém um curso contínuo e gradual das peças e partes, permitindo a diminuição dos tempos mortos, e, portanto, da porosidade (ALVES, 2005).

Enquanto o campo conjuntural da sociedade brasileira vai assumindo outros contornos, favorecido por alguns ganhos sociais para a população, no campo estrutural<sup>18</sup> vai se constituindo cenários de efervescentes mudanças políticas, estimuladas pela crise do socialismo real e pela ascensão de políticas neoliberais, no final dos anos oitenta.

As mudanças sócio-econômicas, a reestruturação produtiva e a mundialização do capital (CHESNAIS, 1996) vão sedimentando uma nova ordem do capitalismo cujos valores, habilmente veiculados pelos monopólios dos meios de comunicação vão produzindo, rapidamente, mudanças culturais.

Os organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), acompanhando o ritmo ampliado do capital, imprimem em suas ações de apoio aos países de capitalismo dependente (Fernandes, 1975) os princípios e valores da nova ordem capitalista neoliberal<sup>19</sup>. Por meio de suas agências vão dando forma a um conjunto de planejamentos sociais que aprofundam cada vez mais os vorazes interesses do capitalismo.

Seguindo as diretrizes do FMI e do BM para os países de capitalismo periférico, o Estado brasileiro viabiliza a abertura irrestrita do mercado nacional, o fim da reserva de mercado da informática, a privatização das empresas estatais e o desmonte do aparato da ciência e tecnologia, instalado nos anos de desenvolvimentismo. A derrocada do Estado, inspirado no modelo de bem-estar social, precariza conseqüentemente as políticas sociais públicas e estimula sua privatização (NEVES, p. 91-92, 2005).

---

<sup>18</sup> Segundo Frigotto para uma análise na perspectiva do materialismo dialético de um fenômeno social é vital compreender a relação entre os elementos estruturais e conjunturais que o definem. Nesse sentido o autor refere que: “O campo estrutural fornece a materialidade de processos históricos de longo prazo e o campo conjuntural indica, no médio e no curto prazo, as maneiras como os grupos, classes ou frações de classe, em síntese, as forças sociais disputam seus interesses e estabelecem relações mediadas por instituições, movimentos e lutas concretas” (FRIGOTTO, CIAVATTA, 2006, p. 27).

<sup>19</sup> A corrente neoliberal interpreta as crises econômicas como resultante da intervenção ineficiente do Estado na economia. Segundo Frigotto (1996), esse argumento constitui a tese central do neoliberalismo. O mercado deve regular-se a si mesmo, a partir da privatização e liberação da economia. Para essa corrente a superação das crises na economia estaria no Estado mínimo e na necessidade de questionar as políticas e programas sociais, como programas de seguridade social, políticas de estabilidade no emprego, direitos sociais à saúde, educação, lazer, controle de preços agrícolas. Nessa perspectiva o Estado deve tornar-se mínimo para o financiamento dos direitos sociais básicos, porém máximo para reprodução do capital.

Em meio a essa realidade inspirada pela cartilha neoliberal, a satisfação dos direitos à saúde, à educação, ao trabalho, ao transporte, entre outros, saem do prisma da responsabilidade social do Estado para a responsabilidade e escolha individuais. Quanto à saúde, Stotz menciona que:

A concepção de saúde (a noção do que deva ser saúde) passou a ser socialmente demarcada, em termos positivos, pelas aspirações individuais ou de grupos, construídas consensualmente ou impostas, em torno de ideais de vida saudável e, no limite negativo, pela doença, incapacidade ou sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos (2009, p. 2).

Em direção oposta à concepção acima descrita, os articuladores do movimento pela RSB, inspirados pela teoria marxista, reforçam suas proposições em direção à compreensão da saúde como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem com a natureza e em sociedade na produção de sua existência.

Em conformidade com esse entendimento, Lima menciona que em 2002 em entrevista à Revista Radis da Fundação Osvaldo Cruz, publicada um ano após na Revista Trabalho Educação e Saúde, Sergio Arouca, um dos principais ativistas nos movimentos pela reforma da saúde no país, diz que “a sua luta naquele momento, em 2002, era pela retomada dos princípios da reforma sanitária, pois na sua avaliação ‘a reforma acabou se resumindo à criação do Sistema Único de Saúde’ - SUS” (2007, p. 2).

A busca pela perspectiva ampliada do conceito de saúde produziu, ao longo das últimas décadas, a necessidade de uma ressignificação do processo de trabalho e da produção da assistência em saúde. As resistências ao forte segmento médico-industrial, amplamente patrocinado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, a oposição ao modelo de formação biologicista, com ênfase na especialização e no conhecimento fragmentado do processo saúde-doença, foram ativando novas ideias e propostas que passaram a ser sintetizadas pelos movimentos sociais, pelos sindicatos e pelas forças progressistas da universidade.

Nesse sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constituiu um dos espaços mais expressivos de ativações de mudanças no modo de pensar a saúde no Brasil. Neste evento mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil problematizaram acerca de um novo entendimento de saúde para o país, garantindo na Carta Constitucional Brasileira de 1988, por meio de emenda popular, *a saúde como direito do cidadão e dever do Estado*. O conteúdo textual produzido na 8ª Conferência resulta no nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RSB, portanto, significou o reverso dos reformismos setoriais empreendidos pelos organismos internacionais, entre esses, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial (BM) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que se orientaram, como já referi acima, por um ideário propiciador do projeto neoliberal para a América Latina.

Paim referindo-se às proposições da RSB assinala que: “Na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público, mediante a ação dos movimentos sociais e a criação dos dispositivos legais, é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (2009, p. 40).

Com origem, portanto, nos movimentos sociais, pleno de princípios e diretrizes que o credenciam como um sistema público de saúde exemplar para o mundo inteiro, o SUS tem enfrentado inúmeras dificuldades para cumprir tudo que lhe compete.

Garantido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90<sup>20</sup> que determinam os princípios legais para o funcionamento de sua rede assistencial, o SUS é orientado pelo atendimento integral, pela priorização das ações preventivas, entre essas, as ações de vigilância sanitária<sup>21</sup>, vigilância epidemiológica<sup>22</sup>, saúde do trabalhador<sup>23</sup>, sem o descuido das ações assistenciais, pelo controle da

---

<sup>20</sup> A 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. A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

<sup>21</sup> A Lei 8080/1990 no Art. 6º, inciso XI, § 1º, define Vigilância Sanitária como “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas de processo, da produção ao consumo; II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (BRASIL, p. 10, 2002).

<sup>22</sup> A Lei 8080/1990 no Art. 6º, inciso XI, § 2º define a vigilância epidemiológica como: um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

<sup>23</sup> A Lei 8080/1990 no Art. 6º, inciso XI, § 3º define a saúde do trabalhador como: “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do

população sobre os serviços oferecidos e pela descentralização, mas com direção única em cada esfera de governo.

Conforme o artigo 8 da Lei 8.080/1990, a direção do SUS se viabiliza na União pelo Ministério da Saúde, nos Estados ou Distrito Federal pelas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, nos Municípios pelas Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente.

Embora o sistema represente de um lado, um avanço legal na universalização do direito à saúde, de outro é diminuído em sua potência pelos interesses corporativos do setor privado da saúde e das políticas neoliberais de mercado, potencializadas desde os anos noventa.

Paim refere que o “SUS é apenas uma das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde da população brasileira. Ao lado dele, políticas econômicas, sociais, ambientais são fundamentais para a promoção da saúde e para a redução dos riscos e agravos” (2009, p.75).

Essa realidade inóspita à concretização do SUS enfraquece o seu funcionamento e credibilidade. Essa imagem é fortalecida no senso comum produzido pelos interesses privatistas de que o SUS não constitui o melhor caminho para resolver os problemas da saúde. Nessa direção Gramsci refere que “o senso comum não é algo rígido e imóvel, mas se transforma continuamente, enriquecendo-se com noções científicas e com opiniões filosóficas que penetraram no costume” (2001, p.209).

O SUS, como sistema, não é único como lembra Paim (2009), convive ainda com outros serviços de saúde, tais como os serviços oferecidos pelas Forças Armadas (hospitais militares, policlínicas, postos de atendimento ambulatoriais), os serviços das Redes de hospitais sem fins lucrativos, como o de Brasília: Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Santas Casas de Misericórdia, a de Porto Alegre, por exemplo. Além dessas instituições há o SAMS – Sistema de Assistência Médica Supletiva que

---

trabalhador; IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

compreende os planos de saúde, o SDD - Sistema de Desembolso Direto – atendimento pago diretamente do usuário ao prestador.

Sobre essa situação, Lima contribui com uma análise interessante sobre o SUS, referindo que a privatização na área da saúde se dá de duas formas que se complementam: “uma que inspirado em Arouca, denomino ‘a universalização do privado’ e a segunda denominada por Correa (2000), de ‘universalização excludente’” (LIMA, 2007, p. 4). A primeira refere-se à lógica assistencial do SUS que se pauta na atenção hospitalar. Como nem todos os municípios possuem hospitais, o sistema apela para processo de terceirização que se realiza, sobretudo, nos serviços privados de saúde de natureza filantrópica. Essa situação também se repete nos serviços de diagnóstico e terapia.

Nessa perspectiva, sendo a maioria da assistência hospitalar pertencente ao setor privado, cada vez mais o campo privado, na condição de complementar aos serviços públicos de saúde, se expande deixando para o sistema público a demanda menos onerosa, ou seja, a assistência ambulatorial e a da rede básica de serviços, fatia que não é cobiçada pelo setor privado devido à baixa lucratividade.

Essa forma de funcionamento do sistema está determinada na Norma Operacional Básica (NOB/96) de 1996<sup>24</sup> do Ministério de Saúde, que propõe o oferecimento de um pacote de serviços de saúde pelos Municípios, focados na estratégia dos Programas de Saúde da Família (PSF)<sup>25</sup> e nos PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)<sup>26</sup>. Resta para os serviços mais caros em saúde, a saída do financiamento.

---

<sup>24</sup> Norma Operacional Básica (NOB) é a ferramenta normativa infra legal maior de operacionalização dos preceitos da legislação referente ao SUS. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.A> NOB/96 está disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>. Acessado em 24/10/2010.

<sup>25</sup> O Programa Saúde da Família – PSF constitui uma das proposições do governo federal dirigido aos municípios para a implantação da atenção básica em saúde. Iniciou em 1994. Propõe a integração entre ações preventivas e curativas e representa uma das principais estratégias do SUS para reorganização da atenção básica. Conta o trabalho de equipes formadas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Criado, inicialmente, como um programa, o PSF passa a ser uma estratégia que não tem prazo de duração. O PSF consolidou-se nos pequenos municípios que não possuem uma razoável estrutura de serviços de saúde. Nas grandes metrópoles e capitais a estratégia de saúde da família ainda enfrenta uma série de entraves para o seu pleno funcionamento. Tais dificuldades residem na falta de integração na rede de assistência, desarticulação entre os níveis de atenção, no despreparo dos trabalhadores para o enfrentamento das questões de promoção, prevenção de danos e riscos e para o cuidado integral (PAIM, 2009).

<sup>26</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS constitui parte da estratégia da Saúde da Família, foi criado em 1991. Nos municípios que não contam ainda com um serviço de PSF, o PACS representa um serviço pré à implantação do Programa de Saúde da Família. O trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde (ACS) é coordenado por um enfermeiro de uma unidade básica de

No tocante a essa situação, Rizzotto ao analisar as propostas do BM para a saúde no Brasil referiu que: “O Banco faz uma defesa da participação da rede privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil, com duras críticas à preferência dada, pela Constituição Brasileira, às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos” (2000, p. 154-155).

O reforço à privatização do que deveria ser público, desde a origem da proposição do SUS, vai confirmando o projeto neoliberal de sociedade para a saúde, induzido pelas propostas econômicas, políticas e sociais do BM para o Brasil.

A outra questão apontada por Lima (2007) a ‘universalização excludente’ está relacionada com o exíguo financiamento do SUS, fomentado pelas políticas neoliberais que, paulatinamente, vai liquidando a garantia de sustentabilidade da rede de assistência, com a agravante desvalorização das políticas salariais dos trabalhadores da saúde.

Essa situação acabou afastando dos serviços públicos de saúde uma boa fatia dos usuários, gerando o avanço do mercado privado, que *vem com tudo* para suprir a incapacidade produzida habilmente pelo estado capitalista de que o que é público não presta.

A imagem do público, arranhada ideologicamente, acaba afastando um segmento de usuários que apela para o crescente mercado de serviços privados em busca de uma pseudo garantia<sup>27</sup> de bom atendimento. Pires refere que:

O sucateamento da rede pública e o aumento dos custos dos serviços de saúde, de modo que apenas uma parcela muito pequena da população pode pagar diretamente por eles, fizeram com que cada vez mais pessoas

---

saúde que possui as principais especialidades médicas tal como pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia, além de demanda espontânea e/ou encaminhada por unidades elementares de saúde. Para ser ACS, a pessoa tem que pertencer à comunidade em que atua. Tem como atribuição entre outras, a realização de visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade buscando informações que fornecerão um panorama dos problemas de saúde em sua comunidade. Como um elo entre o SUS e a comunidade, o desempenho de suas atribuições facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde (PAIM, 2009).

<sup>27</sup> Entende-se por *pseudo garantia de um bom atendimento*, aquele serviço que em sua aparência parece compor-se dos atributos anunciados pela prestadora do serviço, no tocante à uma cobertura adequada às condições contratadas pelo cliente. As empresas que operam com convênios de saúde desenvolvem o seu negócio na lógica do melhor ganho financeiro, do custo e do benefício. O pacote vendido ao cliente está estruturado a partir dessa determinação financeira de mercado. Os planos de pagamentos dos convênios de saúde são calculados a partir de “pesquisas sobre a epidemiologia das doenças, por faixa etária e região do país” (PIRES, 1998, p.100). Nessa forma de cálculo estão embutidos os fins lucrativos esperados pelo investimento da empresa. De acordo com a flutuação da economia a qualidade do serviço oferecido nem sempre é a do contrato.

recorressem às diversas modalidades de convênios de saúde, provocando o “boom” de crescimento (PIRES, 1998, p.100).

A compra de serviços privados de saúde pelos trabalhadores, que percebem uma remuneração razoável faz com que o setor privado cresça assustadoramente, ficando para o sistema público o segmento de serviços de saúde de baixa complexidade que não rendem dividendos atraentes para o investimento capitalista. São os serviços que ocupam a base da organização piramidal do sistema que classifica a atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, sendo esses dois últimos identificados como de média e alta complexidade.

Essa classificação reproduz a ideia de que é complexo o serviço que oferece especialidades e que emprega um maior contingente de equipamentos tecnológicos. Esse entendimento, no entanto, é falacioso. A atenção primária, considerada como a porta de entrada do usuário, requer protocolos, conhecimentos especializados e tecnologias relacionais amplamente complexas se entendermos a saúde de forma ampliada em que não basta aos profissionais detectarem onde reside o entrave no funcionamento do corpo, mas de fato onde e como vive esse ser humano possuidor desse corpo, quais os determinantes e condicionantes sociais que o envolvem. De que maneira estabelecer o vínculo com o usuário que procura o posto de saúde mais próximo? Como capturar os sentidos desse vínculo para transformá-los em práticas de saúde que respondam aos problemas trazidos pelo usuário? Como promover a saúde deste ser social datado e situado? Como estabelecer um diálogo profícuo, em que profissional e usuário se corresponsabilize pelos projetos terapêuticos de saúde acordados, trazendo para esse diálogo outros interlocutores da comunidade, por meio das estratégias e mecanismos apontados pelo próprio sistema?

Engrossando esses questionamentos e dificuldades, a fragilização do setor público de saúde é fortalecida, como já assinalado, pelas recomendações da agenda de apoio financeiro do BM ao Brasil. Entre as orientações do BM para as políticas de financiamento dos serviços de saúde, no final dos anos oitenta, no documento denominado “*Financing health services in developing countries: an agenda for reform* (Financiando serviços de saúde: uma agenda para reforma), há uma proposta de redução da responsabilidade dos governos no financiamento dos serviços de saúde” (MATTOS, 2001, p.384).

As proposições das agendas internacionais de apoio financeiro aos países Latino-Americanos, impregnadas pelo viés das relações capitalistas, vão distanciando da

realidade do sistema os caminhos pensados na RSB. As recomendações que vinham sendo construídas pela OMS e, em relação aos países da América, pela OPAS vão sendo asperamente vilipendiadas pelas determinações do BM. Segundo Lima:

A agenda do Banco Mundial para a saúde vai se inscrever exatamente nessa ofensiva de recuperação de serviços sociais para empresas privadas, propondo a mercantilização de tais serviços. Isso constitui um dos móveis de crítica que atualmente se faz ao Estado do Bem-Estar Social em todo o mundo, motivado pelo interesse em controlar o fundo público destinado ao setor saúde. Há dados que demonstram a importância da participação dos gastos em saúde no PIB nacional dos países capitalistas centrais. Desse ponto de vista, o próprio princípio de universalidade que se inscreveu na Constituição brasileira de 1988 é utilizado como justificativa para se ampliar a cobertura dos planos e seguros privados de saúde, já que o investimento público no país é precário (2007, p. 7).

Mediante essa lógica, os serviços privados de saúde vão se espalhando nas veias estruturais do sistema público de saúde, incentivados pelas políticas neoliberais nacionais e internacionais.

Nessa dimensão, a população vai sendo cada vez mais espoliada em seus direitos, tendo que pagar a conta, quando a sua materialidade de vida e de trabalho lhe permitem, várias vezes, seja pelos impostos, seja pelos convênios privados, para ter o acesso aos serviços de saúde.

O direito à saúde para todos, proposto formalmente pela Lei do SUS, acaba sendo usado como justificativa formal para o acesso à saúde, só que por caminhos privados e destinados a uma fatia pequena de brasileiros.

A maioria do povo, por ter no SUS a única possibilidade de atenção à saúde, vai engrossando as filas do sistema fragilizado que o faz esperar anos a fio pelo atendimento as suas necessidades mais complexas de saúde. Essa situação, segundo Paim, se deve, entre outras razões, “à distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde, especialmente número de estabelecimentos e de trabalhadores de saúde” (2009, p.89).

Trabalhando num hospital, convivemos todo o dia com a presença de várias lotações (transporte coletivo) vindos do interior apinhadas de usuários, com a superlotação na emergência, com muitas macas, desumanamente posicionadas lado a lado, com pacientes, em agonia, mal acomodados em cadeiras, sentindo além da dor no corpo, a dor moral pelo longo tempo de espera por um atendimento que possa aliviá-lo. Todo esse elenco de mazelas somado às difíceis condições de trabalho dos profissionais.

Há dois anos, uma paciente surpreendeu o país com sua atitude. Exausta pela espera extenuante do atendimento médico, na superlotada Unidade de Emergência do HCPA, acomodou-se em um armário da unidade, onde passou a noite. Ao perguntarem sobre as razões que motivaram tal atitude, a senhora respondeu que ao buscar um lugar para descansar considerou o armário a melhor opção. Neste ano foi feita uma reforma nas instalações de tal serviço, bem como uma reorganização em seu funcionamento no sentido de minimizar a situação de superlotação e a conseqüente impossibilidade de um atendimento digno para os pacientes. Essas tentativas de melhoria, no entanto, não passam de medidas paliativas. No dizer de Paim “a baixa efetividade da atenção básica leva à sobrecarga das demais instâncias com aumento da tensão entre os níveis de complexidade da atenção, implicando a persistência de mecanismos de seletividade e iniquidade social” (2008, p.99). O atendimento integral preconizado no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, ainda está distante de acontecer de acordo com o ideário da RSB.

A maioria da população brasileira, que não está abrigada por um convênio particular o que lhe asseguraria certa agilidade no atendimento, na tentativa de buscar um encaminhamento efetivo para os seus problemas de saúde busca um lugar no sistema, as unidades de pronto atendimento, em que terá uma possibilidade mais rápida de diagnóstico e posterior acompanhamento terapêutico, mesmo que, para lograr tal resultado, tenha que se submeter a uma longa fila de espera, comprimida entre 150 pacientes numa unidade de Emergência como a do HCPA, que está preparada para atender apenas 49 pacientes adultos e nove pediátricos.

No ano passado, ao realizar um acompanhamento pedagógico de funcionários da enfermagem recém-admitidos no Serviço de Emergência, presenciei uma situação dolorosa vivida por uma paciente de 84 anos que acometida de uma doença grave teve que aguardar por horas a fio, num ambiente insalubre pelo excesso de pessoas acometidas pelas mais diversas patologias, por uma consulta e a conseqüente internação após o diagnóstico.

Apesar de a paciente idosa ter esperado pela consulta mal acomodada em uma cadeira, pois não havia uma maca disponível, agravando o seu estado pela debilidade de seu corpo e de sua alma, mesmo assim agarrou-se com todas as forças que ainda dispunha daquela remota chance que tinha para não sucumbir de vez. Movida pela

esperança de aliviar sua dor, a partir da internação num hospital, finalmente chegaria ao diagnóstico e a uma possibilidade de cura. Foi o que referiu para os profissionais.

Após um longo tempo de espera ela foi atendida e colocada numa maca que vagou, onde ela permaneceu por mais ou menos duas semanas fazendo exames e sendo medicada, até ser transferida para uma unidade clínica do hospital, a fim de continuar o seu tratamento em melhores condições de cuidado.

É importante assinalar que as unidades clínicas também estão repletas de pacientes, em torno de 45 por unidade, ficando cada profissional da enfermagem com mais de 08 pacientes para cuidar, o que torna inviável a realização de procedimentos de acordo com todas as determinações previstas nas metas internacionais de segurança para o paciente, preconizadas pela OMS.

Todo esse caos propiciado pela sobrecarga de trabalho, pela tensão, frustração e insegurança, pois a qualquer momento o trabalhador poderá cometer um erro fatal no cuidado ao paciente, de certo modo, cria fortes barreiras para os trabalhadores na busca de uma boa prática do processo de trabalho desejado e almejado nos fundamentos que embasam a lei do SUS.

Essa situação leva a um cuidado massificado, em que o paciente passa a ser mais um e não um indivíduo com sua história clínica e social de vida. O trabalhador, pelo excesso de demandas, vai produzindo o cuidado da forma que pode. Não há integração entre a concepção e execução do cuidado. Cada um trabalha por si, numa produção linear, onde a integração entre os diversos profissionais é demasiado rarefeita. Em meio a esse panorama negativo, tornar o SUS sustentável passa por inúmeras proposições de mudanças tanto no conteúdo, quanto na forma de conceber e fazer saúde como veremos mais adiante.

Paim assinala que o SUS constitui a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros. Há 41,4 milhões de beneficiários de planos de assistência médica e 11,3 milhões de beneficiários de planos odontológicos. Mas é importante lembrar que, de uma forma ou de outra, a maioria da população já recorreu ou vai recorrer ao SUS. Ele ainda alerta que: “tanto o Serviço de Assistência Médico Social, quanto a medicina liberal e empresarial não vinculados ao SUS, são subsidiados pelo governo federal, mediante renúncia fiscal via abatimentos de despesas médicas no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (2008, p.85).

Na realidade o conveniado particular acaba pagando duplamente a conta para ter um plano privado de assistência, que por sua vez se locupleta com a ajuda do Estado.

Para acessar a um serviço de saúde relativamente sem espera o indivíduo se submete a elevados valores mensais depositados diretamente na conta das empresas privadas de seguros de saúde.

Além de o usuário contribuir, via impostos, para a manutenção do sistema público de saúde, para o qual o acesso é demorado, paga mais de uma vez para ter outro tipo de oferta. Segundo Lima

desde a década de 1980 os estudos indicam que a demanda por serviço supletivo de saúde já é um componente implícito das negociações entre capital e trabalho. Essa demanda por assistência médica diferenciada, por formas de seguro e serviços próprios nas empresas, torna-se um item cada vez mais forte na agenda de negociação coletiva dos trabalhadores mais organizados (2007, p. 07).

A questão assinalada acima descaracteriza ainda mais o modelo assistencial público e universal enfraquecendo-o. Também diferencia os modos de acesso aos serviços de saúde, conforme o tipo de emprego ou condição econômica do usuário.

Outra limitação do SUS se instaura em sua própria organização. Para o enfrentamento desse aspecto, o sistema tem procurado avançar na regionalização da rede de serviços. Nessa procura encontra sérios desafios na reestruturação do modelo de atenção, sobretudo, no que diz respeito à concretude de seus princípios inspiradores, o princípio da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização social e da participação social<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> *O princípio da Universalidade* propõe o direito à saúde para todos, com acesso em todos os níveis de assistência à saúde. *O princípio da Integralidade* à assistência propõe um conjunto articulado e permanente de ações e serviços preventivos e curativos tanto individuais como coletivos necessários para cada situação de saúde na totalidade dos níveis do sistema. *O princípio da equidade* propõe o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde assegurados pela Constituição Federal Brasileira de 1988. (PAIM, 2009, p. 56-57). *A participação social* se dá pela inclusão de sujeitos sociais na gestão do SUS na qualidade de partícipes nos debates, formulação e fiscalização das políticas praticadas pela Saúde Pública brasileira. A participação popular está garantida constitucionalmente e representa para o SUS a transparência de sua gestão, o comprometimento coletivo e a efetivação dos resultados. A participação popular nos municípios se concretiza pelos meios previstos legalmente, tais como nas Conferências Municipais de Saúde, nos Conselhos Municipais de Saúde, nos Conselhos Gestores de Serviços e também nas reuniões de grupos por áreas de afinidade. Nas questões dos órgãos internos do SUS os processos participativos são importantes, como as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada e outras. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=455&letra=](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=455&letra=). Acessado em: 31/10/10. *A descentralização social* trata do processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e municípios, cumprindo a determinação da Constituição Federal e outras determinações legais do SUS. O processo de descentralização define as atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1353](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1353). Acessado em: 31/10/10.

Embora as dificuldades mencionadas, presenciamos medidas para humanização da atenção, como a Política Nacional de Humanização da Atenção-PNHA e Gestão do SUS, (HumanizaSUS)<sup>29</sup>. Essa política conta com orientadores técnicos de Brasília e consultores nos Estados, Municípios e Instituições de Saúde, apoiadores das atividades de cooperação, desenvolvimento de projetos e outras propostas inovadoras para melhoria do modelo de atenção e gestão do SUS, na perspectiva de seus princípios. A operacionalização dessa política se dá pelo oferecimento, aos gestores, de dispositivos, tecnologias e outros meios para concretização da humanização nos serviços. De acordo com Paim:

Diversos estudos e relatos de experiências têm apontado as possibilidades de mudança dessas iniciativas, mesmo diante da escassez de recursos. Todavia, a descontinuidade administrativa por questões político partidárias e a rotatividade de profissionais e trabalhadores de saúde, decorrente de contratos de trabalho precários, restringem as potencialidades dessas iniciativas (2009, p. 91-92).

Outro aspecto a ressaltar é que o fenômeno da mundialização do capital passa a limitar, sobremaneira, a sustentabilidade financeira do SUS. Os serviços sociais ficam ao sabor do vento da economia, em que se destacam “as medidas de caráter compensatório, deixando para segundo plano o sistema de proteção social universal” (LIMA, 2007, p. 9).

---

<sup>29</sup> A PNH tem como princípios: “A valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações: negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.); o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; a corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Tem como objetivos: Reduzir as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; Inteirar o usuário do SUS sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e qual a rede de serviços responsável por sua referência territorial e atenção integral; garantir aos usuários por meio das unidades de saúde, informações gerais sobre saúde, os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sócio familiar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; Garantir nas unidades de saúde a gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); implementar atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.(BRASIL, 2006).

Por outro lado, o SUS, ao longo de seus vinte e três anos, vem convivendo com interesses partidários e clientelismos num Estado que ainda não avançou na perspectiva do longo processo de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais pensadas durante a redemocratização do país e da Reforma Sanitária Brasileira. A saúde proposta pela Constituição Brasileira como *um direito de todos e dever do Estado* está imersa sobre uma materialidade contrária à prática desse mandamento legal.

Os resultados da caminhada em torno de um novo modelo de atenção conduzido pelas forças progressistas, traduzidas na crescente organização dos trabalhadores da saúde e na expressiva participação dos usuários, estimulados pelas mobilizações que amadureciam em torno da abertura política e no intenso movimento de sanitaristas, vão diminuindo em potência na materialidade de um processo democrático limitado e socialmente abalado no decorrer da década de noventa. Não obstante a regulação prevista na Lei 8.080/1990 e seus princípios amplamente inspiradores de um Sistema Único de Saúde de amplos direitos sociais, as situações: econômica, social política e cultural brasileiras vão impedindo que o sistema deslanche como o proposto pelo movimento social, creditado formalmente em lei. Ao contrário do período efervescente de lutas pela democratização da sociedade, o fim da década de oitenta e início da década de noventa convive com a agenda neoliberal em franca expansão traduzida na mundialização do capital, no reino da liberdade de mercado e na reestruturação produtiva<sup>30</sup>. Tal década como refere Frigotto “foi de profunda regressão no plano dos direitos sociais e subjetivos. Transitou-se da ditadura civil militar para uma ditadura de mercado” (2006, p. 44).

Contudo, os estudiosos e militantes da RSB, entre eles, Paim considera que: “A conquista da sustentabilidade institucional e da sustentabilidade política aponta para a necessidade da construção de um ‘bloco histórico específico’” (PAIM, 2009, p. 117).

Nesse sentido, Paim (2009), acompanhado pelas considerações de outros sanitaristas do país, que militam pela concretização das proposições da RSB, refere que a saída para o fortalecimento do SUS, tal como foi projetado, necessita reunir forças na sociedade civil e política, nos diversos canais de discussão da saúde, tais como: no

---

<sup>30</sup> Segundo Santos a “reestruturação produtiva se expressa pela adoção de novas tecnologias que se articulam com as novas formas de organização e de gestão da produção e se baseia, fundamentalmente, no modelo japonês – o toyotismo”. Refere ainda que a reestruturação produtiva caracteriza-se pelo acentuado desemprego não só de operários como de outros trabalhadores que ocupam posições mais elevadas nas organizações empresariais, além de produzir consequências no modo de vida e de trabalho dos trabalhadores. (SANTOS, 2005, p.5-7).

Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, no Ministério Público, nos órgãos de administração da saúde em todas as esferas do governo, no CONASS<sup>31</sup>, no CONASEMS<sup>32</sup>, no poder legislativo, entre outros, pela defesa do SUS. E acrescento que a luta por um SUS passa, também, por políticas públicas de educação em saúde que estejam afinadas com o preconizado nos princípios e diretrizes do sistema<sup>33</sup>.

A luta contra-hegemônica em favor do SUS vai se constituindo tanto nos níveis político social, quanto institucional. Matta menciona que “entre as lutas, pode-se enumerar a ampliação da cobertura populacional do setor público, a inclusão de

---

<sup>31</sup> O CONASS é reconhecido como entidade de representação dos Secretários de Saúde dos Estados nos fóruns de deliberação do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme consta no §3º do artigo 1º da Lei 8.142 de 28/12/90 e no artigo 2º do Decreto 99.438 de 07/08/90, como decorrência da gestão compartilhada entre os três entes federativos na forma de organização do SUS. De acordo com seu Estatuto tem como finalidades: I - Representar os interesses comuns dos gestores do SUS nos Estados e Distrito Federal; II - Definir estratégias comuns de ação entre os gestores dos Estados e do Distrito Federal. III - Funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros. IV - Implementar os princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar, no desenvolvimento das ações e serviços de Saúde. V - Promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde, na Política de Saúde, junto aos órgãos do Governo Federal e Municipal, do poder legislativo e das entidades da sociedade. VI - Assessorar as Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal na formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nas unidades federadas, visando o pleno exercício de suas macro-funções como gestores estaduais do SUS. VII - Apoiar as Secretarias de Estado da Saúde no exercício da coordenação e regulação do sistema estadual de saúde e na mediação das relações intermunicipais. VIII - Subsidiar as SES para que, por sua vez possam prestar a adequada cooperação técnica aos municípios. IX - Promover estudos, pesquisas e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde. X - Apoiar os gestores estaduais mediante organização, edição e divulgação de informações estratégicas e gerenciais. XI - Encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional. XII - Estimular o funcionamento dos Conselhos de Saúde e o Controle Social; XIII - Estimular e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde. XIV - Manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e internacionais de interesse para o setor Saúde. Disponível em: [http://www.conass.org.br/?id\\_area=38](http://www.conass.org.br/?id_area=38). Acessado em: 25-11-10.

<sup>32</sup> CONASEMS é uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar as secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente e seus respectivos secretários ou detentor de função equivalente para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde - SUS. Participa como representante institucional das secretarias municipais de saúde, nos órgãos deliberativos e consultivos da Direção Nacional do SUS, principalmente no Conselho Nacional de Saúde, na forma da Lei. 8142/90, com vista a discutir e aprovar a política nacional de saúde e o seu financiamento, defendendo a descentralização das ações e serviços de saúde e a autonomia dos municípios para planejar as suas ações e serviços, aprovar o seu plano de saúde, de acordo com a sua realidade local, com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados, na forma da lei. Disponível em: [http://www.conasems.org.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=58](http://www.conasems.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=58). Acessado em: 25-11-10.

<sup>33</sup> De acordo com a Lei 8.080/1990 as Diretrizes do SUS são: •Descentralização, com administração única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde; •Atendimento Integral, com definição das prioridades dentro de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade); •Participação da Comunidade, por meio dos representantes que integram os Conselhos de Saúde.

diferentes profissionais não-médicos na atenção à saúde, a progressiva ‘desmanicomização’ da saúde mental no país” (2008, p.31).

Aliada a essas lutas, a competência do SUS para “ordenar a formação de recursos humanos em saúde”<sup>34</sup>, determinada pela Constituição Federal em seu artigo 200, inciso III e pela Lei 8.080/1990, em seu artigo 6º, inciso III, oriunda de mais uma das conquistas do movimento sanitário, também tem vivido limitações na conjugação de políticas de educação em saúde que venham ao encontro de mudanças no modelo de atenção à saúde, ainda seriamente implicado na perspectiva do modelo biomédico<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> A utilização no texto da designação *recursos humanos* foi feita com a intenção de reproduzir de forma literal o seu emprego na redação do inciso III do artigo 200 da Constituição Federal do Brasil de 1988 e do inciso III, do artigo 6º da Lei Orgânica do SUS - 8.080/1990. Essa designação não é utilizada no decorrer do texto deste estudo por entender que trabalhadores não são recursos humanos, não são peças de uma engrenagem, embora o capital os considere dessa forma. Trabalhadores são sujeitos mesmo que subjugados pela condição do trabalho alienado. Frigotto assinala que “o conceito de capital humano – ou, mais extensivamente, de recursos humanos – busca traduzir o montante de investimentos que uma nação ou os indivíduos fazem, na expectativa de retornos adicionais futuros” (1986, p. 41).

<sup>35</sup> O Modelo Biomédico tem seus princípios oriundos da visão mecanicista da ciência no século XVII pensada pelos filósofos Galileu, Descartes, Newton, Bacon entre outros que conceberam a materialidade do mundo como uma máquina. No século XIX o estudo da anatomia clínica se realizava em corpos mortos. O conceito dominante de saúde era a ausência de doença. Nessa lógica a cura seria a responsável pela eliminação dos sintomas. O método cartesiano torna-se o modelo dominante da ciência e do universo. O corpo humano é comparado a um sistema mecânico, fragmentado em partes separadas, que por sua vez são reduzidas a partes menores. Na moderna medicina científica, a lógica cartesiana se sintetiza no modelo biomédico em que o corpo humano é comparado a um sistema mecânico, fragmentado em partes separadas, que por sua vez são reduzidas a partes menores que se inter-relacionam guiadas por leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que tal máquina, configurada por uma engrenagem complexa, necessita de frequente exame por parte de um especialista. Nessa ideia está implícito o entendimento de que o corpo humano não seria uma máquina perfeita, tendo que depender de especialistas para interpretá-la e, após, ajustar suas peças. Nesse modelo de entendimento do corpo não há espaços para as questões sociais, psicológicas e para os aspectos do comportamento. As doenças, no entender do modelo biomédico, resultam do processo degenerativo, de agentes químicos, físicos ou biológicos que penetram no organismo ou da falha de alguma parte da engrenagem do corpo. Sendo assim as moléstias do corpo só podem ser descobertas por meio de estudos científicos (KOIFMAN, 2001).

A ruptura com tal implicação rumo à compreensão social do processo saúde-doença, de que a saúde constitui o resultado das relações que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza na produção de sua existência, acarreta necessariamente a proposição de reestruturação do processo de trabalho em saúde e de consequentes mudanças na formação e nas práticas de saúde.

Nos anos setenta, a OPAS já assinalava preocupação com o descompasso entre as práticas de saúde e a realidade dos serviços, iniciando estudos nos países Latino-Americanos sobre essa relação. Até então, as práticas em saúde seguiam a lógica biomédica, alheia aos aspectos sócio econômicos do processo saúde doença.

A partir das proposições da Reforma Sanitária, da busca do entendimento de um conceito ampliado de saúde, o estudo de um novo modelo de atenção começa a ser pensado e em consequência a formação em saúde. A inadequação desta em relação às necessidades dos serviços, discutida na Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), realizada no período de 13 a 17 de outubro de 1986, meio ano após à 8ª Conferência Nacional de Saúde, já assinalava uma enorme desarticulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras dos serviços de saúde. Em relação a essa situação Silva menciona que:

Especificamente em relação às instituições de ensino superior, foi diagnosticado, naquele momento histórico, que as mesmas mantinham uma estrutura complexa, autoritária, burocrática e centralizadora; espelhavam e reproduziam a estrutura de classes que as sustentavam; estavam desvinculadas do real social; mantinham cursos criados em função de seus grupos ou classes hegemônicas; sofriam um sucateamento no plano físico e material que se refletia na prática didático-pedagógica. Na área da saúde, ao servirem os interesses das classes dominantes, afastavam-se cada vez mais dos problemas do conjunto da população, disso resultando a disjunção teoria/prática, cujo enfoque era claramente individualista, hospitalar e privatizante (SILVA, s/d, p. 9).

Estudos apontam que a formação dos profissionais da saúde realizada nas universidades ainda permanece distante do proposto na RSB, apesar de as universidades estarem sob a chancela de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

As Diretrizes constituem uma política pública intersetorial - MS e MEC para a formação e desenvolvimento de profissionais da saúde, tendo seu marco regulatório

inspirado no Art. 200, inciso III da Constituição Federal de 1988<sup>36</sup> e suas orientações a partir das proposições da RSB<sup>37</sup>. Estão inspiradas também na pedagogia do *aprender a aprender*<sup>38</sup>. Segundo Ceccim:

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde [...]. Reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o SUS. É o caso da formação de farmacêuticos, em que constou o aposto com ênfase no SUS, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que a formação do profissional deva atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (2004, p. 1402).

Embora o conteúdo das Diretrizes proponha a adequação da formação em saúde para o trabalho no SUS, Ceccim observa que as

Instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM, 2004, p. 42).

---

<sup>36</sup> CF/88 - Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acessado em 23-09-13.

<sup>37</sup> O texto das DCN referem como objetivo: “permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, **no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira** ( grifo meu)” (BRASIL, 2001).

<sup>38</sup> Em entrevista à Revista Rubra, Demerval Saviani ao ser perguntado sobre quem seriam os defensores da pedagogia do *aprender a aprender*, referiu que essa pedagogia tem sido a grande referência dominante, presente nos documentos oficiais internacionais reproduzidos em diversos países. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde constituem um dos expressivos exemplos da reprodução da pedagogia citada. Saviani refere à revista que: “O Relatório Jacques Delors das Nações Unidas sobre educação para o século XXI tem como eixo essa orientação do “aprender a aprender” e os países reproduzem isso nas suas políticas educativas. É uma pedagogia que tem origem na escola nova, no construtivismo de Piaget, que estava apoiado no keynesianismo. Agora foi recuperada, no contexto político do neoliberalismo, pelos pós-modernos. A ideia é que todo o ambiente é educativo – aprende-se em diferentes lugar, em diferentes circunstâncias e ... também na escola! O argumento que dão para isso é que aquela visão rígida foi superada em benefício de uma sociedade flexível em que nada se pode prever. A escola não pode formar para 5 ou 10 anos, não se sabe como vai ser o futuro que está em constante mudança. Portanto a escola não deve ensinar algo mas apenas aprender [...]No Brasil introduzem parâmetros curriculares nos temas “transversais” – é como se os temas não fossem objecto desta ou daquela disciplina mas atravessam todo o currículo – educação cívica, moral, ambiental, sexual”. Disponível em: [http://www.revistarubra.org/?page\\_id=171](http://www.revistarubra.org/?page_id=171). Acessado em 15/02/14.

Outro problema enfrentado na formação de trabalhadores para o SUS, alertado por Pereira, deixa claro o quanto é delicada essa questão e o quanto precisa ser analisada e problematizada para que mesmo os educadores comprometidos com os princípios democratizadores da RSB não recaiam na armadilha de aprofundar mais ainda os princípios de uma formação para saúde a partir do ideário capitalista

Não podemos esquecer que grande parte dos educadores da saúde- mesmo que comprometidos com um sistema de saúde público e com a visão da importância da qualidade do trabalho em saúde ali desenvolvido—embora aliados no que diz respeito aos modelos mais progressistas de promoção e atenção à saúde, não possuem a mesma acuidade sobre a Educação (PEREIRA, 2009, p.410).

Como trabalhadora em um hospital escola, onde a formação em serviço de trabalhadores é uma constante, partilho do exposto por Pereira. Observo que as práticas de educação, em sua maioria, acontecem numa dimensão que reduz o conhecimento a uma lógica produtivista.

Nessa perspectiva de perdas e ganhos dos movimentos sociais pela saúde, da implementação das mais variadas políticas públicas ao longo das últimas décadas (algumas focadas em determinadas necessidades de saúde sem muita resolutividade pela própria precariedade na organização e gestão dos serviços que as executam, outras produzidas em favor de interesses privados, engrossando cada vez mais a fatia de contratualização pelo governo de serviços oferecidos pelo Sistema de Assistência Médica Supletiva), surge uma política formalizada legalmente em 2005 voltada à formação em serviço por meio de Residência Multiprofissional em Saúde.

Para conhecer, analisar e interpretar a formação de trabalhadores para o SUS, na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, objeto deste estudo, e entender porque tal formação é reconhecida pelos articuladores do resgate das proposições da Reforma Sanitária como um dos caminhos de afirmação dos princípios, valores e bases conceituais inspiradoras das práticas pensadas para o SUS é imprescindível compreender o que é o trabalho, como se processa a sua divisão e sua materialização no sistema de saúde no modo de produção capitalista.

## 2.2 OS SENTIDOS DO TRABALHO, SUA DIVISÃO E OS RUMOS DE SEU PROCESSO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Início este tópico compartilhando algumas falas dos sujeitos de pesquisa que, à primeira vista, podem ser interpretadas apenas como manifestações externas de seus pensamentos criadores do real como querem afirmar os idealistas. Entretanto, ao contrário, as ideias que tais sujeitos tecem em suas falas nada mais são do que a própria expressão do movimento real, da divisão do trabalho em saúde no âmbito hospitalar:

**R/NUTRI/SC**- Os profissionais do hospital têm uma visão deturpada, que só porque tem um monte de profissional agrupado num mesmo espaço físico que eles estão fazendo um trabalho multiprofissional, eles não estão. Esse é o problema, eu acho que não é por mal. Os próprios profissionais que conduzem a área de concentração e dos núcleos têm essa compreensão, apesar deles terem o entendimento teórico de como deve ser, mas na prática não. Eles acham que na prática é super integrado e na verdade não é. (Profissional formado em nutrição em 2010)

**R/FAR/CIH** – Na Unidade Básica de Saúde do hospital as equipes eram uni profissionais, a farmácia era separada da parte médica, da parte de enfermagem. Cada equipe trabalhava independente. (Profissional formado em farmácia em 2009)

**PC/ENF/CIH** – Na minha experiência na graduação, há muitos anos, eu posso dizer que não tinha nada de trabalho integrado, cada um fazia sua parte. A nossa relação com os médicos era péssima, nem se conversava com os médicos. Naquela época não existia round, que é o mínimo, às vezes tem o round que é onde o enfermeiro participa. (Profissional formado em enfermagem em 1981)

**PC/ENF/SM** – Não havia integração entre os profissionais da equipe de saúde, na verdade até mesmo entre a equipe de enfermagem havia desintegração, porque era bem separado, o aluno em campo de estágio e o profissional que estava ali trabalhando. Em alguns casos a gente sempre encontra alguns mais disponíveis, mais acessíveis e outros não, isso ficava bem claro, essa divisão. (Profissional formado em enfermagem 2001).

O trabalho em saúde caracteriza-se por ser coletivo. O produto do trabalho não resulta da atividade de um só produtor individual, é um produto social, de um trabalhador coletivo, ou seja, de uma combinação de trabalhadores (Marx, 2005).

Cardoso e Hennington referem que:

O cuidado nas organizações de saúde, em geral, e no hospital, em particular, é necessariamente multiprofissional, ou seja, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Este cuidado congrega um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital (2011, p. 89).

Nas narrativas acima se observa que cada profissional realiza o seu trabalho sem estabelecer com os seus colegas a articulação necessária para o atendimento integral ao paciente como orientado pelo princípio da integralidade, referido na letra da Lei que cria o SUS. As várias ações de cuidado são desenvolvidas de forma parcelar em que cada trabalhador faz a sua parte. Esse modo predominante na organização do trabalho em saúde continua determinando o dia-a-dia, sobretudo, dos hospitais. Como diz Pires: “A lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional (1998, p. 87).

O próprio modelo de assistência centrado no saber biomédico, no diagnóstico e tratamento das doenças e sintomas orgânicos (LIMA e ALMEIDA, 1999; PEDUZZI, 1998) se afina à ideia do serviço de saúde, como um negócio rentável, que gera lucro por meio da dependência do uso de equipamentos cada vez mais sofisticados e de elevado custo para emissão dos diagnósticos. Há nesse modelo a prevalência do paradigma da medicina curativa em detrimento da medicina preventiva. Nesse contexto, os trabalhadores das demais profissões da saúde contribuem com seus conhecimentos e práticas, a partir da direção dessa racionalidade hegemônica.

Para compreender, portanto, como o trabalho em saúde no espaço hospitalar se materializa na lógica de organização capitalista recorro, primeiramente, às análises da filosofia da práxis sobre o trabalho e sua divisão técnica.

Para Marx o início da produção capitalista se inicia, na medida em que num mesmo local atuam simultaneamente um grande número de trabalhadores para produzir a mesma espécie de mercadoria, sob a batuta de um mesmo capitalista (2006).

Os diversos modos de divisão do trabalho, ao longo da história da humanidade, se produzem a partir das formas de propriedade da matéria, dos instrumentos e dos produtos do trabalho.

Ao consultar a obra de Karel Kosik encontrei a seguinte referência sobre o trabalho que diz:

O trabalho em geral é o pressuposto do trabalho em sentido econômico, mas não coincide com este. O trabalho que forma a riqueza na sociedade capitalista não é o trabalho em geral; é um determinado trabalho, o trabalho abstrato-concreto ou um trabalho dotado de dupla natureza, e apenas nesta forma pertence à economia (1976, p.211).

Inspirada nos argumentos acima prossigo este tópico perquirindo na obra de Karl Marx – O Capital, como a categoria trabalho vai se constituindo nas várias

passagens do livro 1, volume 1 e volume 2, quando Marx começa sua análise pela mercadoria, forma elementar da riqueza no modo de produção capitalista e suas inter-relações dialéticas com as demais categorias filosóficas e científicas que constituem tal análise.

Como refere Mészáros “toda a estrutura da teoria de Marx é dialética, seus conceitos fundamentais simplesmente não podem ser entendidos fora da sua inter-relação dialética” (2006 p.18-19).

Nesse sentido, os argumentos a seguir visam focar a dialética do trabalho como processo entre o homem e a natureza e suas configurações no trabalho alienado. O conteúdo dessa análise procura encontrar as conexões, significados, a partir da materialidade do capital. Marx nos explica a dialética homem-natureza ao referir que:

o homem vive da natureza significa: a natureza é seu corpo, com o qual ele tem de ficar num processo contínuo para não morrer. Que a vida física e mental do homem está interconectada com a natureza não tem outro sentido senão que a natureza está interconectada consigo mesma, pois o homem é uma parte da natureza” (2004, p.84)

Nesse sentido, “a atividade consciente livre é o caráter genérico do homem” (MARX, 2004, p.84). É genérico porque o homem faz da sua atividade vital um objeto de sua vontade, de sua consciência, o que o difere do animal que é “imediatamente um com sua atividade vital” por não conceber previamente o trabalho que irá realizar. A abelha, por exemplo, labora instintivamente para produzir a colmeia. Já o homem produz mesmo sem ter a carência física, produz na sua liberdade e com relação a ela. O animal só produz a si próprio. O homem reproduz a natureza inteira. Sendo assim, “o objeto de trabalho é a objetivação da vida genérica do homem” a sua duplicação não apenas intelectual, mas “operativa, efetivamente, contemplando-se, por isso, a si mesmo num mundo criado por ele” (MARX, 2004, p.85). E nesse movimento, “atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza” (MARX, 2006, p. 211).

Nessa direção, a atividade produtiva, menciona Mészáros, é o mediador na *relação sujeito objeto* entre o homem e a natureza. E é através dessa mediação que o homem conduz um modo humano de existência que lhe assegura a não recair de volta na natureza. Nessa perspectiva a atividade produtiva é fonte da consciência. Porém no

sentido do trabalho realizado nas mediações das relações capitalistas<sup>39</sup>, a consciência se torna o reflexo da atividade alienada, ou da auto alienação do trabalho (2006, p.79- 80).

Para que possamos entender o processo histórico onde o trabalho tornou-se o formador da riqueza na sociedade, onde o trabalho concreto se transforma em trabalho abstrato, o trabalho vivo se materializa como um simples instrumento consciente de trabalho, enquanto que o trabalho morto é quem conduz o processo de trabalho, é necessário fazermos uma breve retomada de como foi se constituindo a sociedade que tem por modo de produção<sup>40</sup>, o capitalismo. Frigotto assinala que “os sentidos e significados do trabalho resultam e constituem-se como parte das relações sociais em diferentes épocas históricas” (2009, p.169).

O ponto nevrálgico e a ampliação da socialização do trabalho se dão com a manufatura, que vai de meados do século XVI até o último terço do século XVIII. É definida por Marx com uma forma de cooperação que se fundamenta na divisão do trabalho e cuja base é a produção artesanal (2006, p.391). Essa menciona Romero “socializa as forças produtivas<sup>41</sup> do trabalho também como forças produtivas do capital, na medida em que é método de extração da mais-valia<sup>42</sup>” (2005, p. 101). A propósito disso Marx refere que:

---

<sup>39</sup> As relações capitalistas fundamentam-se na divisão da sociedade em duas classes: A dos proprietários dos meios de produção (terra, matérias-primas, máquinas e instrumentos de trabalho) e a dos trabalhadores, que são obrigados a vender a sua força de trabalho ao capitalista, por não terem acesso direto aos meios de produção ou de subsistência. Nesse sentido, Marx refere que “o processo de trabalho subsume-se no capital (é o processo do próprio capital) e o capitalista entra nele como dirigente, guia: para este é ao mesmo tempo, de maneira direta, um processo de exploração do trabalho alheio” (2004, p. 87). Segundo Marx na *subsunção formal* do trabalho ao capital ocorre a expropriação material dos meios de produção pelo capitalista, mas o trabalhador ainda tem os instrumentos e o saber sobre o trabalho. Na *subsunção real*, na maquinaria, o capitalista tem os meios de produção, a terra, o capital e a ciência. Essa expropriação retira do trabalhador o domínio sobre o seu saber. É a expropriação das condições subjetivas do processo de trabalho, ou seja, o saber fazer do trabalhador. Nessa fase o capital vai separar o manual do intelectual. Os conhecimentos empregados no processo de trabalho tornam-se externos aos trabalhadores.

<sup>40</sup> Marx define modo de produção no prefácio do livro *Crítica à Economia Política* como: “na produção social da existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência”(2008, p.45).

<sup>41</sup> Forças Produtivas: “São o conjunto de elementos articulados dinamicamente que compõe o processo de trabalho e revelam o grau de desenvolvimento técnico do domínio do homem sobre a natureza, isto é, sua capacidade técnica, socialmente configurada, de manipular a matéria para produzir bens de uso ou mercadorias, necessários a sua sobrevivência e reprodução” (SANTOS, 2004, p.2).

<sup>42</sup> Mais-Valia: “O valor da força de trabalho e o valor que ela cria no processo de trabalho são duas magnitudes diferentes. O trabalhador vende sua força de trabalho pelo seu valor, que é o tempo de trabalho necessário para reproduzir sua subsistência, mas o valor que ela produz é maior porque a jornada

Enquanto a cooperação simples, em geral, não modifica o modo de trabalhar do indivíduo, a manufatura o revoluciona inteiramente e se apodera da força individual de trabalho em suas raízes. Deforma o trabalhador monstruosamente, levando-o, artificialmente, a desenvolver uma habilidade parcial [...] o trabalho é dividido e suas diferentes frações são distribuídas entre os indivíduos (2006, p. 415).

Nessa perspectiva a submissão do trabalho ao capital se intensifica de forma monstruosa, pois a força de trabalho<sup>43</sup> individual do homem só funciona se estiver vendida ao capital.

No prosseguimento dessa marcha avassaladora do modo de produção capitalista, primeiramente ocorre uma *subsunção formal* em que o trabalhador perde os instrumentos de trabalho, mas ainda mantém, até certo ponto, algum controle no processo de produção. A subsunção formal designa a relação de dominação e subordinação do trabalho frente ao capital. O trabalhador está subsumido por não possuir os meios de produção e por se tornar assalariado (MARX, 2006).

Essa categoria é uma característica da manufatura, tanto na forma de cooperação simples – artesanato, quanto na divisão do trabalho. É importante salientar que a subsunção formal possui ainda uma forma específica, a extração da mais-valia do tipo absoluta (mais-valia absoluta está relacionada ao tempo de trabalho – aumento da jornada de trabalho). Escreve Marx:

A produção da mais-valia absoluta se realiza com o prolongamento da jornada de trabalho além do ponto em que o trabalhador produz apenas um equivalente ao valor de sua força de trabalho e com apropriação pelo capital desse trabalho excedente (2006, p.578).

Assevera também que a mais-valia absoluta constitui o fundamento do sistema capitalista e o ponto de partida para o aparecimento da mais-valia relativa (MARX, 2006).

---

de trabalho ultrapassa o tempo necessário para reproduzir sua subsistência. Esta diferença é um valor a mais, apropriado pelo capitalista que adquire o direito de usar a força de trabalho em um dia inteiro, mesmo que ela custe apenas algumas horas do dia. A jornada de trabalho, assim, divide-se em duas partes: o tempo de trabalho necessário para o trabalhador criar um valor correspondente ao de sua força de trabalho, acrescido de um tempo de trabalho excedente, no qual ele cria mais-valor, que não lhe é pago, sendo este, então, a mais-valia apropriada pelo capitalista” (SANTOS, 2004, p.5-6).

<sup>43</sup> Força de Trabalho “é o trabalho do homem propriamente dito, a energia viva do homem, sua ação, intervenção ou manipulação sobre o objeto de trabalho” (SANTOS, 2004, p. 3).

No sentido em que a extração da mais-valia é que conta, como fundamentalismo do capital, a divisão do trabalho é uma de suas protagonistas. Marx menciona três tipos de divisão do trabalho. A primeira que denomina como divisão do trabalho em geral é a que se caracteriza pela separação entre o campo e cidade, diz ele: “o fundamento de toda a divisão do trabalho desenvolvida e processada através da troca de mercadorias é a separação entre cidade e campo” (MARX, 2006, p. 407). A segunda divisão é a que faz a distinção dos ramos de produção de uma determinada sociedade. E a terceira seria a divisão na manufatura, a divisão do trabalho numa oficina, que Marx chama de singularizada. Das três divisões é da última que resulta o trabalhador coletivo oriundo do parcelamento das tarefas no processo de trabalho.

A parcelização se intensifica e vai se sobrepondo aos diversos trabalhos individuais que existiam no período da cooperação simples. Essa parcelização de uma especialidade produtiva, ou seja, essa divisão manufatureira do trabalho faz com que o trabalhador perca o controle do seu processo de trabalho. Na manufatura ocorrem modificações substanciais no uso da força de trabalho, uma vez que o trabalhador é responsável apenas por um fragmento do produto. O que ele realiza não resultará num produto final e, sim, em parte de uma mercadoria que ainda não se corporificou, como tal, por não ter se agregado às demais partes do trabalho parcelado.

Para o capitalista o trabalho parcelado de cada trabalhador vai resultar numa força produtiva bem mais elevada da qual a extração de mais-valia relativa é bem mais intensa do que na produção efetuada na cooperação simples, uma vez que são produzidos rapidamente, mais produtos em menos tempo e a menor custo. A esse trabalhador, Marx conferiu como já referido, a categoria de trabalhador coletivo. Fica caracterizado aqui o trabalho unilateral (MARX, 2005).

No decorrer desse processo histórico, no esgotamento da manufatura, fase em que o capital vai criando as condições necessárias para o surgimento de uma nova base tecnológica, concretizada na produção da grande indústria, surge a *subsunção real* que se caracteriza pelo uso das máquinas no processo de trabalho, em que o trabalhador, além de não ter mais seus instrumentos de trabalho, perde também o seu saber fazer, a máquina assume o processo como assinala Romero (2005).

É na grande indústria, fundamentada na maquinaria, que “a separação entre as forças intelectuais do processo de produção e o trabalho manual e a transformação delas em poderes de domínio do capital sobre o trabalho se tornam uma realidade consumada” (MARX, 2006, p. 483).

Na subsunção real o capitalismo vai gerar suas próprias forças produtivas objetivando o aumento da extração da mais-valia relativa, além da absoluta. É a partir da subsunção real que se estabelecem relações de produção características do modo de produção capitalista, uma vez que numa fase anterior o capital não havia ainda tomado conta do processo de trabalho, pelo refinamento técnico dos meios de produção.

Nesse sentido, Marx escreve:

Os meios de produção se transformam imediatamente em meios de absorção de trabalho alheio. Não é mais o trabalhador que emprega os meios de produção, mas os meios de produção que empregam o trabalhador. Em vez de serem consumidos por ele como elementos materiais de sua atividade produtiva, consomem-no como o fermento de seu próprio processo vital. E o processo vital do capital consiste apenas em mover-se como valor que se expande continuamente (2006, p.357).

Quem dá vida ao processo de trabalho, portanto, é a máquina. O trabalhador de auto ativo no processo de trabalho passa a exercer o papel mediador entre a máquina e a natureza.

Na esteira do argumento acima é importante registrar que o processo produtivo, em pleno século XXI, continua reproduzindo de forma sistemática a divisão do trabalho e a conseqüente extração da mais-valia “transformando o trabalhador no acessório consciente de uma máquina parcial” (MARX, 2005, p. 549).

A redução do homem a acessório consciente de uma máquina parcial se dá em todas as instâncias da divisão do trabalho. A divisão territorial, por exemplo, em ramos particulares de produção confiados a determinadas áreas do país e a divisão internacional do trabalho, produzida pela expansão do capital, bem como a busca de melhores vantagens na extração da mais-valia, vão justificando como acentua Mézáros:

o propósito global e a força motivadora do sistema capitalista não pode conceber a produção de valores de uso orientada-para-a-necessidade, mas apenas a bem-sucedida *valorização/realização* e a constante *expansão* da massa de riqueza acumulada (2002, p. 625).

Na materialidade da produção capitalista o trabalho passado ou trabalho morto vai se traduzir no trabalho acumulado que não acresce valor no produto final, mas transfere o valor. Como diz Marx: “O capital é trabalho morto que, como um vampiro, se reanima sugando o trabalho vivo, e, quanto mais o suga, mais forte se torna” (2006, p.271). O trabalho vivo perde sua qualidade de polo ativo no processo de trabalho, pois perde seu caráter de auto atividade, enquanto que o trabalho morto se torna um trabalho

ativo na produção. A maquinaria, força produtiva, gerada pelo capital, conduz o processo.

Nesse *turbilhão do processo produtivo*, assinala Marx, a voz do trabalhador se levanta<sup>44</sup>:

A mercadoria que te vendo se distingue da multidão das outras, porque seu consumo cria valor, e valor maior que seu custo. Este foi o motivo por que a compraste. O que, de teu lado, aparece como aumento de valor do capital é, do meu lado, dispêndio excedente de força de trabalho (2006, p. 272).

Enquanto que na manufatura a dinâmica do processo social do trabalho é essencialmente subjetiva, pois combina trabalhadores parciais, na grande indústria a dinâmica do processo social do trabalho passa a ser totalmente objetiva. Essa funciona tendo como base o trabalho imediatamente coletivo.

Sobre essa questão Romero indica que “o capital só desenvolve a ciência privando o trabalhador do controle sobre o processo de trabalho e capturando (ou tentando capturar) a subjetividade operária para o seu projeto hegemônico” (2005, p.128).

Com a divisão do trabalho iniciada na manufatura, com o avanço científico do capital a partir da maquinaria, da grande indústria e com a conseqüente desqualificação da força de trabalho aparece a dualidade no trabalho – os qualificados de um lado e os não qualificados de outro. Surge com isso, escreve Marx, “uma graduação hierárquica entre os próprios trabalhadores” (2006, p.415).

A subordinação técnica do trabalhador, a organização da relação instrumental e trabalhadores, comandada por uma disciplina de caserna, vão desenvolvendo outras formas de trabalho, entre essas, a de supervisão, acentuando a divisão entre os trabalhadores em trabalhadores manuais e supervisores, que Marx (2006) denomina de soldados rasos e suboficiais, respectivamente.

Nesse movimento, quando se dissocia, no processo de trabalho, a conjugação do trabalho do cérebro e o das mãos tornando-os opostos, “o produto deixa de ser o resultado imediato da atividade do produtor individual para tornar-se produto social, comum de um trabalhador coletivo”. Sendo assim para se trabalhar de forma produtiva passa a não ser mais necessário manipular o objeto de trabalho, basta ser “órgão do

---

<sup>44</sup> Aqui transcrevemos apenas parte do trecho da citação, feita por Marx. Essa citação faz parte de um manifesto publicado pelo comitê dos trabalhadores por ocasião da grande greve dos trabalhadores em construção na cidade de Londres, em 1860-1861 que tinha como objetivo reduzir a jornada de trabalho para 9 horas. Marx refere que esse manifesto concordava em grande parte com a argumentação dos trabalhadores.

trabalhador coletivo, exercendo qualquer uma das suas funções fracionárias” (MARX, 2005, p. 577).

Sobre essa questão é importante referir que no processo puramente individual, um único trabalhador executa todas as funções. Há uma conjugação do trabalho do cérebro e das mãos. Mais tarde diz Marx o cérebro e as mãos “se separam e acabam por se tornar hostilmente contrários” (2006, p. 483). A expressão *mais tarde* quer dizer na medida em que o desenvolvimento histórico da produção social vai avançando. Da manufatura para a maquinaria a separação entre o manual e intelectual se acentua. O caráter científico do capital, provocando o avanço da técnica, vai aumentando brutalmente a distância entre a concepção e execução, entre o saber e o fazer. Conforme Romero:

Foi preciso criar um segmento de trabalhadores técnico-científicos separado da classe trabalhadora tradicional (do proletariado), vinculado a um trabalho unicamente intelectual (sem nenhuma relação direta com algum trabalho manual específico, responsável unicamente pela gestão e organização do trabalho (2005, p.87).

A separação entre o saber e o fazer se expressa de forma acentuada entre os trabalhadores da saúde mesmo entre os de nível superior, no entanto, é mais forte entre as profissões que se organizam internamente sob a divisão parcelar do trabalho, dividindo-se em trabalhadores com formação nos níveis superior e médio. Nessa dimensão reproduzem as relações sociais, historicamente hierarquizadas, entre aqueles que sabem e aqueles que supostamente só fazem – o profissional de nível superior e o de nível médio, entre o que pensa e o que supostamente não pensa – intelectual e manual.

Nessa configuração, aos enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e fisioterapeutas cabem a gerência do trabalho em suas áreas, o controle da totalidade do trabalho. Aos técnicos de nível médio das respectivas profissões cabe a execução das tarefas parcelares específicas, prescritas e supervisionadas pelos gerentes.

Entre as profissões da saúde de nível superior ocorre essa dualidade de forma tácita, motivada pela valorização social das áreas de conhecimento. Como a profissão médica é a que detém, historicamente, a hegemonia no setor da saúde, essa dirige as demais profissões que orbitam com suas atribuições consideradas apenas coadjuvantes em torno da subordinação ao saber fazer médico.

Comumente, em pleno século XXI, ainda percebe-se atitudes desdém de um bom número de trabalhadores médicos em relação ao saber fazer dos demais trabalhadores da área da saúde, ainda que vivam na mesma condição de trabalhadores assalariados, sentem-se superiores em todos os sentidos.

O que poderia resultar num diálogo profícuo e potencializador do cuidado ao paciente, se o médico escutasse, minimamente, algumas informações do técnico de enfermagem sobre o estado do paciente, já que esse profissional realiza o cuidado direto e permanente, se reduz a uma ação solitária e ensimesmada do médico em seu saber supostamente soberano. Da mesma forma as demais profissões de nível superior reproduzem tal postura em relação aos seus subordinados.

É essencial nos darmos conta de que nesse movimento o aspecto fantasmagórico do modo de produção da mercadoria vai se aperfeiçoando. O capitalista, com a desvalorização da força de trabalho da grande massa de trabalhadores não qualificados, pois os qualificados são minoria, acaba extraindo a mais-valia relativa, uma vez que produz mais em menos tempo, gerando do trabalho excedente, o valor excedente. Nessa configuração o lucro supera a todas as expectativas.

Marx em sua análise pormenorizada do trabalho refere que quando é arrancado do homem o objeto de sua produção, o trabalho estranhado retira-lhe sua vida genérica, sua objetividade genérica, transformando a sua vantagem em relação ao animal, em desvantagem por ter sido retirado o seu “corpo inorgânico”, ou seja, a natureza. Nesse sentido, a vida genérica do homem torna-se um meio de sua existência física (2004, p. 85).

Quando o *corpo inorgânico* do homem passa a ser externo a ele, o homem passa, portanto, à condição de mercadoria. Como tal, o homem passa a ser uma força de trabalho que o capitalista compra como se estivesse comprando qualquer mercadoria. Essa força humana vai ser consumida durante o processo de trabalho, juntamente com os objetos de trabalho e os meios de trabalho<sup>45</sup>. O trabalhador, como proprietário original de sua força de trabalho se obriga a vendê-la mediante o pagamento de um salário<sup>46</sup>. Como a utilização da força de trabalho pelo capitalista lhe permite criar um

---

44 “Objetos de trabalho são elementos da natureza ou matérias-primas sobre as quais a força humana de trabalho irá atuar; meios de trabalho são ferramentas que o homem interpõe entre si e os objetos de trabalho, isto é, os instrumentos e procedimentos utilizados no processo de trabalho” (SANTOS, 2004, p. 3).

46 Salário “é o valor, expresso em dinheiro, da mercadoria força de trabalho vendida pelo trabalhador e comprada pelo capitalista” (SANTOS, 2004, p.5).

valor superior (mais-valia) ao valor da própria força de trabalho, figurará, na produção capitalista, como uma das mercadorias mais importantes entre as demais.

No antagonismo entre capital e trabalho, o processo de trabalho que é a atividade realizada com a finalidade de criar valores-de-uso que satisfaçam as necessidades humanas como função normal da vida, condição natural e eterna da vida humana, recebe uma determinação social e histórica e se transforma em trabalho abstrato, em trabalho alienado.

Como nos mostra Mézáros “para tornar a produção da riqueza a finalidade da humanidade” tornou-se imprescindível a separação do valor-de-uso, do valor-de-troca, angariando-se com isso a “supremacia” do segundo em detrimento do primeiro. Esse arranjo pode ser considerado como “um dos grandes segredos de sucesso da dinâmica do capital” (2002, p.606).

Frigotto ressalta que “a produção para troca transforma cada trabalhador num órgão do trabalho social” (1984, p.79).

O que interessa para os capitalistas é o próprio lucro gerado pelo valor-de-troca e a quantidade de trabalho pulverizado no âmbito geral da cadeia de produção. Como diz Marx “o único motivo que determina o possuidor de um capital a empregá-lo seja na agricultura, seja na manufatura, ou num ramo particular do comércio por atacado ou varejista, é o ponto de vista de seu próprio lucro” (2004, p.46).

No modo de produção capitalista o tempo de trabalho socialmente necessário (tempo de trabalho requerido para produzir-se um valor-de-uso qualquer, nas condições de produção socialmente normais existentes e com o grau social médio de destreza e intensidade de trabalho) para a produção da mercadoria é que determina o seu valor de troca. Como já referi acima, esse tempo vai variar conforme o grau de desenvolvimento das forças produtivas, ao perquirir a evolução do modo de produção capitalista em sua materialidade histórico social.

Nessa perspectiva, desaparece para o cálculo desse valor o trabalho concreto/útil, o trabalho reduz-se em única espécie de trabalho, o trabalho humano abstrato.

Em outras palavras, ao desaparecer o caráter útil dos produtos do trabalho, também desaparece o caráter útil dos trabalhos neles corporificados, desvanecem-se, portanto, as diferentes formas de trabalho concreto, elas não mais se distinguem umas das outras e dissolvem-se em trabalho abstrato, ou seja, em trabalho como substância de valor/ trabalho homogêneo.

Nessa direção, Mézáros refere que:

a tarefa de reprodução social e do intercâmbio metabólico com a natureza é definida de modo fetichizado como reprodução das condições objetivadas/alienadas de produção, das quais o ser humano que sente e padece nada mais é senão uma parte estritamente subordinada, enquanto um fator material de produção (2002, p.611-613)

Essas considerações recentes sobre o sistema capitalista, trazidas pelo autor, nos faz pensar o quanto às análises de Marx são contundentes nos dias atuais. Há situações narradas no livro *O Capital* que qualquer semelhança com os fenômenos do século XXI não constitui uma mera coincidência, mas fruto de uma profunda pesquisa científica que desvelou a “coisa em si” (KOSIK, 1976). Marx e Engels examinaram a realidade que não se manifesta imediatamente à primeira vista. No livro *Anti-Dühring*, Engels menciona que “o materialismo moderno vê, na história, o processo de desenvolvimento da humanidade, cujas leis dinâmicas têm por encargo descobrir” e segue referindo que “o materialismo moderno é substancialmente, dialético” (1979, p.23).

Outro aspecto do trabalho cuja compreensão é necessária é o que trata do trabalho produtivo e improdutivo.

A contradição entre trabalho produtivo e improdutivo surge, como assinala Mézszáros, do próprio “antagonismo fundamental entre os interesses do capital e os do trabalho e, como tal, insuperável” (2002, p. 617).

Marx refere que “É produtivo o trabalhador que executa um trabalho produtivo e é produtivo aquele trabalho que valoriza diretamente o capital, o que produz mais valia” (2004, p.109).

Com a subsunção real do trabalho ao capital não é mais o trabalhador individual, mas o trabalho social que realiza o processo de trabalho total. Nesse sentido os diversos trabalhadores cada um com seu ofício vão participando no processo para a formação da mercadoria. Uns trabalham supervisionando os trabalhos executados por outros, outros projetam, outros dirigem, outros apenas executam tarefas determinadas, outros cuidam da segurança da empresa, outros da manutenção etc. Apesar dessa multiplicidade de diferentes ações todos trabalham produtivamente. Nessa condição de um trabalho coletivizado não interessa a atribuição que cada trabalhador tenha nesse processo. O que interessa é que, ao final, o produto resultará em uma perpetuação da extração da mais-valia. Portanto, tanto faz que o trabalho não tenha uma ligação direta na confecção do produto.

A respeito do trabalho em saúde, na medida em que faz parte do setor de serviços e nesse sentido “compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia” (PIRES, 1998, p. 19) e, como tal, também é influenciado pela lógica de acumulação do capital, Ramos menciona que:

Por mais que a privatização dos serviços de saúde submeta o processo de trabalho à mesma lógica capitalista, a atenção e o cuidado em saúde não podem se transformar em mercadorias diretamente valorizáveis para o capital, a não ser no estrito limite de que esse trabalho atua também na reprodução da força de trabalho e, portanto, influencia no seu valor (2007, p.49).

Nessa dimensão, mesmo que os trabalhos vivos realizados pelos trabalhadores da saúde que não são úteis como coisas, mas como atividades de cuidado “possam ser explorados de maneira diretamente capitalista, constituem grandezas insignificantes se os compararmos com a massa da produção capitalista” (MARX, p.116, 2004a).

Frigotto (1984) nos alerta que após mencionar a reduzida presença do capitalismo no âmbito da produção imaterial, Marx exemplifica que um mesmo trabalho pode ser visto como produtivo e improdutivo, dependendo dos aspectos que o caracteriza:

Um mestre-escola que ensina outras pessoas não é um trabalhador produtivo. Porém, um mestre escola que é contratado com outros para valorizar, mediante o seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento (knowledge mongering institution. Ing.) é um trabalhador produtivo (MARX, 2004, p. 115).

Por analogia, a partir da situação exemplificada acima, podemos inferir que se um enfermeiro trabalhar num turno para um hospital de natureza jurídica privada, ele será considerado um trabalhador produtivo, porque produz não só para cuidar da saúde dos pacientes (trabalho improdutivo), mas também para enriquecer o dono do hospital. Neste caso, temos a produção da mais-valia ao capital por vender o serviço por um valor maior do que o valor da força de trabalho dispendida pelo enfermeiro ao realizar a atenção e o cuidado aos pacientes. Por outro lado, se este mesmo enfermeiro trabalhar no turno inverso num hospital público, mantido pelo erário, o produto de seu trabalho não produz capital. Neste turno o seu trabalho é improdutivo.

Um aspecto importante sobre o trabalho produtivo e seu contrário, o trabalho improdutivo, referido por Mézáros é o de que as mudanças quantitativas na extensão não produtiva vêm assumindo um redimensionamento qualitativo na produção do

capital a ponto deste tornar-se cada vez mais dependente do trabalho não produtivo. Essa dependência se produz e se reproduz, na medida em que os dois tipos de trabalho, reciprocamente, se alimentam (2002, p. 618).

O trabalho produtivo e improdutivo como subcategorias do trabalho abstrato “servem para particularizar o trabalho produtor de mais-valia do trabalho que não produz mais valia” (LESSA, 2008, p. 452).

Frigotto assinala que, além de procurarmos entender a natureza específica do trabalho produtivo e improdutivo nas relações capitalistas, “mais relevante é apreendê-los e entendê-los como complementaridade necessária de uma mesma totalidade na visão do trabalho e do trabalhador coletivo” (1984, p.144). Para tanto, assevera Frigotto (1984), faz-se necessário compreendermos a articulação dialética entre os tecidos infra estrutural e o superestrutural da sociedade, entendendo que o primeiro não está relacionado somente à produção imediata, diz respeito também ao processo de circulação e produção da mais valia.

Na continuidade da compreensão das relações de produção como relações sociais, analiso a seguir como tais relações se materializam no trabalho em saúde no modo da produção capitalista.

### 2.3 O TRABALHO EM SAÚDE NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

No propósito de aprofundar a compreensão iniciada no item anterior é oportuno referir ainda que o trabalho, base da sobrevivência humana, constitui-se como o produtor de toda a nossa história. Pelo trabalho produzimos nossa vida. No entanto, no capitalismo “produzimos para satisfazer as necessidades de outras pessoas, que não têm para nós, rosto, nome ou história. Não nos identificamos com ela” (RAMOS, 2007, p.27). Nesse sentido, este trabalho não gera a liberdade, produz alienação, nos reduz à condição de mercadoria.

Para avançar na análise sobre o trabalho em saúde, no modo de produção capitalista, recorro a Frigotto quando ele refere que “o sentido do trabalho, expresso pela linguagem e pelo pensamento, só pode ser efetivamente real no campo contraditório da práxis e num determinado tempo e contextos históricos” (2009, p.169).

Para tanto, ao me reportar aos tempos e contextos, buscarei as falas dos sujeitos produzidas pela historicidade no propósito de conhecer, analisar e interpretar os sentidos

desse trabalho no campo contraditório da práxis do presente, a partir do campo contraditório da práxis do passado que os produziu.

Na tentativa, portanto, de dar vida à referência de Frigotto e inspirada num trecho da Ideologia Alemã de Marx e Engels lembrado por ele em seu artigo sobre a *Polissemia da categoria trabalho e a batalha de ideias nas sociedades de classe* que diz que “os homens são produtores de suas representações, de suas ideias e assim por diante, mas os homens reais e ativos” (2007, p.94) compartilho as falas de três sujeitos desta pesquisa:

**PC/ENF/CIH** – Aqui no Clínicas são os médicos e os outros. Isso é tão flagrante, que durante muito tempo nos elevadores tinha uma plaquinha que dizia: professores, médicos e funcionários do HCPA. O elevador era exclusivo para... Não dizia, mas havia uma plaquinha que mencionava quem podia entrar naqueles elevadores, professores, médicos e funcionários do HCPA.

**PN/EF/SM** – Na unidade da psiquiatria o professor de Educação Física e a assistente social são subordinados diretamente ao médico.

**R/ENF/SM** – A experiência do hospital de como foi construída até hoje, o desse modelo médico centrado é muito difícil de ser modificado, principalmente para eles e para outras profissões que vêm juntas e viram ser construído dessa maneira para elas se sentirem autorizadas a mudar isso. Teve experiências lá que a gente se perguntava como é que eles não fazem nada, como é que não se toma alguma atitude, porque na verdade é só uma questão de poder. A experiência da greve dos residentes médicos no ano passado e que a Unidade foi fechada em consequência disso. Os técnicos de enfermagem tiveram que ser remanejados para outras Unidades. Além deles não terem o direito de fechar uma Unidade Pública, existem médicos pagos para trabalhar ali e não os residentes médicos. Não entrou mais nenhum paciente, a Unidade chegou a ter menos de dez pacientes e chegou ao absurdo dos doutorandos tomarem conta dos pacientes que estavam na Unidade. Então eles só iam lá para prescrever, porque os doutorandos não têm CRM para prescrever. Achamos um absurdo e isso não foi em momento algum exposto, foi uma coisa absolutamente latente, todo mundo achava, mas ninguém fazia nada, porque é o poder médico.

A organização da assistência à saúde reproduz o modo de organização capitalista do trabalho. Em geral e, particularmente, nos hospitais vislumbramos mecanismos de dominação e relações extremamente desiguais de poder. O desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde se dá com certa autonomia, no entanto, a profissão médica com seu saber hegemônico toma para si o gerenciamento do processo de trabalho em saúde, restando aos demais profissionais a subordinação a essa gerência. Cecílio refere que:

A prática da enfermagem (e dos outros profissionais) é, em boa medida, “comandada”, modelada, conduzida, orientada pelo ato médico (central) que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica “principal”. Tal fato

estabelece uma relação de “determinação” da prática médica em relação às outras práticas profissionais, mesmo sem desconsiderar que os profissionais não-médicos, todos eles, conservam sua especificidade e um bom grau de autonomia próprios de suas “profissões” (CECÍLIO, 2007, p. 206).

Entende-se por trabalho médico centrado o processo de trabalho em saúde centrado na pessoa e no saber médico. Este define o projeto terapêutico para o paciente, ficando o trabalho dos demais profissionais de saúde como práticas auxiliares. Nos casos que gerem dúvidas, fica nas mãos do médico a decisão, mesmo que este profissional esteja certo ou errado (PIRES, 1998).

A narrativa do preceptor reforça a análise anterior do residente:

**PC/ENF/SM** – A unidade parou. Isso por uma postura da atual gestão, porque na gestão anterior, disseram: “Ah! Vocês vão fazer greve, tudo bem, então todos os contratados e professores agora vão fazer plantão”. Então... andou como nunca a unidade, os pacientes ficavam menos tempo internados, eram melhor medicados, eram melhor atendidos e rapidinho tinham alta. É um problema estrutural. Nessa última greve que teve a posição da chefia da psiquiatria foi de apoiar o residente, ninguém assumiu o que o residente estava fazendo, era para ganhar proporção. Aí chegou ao ponto de parar o atendimento.

Nessa situação, o hospital, em razão da greve dos residentes médicos, deixou de cumprir com o dever de oferecer a saúde aos usuários, fechando as portas de um serviço público essencial. As narrativas do preceptor e residente expressam o quanto os interesses corporativistas se sobrepõem ao direito do usuário de ser bem atendido e de ter o devido acesso aos serviços de saúde.

Ainda que a precariedade das condições da formação em serviço dos residentes médicos seja um fato inquestionável, há os desvios do sistema para atender aos interesses de uma categoria profissional em detrimento dos pacientes que ficam à deriva de acordo com o jogo político do momento.

A situação referida pelo preceptor evidencia isso, sobretudo, quando ele relata que numa das greves dos residentes, o gestor não determinou o fechamento do serviço, optando pela convocação para os plantões não só os médicos contratados, mas os professores médicos. Para o hospital, no entanto, esse fato constituiu uma exceção que deveria ser uma regra, pois todos os professores da universidade que fazem parte do seu corpo clínico são remunerados por meio do recebimento de bolsas, portanto devem cumprir as demandas.

Por outro lado a não contratação de mais trabalhadores médicos e a substituição destes pelas 60 horas semanais da força de trabalho dos residentes, menos dispendiosa para o Estado capitalista e justificada pela formação em serviço, provocam sérios prejuízos não só à formação desse enorme contingente de profissionais, que mais tarde serão os possíveis contratados para as vagas dos serviços médicos da instituição, bem como à qualidade do atendimento ao usuário.

Um residente sem a devida supervisão do profissional médico pode cometer falhas no processo de assistência à saúde, produzindo consequências que poderão afetar o tratamento do usuário. A falta de uma boa resolutividade dos problemas de saúde, logo no início do tratamento, evita os vários retornos do paciente com complicações agravadas pelo precário atendimento realizado, além de desafogar o sistema, possibilitando que outros usuários possam ser atendidos.

Em meio a essa materialidade, a hegemonia médica foi se desenvolvendo de um período capitalista a outro e está relacionada com “a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários à manutenção do *status quo* e a ordem social estabelecida” (PIRES, 1989, p.105).

As falas dos sujeitos dessa pesquisa não deixam dúvidas de que as configurações das relações entre as profissões da saúde, assinaladas acima, permanecem acentuadamente presentes, sobretudo, no âmbito da organização da assistência hospitalar, onde os sujeitos deste estudo desenvolvem suas relações de trabalho.

A respeito disso Pires refere que:

O hospital ou a rede de serviços ambulatoriais se organiza de forma que convivem no mesmo espaço institucional: a especialização do conhecimento, aplicada por um número cada vez maior de profissões de saúde, e a divisão pormenorizada do trabalho internamente às profissões, bem como se verifica no parcelamento do próprio ato de saúde que para atingir sua finalidade necessita da concorrência das diversas profissões do setor, *controladas pelo poder da decisão terapêutica e do processo de trabalho em si desempenhados por um destes profissionais, o médico* (o grifo é meu) (1989, p. 17).

A racionalidade científica do trabalho movida pelo crescimento da demanda hospitalar, pela otimização dos custos nos serviços prestados, pelo aumento de tarefas manuais que auxiliam o processo de trabalho do médico acentuam cada vez mais a parcelização do trabalho e a subordinação de uma prática social à outra em função do que é mais vantajoso para prática social da medicina (LOPES, 2007, ALMEIDA, 1989).

O exercício de gerenciamento do ato assistencial pelos médicos foi se instaurando legitimado pelas concepções sobre o processo saúde-doença, inspiradas na racionalidade científico-sanitária ligada à especialização e à lógica mecanicista e biologicista da saúde do corpo. Também pela ênfase na medicina curativa, manifestadamente medicalizante e com foco na doença, em detrimento da medicina preventista, caracterizada pelo desenvolvimento de estratégias e medidas de prevenção das disfunções e das doenças.

Para a compreensão das concepções e práticas que produziram e produzem as configurações que foram constituindo o trabalho em saúde é necessário investigar a historicidade desse fenômeno social, desde o momento em que os homens iniciaram o intenso processo de busca de respostas as suas necessidades de saúde. Sobre este aspecto Lima assinala que “a reprodução das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde devem ser entendidas em suas conexões com os modos históricos de produção da existência” (2007, p. 58).

No modo de produção comunal, por exemplo, os problemas de saúde nas sociedades tribais e indígenas eram tratados pelos feiticeiros, pajés ou sacerdotes reconhecidos na comunidade como pessoas com dons especiais. O feiticeiro se encarregava de todo o processo terapêutico, desde o diagnóstico, preparo e administração da poção medicamentosa, não havia divisão do trabalho. Em algumas situações contava com a ajuda de um auxiliar na condição de aprendiz. A doença e os procedimentos terapêuticos resultavam de um pensamento que unia a magia e a religião (PIRES, 1996).

Salvo o trabalho em saúde desenvolvido na Grécia Clássica, a partir dos princípios da medicina hipocrática<sup>47</sup>, durante a idade média e na emergência do modo de produção capitalista o trabalho assistencial à saúde assume características bem diversas das existentes nas sociedades primitivas.

Na idade média, o trabalho de assistência à saúde era realizado tanto por leigos como por religiosos. Aliavam ao processo de assistência ao paciente, o atendimento religioso (SILVA, 1986).

---

<sup>47</sup> Na Grécia clássica, sob Hipócrates, a medicina mítico-religiosa passa a um plano secundário, sendo priorizada a observação cuidadosa dos fatos clínicos. A medicina hipocrática ensinava que o conhecimento do corpo passava pelo conhecimento do homem em sua totalidade, concepção oriunda da medicina babilônica e egípcia. Rompe com a explicação sobrenatural das doenças partindo do princípio de que cada doença tem uma causa natural. A partir desse entendimento são construídas alterações nos processos terapêuticos. Há uma ênfase na capacidade de curativa da natureza (Silva, 1986). A doença na medicina hipocrática não constitui uma entidade, mas um estado qualitativo da natureza, também não é do homem, apenas pode estar nele já que também é parte da natureza (Lima, 2007).

A formação dos profissionais, sobretudo, dos médicos clínicos era realizada em mosteiros, passando para a universidade somente após o século X. Caracterizava-se por ter uma natureza religiosa e metafísica. O entendimento do processo saúde doença, a partir do prisma da divindade, orientava toda a produção de conhecimento e as práticas de saúde. As teorias desenvolvidas eram preservadas pela igreja nos mosteiros com as devidas limitações determinadas pelo cristianismo (SILVA, 1986).

O atendimento aos pacientes com maior poder econômico era feito pelo médico clínico, profissão de maior valorização social. Cabia a esse profissional a realização das atividades intelectuais de cunho interpretativo do processo saúde doença. Tal profissional não se envolvia com os cuidados manuais (PIRES, 1996).

A assistência à saúde da camada pobre da população era realizada pelos práticos, pelos religiosos, pelas parteiras e por homens de ofício que detinham conhecimentos gerais básicos (SILVA, 1986).

Os homens de ofício eram pessoas que se profissionalizavam nas corporações de artífices, tais como: cirurgiões, cirurgiões barbeiros, dentistas e farmacêuticos (boticários). Estes profissionais, inicialmente, tinham o controle de todo o seu processo de trabalho, bem como sobre a produção e reprodução do conhecimento acerca de seus ofícios (PIRES, 1996).

Ao longo do tempo, na sociedade orientada pelos valores do cristianismo e sob uma estrutura social notadamente marcada pelas desigualdades, os ofícios que se caracterizavam pela realização de atividades manuais junto ao paciente foram aos poucos sendo submetidos à orientação e subordinação às atividades reconhecidas como cunho intelectual. Nesse tipo de organização social “a medicina clínica tinha esse caráter de trabalho intelectual, articulado e formado, segundo o pensamento dominante sendo considerado superior ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões, cirurgiões barbeiros, boticários, dentistas e outros” (PIRES, 1996, p.86).

Outro aspecto que vai reforçar a subordinação, referida acima, é o de que as instituições que ofereciam a formação médica passaram a coordenar, também, as atribuições legais das práticas profissionais e dos demais ofícios do trabalho em saúde.

As relações de subordinação das demais profissões da saúde à profissão médica, portanto, já eram presentes na idade média e permanecem até hoje com essa caracterização como se observa nas falas dos sujeitos deste estudo, ainda no atual século.

Nesse modo de organização do trabalho em saúde, as forças de trabalho com menor valorização social compõem o processo assistencial como forças de apoio ao trabalho médico, passando a realizar as atividades de cuidado específicas de seus ofícios e outras determinadas pelos médicos. Pires assinala que:

O trabalho profissional de enfermagem, e, mais recentemente, de nutricionistas e fisioterapeutas, é parte do trabalho coletivo em saúde. No espaço institucional, ao mesmo tempo em que estão subordinados ao trabalho médico que detém o controle do processo assistencial em saúde, mantém relativa autonomia (1996, p. 90).

Portanto, na medida em que o trabalho médico se institucionaliza no espaço hospitalar, com tal status, vai reproduzindo a organização racional do trabalho que envolve não só o controle de seu processo, mas o do trabalho alienado, ficando sob seu comando as demais forças, consideradas como forças de apoio, como já referi anteriormente.

No HCPA, por exemplo, o serviço de recreação composto por professores de educação física, pedagogos e terapeutas ocupacionais, o serviço de psicologia composto por psicólogos e o serviço social composto por assistentes sociais estão subordinados hierarquicamente à Vice-Presidência Médica. Embora tais serviços tenham como chefes os profissionais do próprio núcleo profissional, a autonomia para a gestão é relativa ao limite dado pelas chefias médicas que têm como incumbência a coordenação das diversas equipes.

Os “outros”, os demais profissionais de saúde, referidos em boa parte da literatura em saúde como “não médicos”<sup>48</sup>, de modo geral compõem mais de uma equipe sob a coordenação médica, na qualidade de consultores, fragmentando ainda mais os seus processos de trabalho junto ao paciente e na relação com os demais profissionais da equipe, no sentido de um planejamento em conjunto sobre as condutas terapêuticas a serem tomadas em relação ao paciente. Há profissões como a dos psicólogos, entre outras, que pautam seu processo de trabalho, a partir do ritmo da equipe médica,

---

<sup>48</sup> Observei em vários artigos científicos que abordam análises críticas, quanto à questão da hegemonia médica, publicados por profissionais da saúde, tais como enfermeiros, dentistas, entre outros, a referência aos demais profissionais da saúde como os “não médicos”. Essa tendência é, no mínimo, indicativa de um suposto senso comum de que o profissional que não ocupa o cargo de médico seja comumente reconhecido como seu antônimo e não pela nomenclatura de sua profissão em razão das circunstâncias históricas da hegemonia da profissão médica. Observei, também, a utilização da nomenclatura “outros” para identificarem as demais profissões da saúde, com exceção da profissão médica que tem sua nomenclatura profissional garantida.

subordinando-se aos seus movimentos e condutas tomadas na lógica biomédica, conforme mencionado nas falas abaixo:

**PN/PSIC/SC** – Existe uma cultura dentro da psicologia hospitalar de acompanhar a equipe médica. As autoras que tem livros em psicologia hospitalar relatam a necessidade de o psicólogo hospitalar estar junto com a equipe médica, no ritmo da equipe e as outras áreas, como nutrição e enfermagem, têm que também andar nesse ritmo.

**PC/ENF/SM** – Da época da minha formação e a atual acho que a equipe de saúde nos hospitais não mudou muita coisa. As relações entre os profissionais ainda se realizam num nível bastante hierárquico.

A partir dessa organização, “a divisão social do trabalho em áreas do conhecimento, em campos de atividades, adquire outro caráter. Pode-se dizer que à especialização das atividades se sobrepõe a perda do controle do processo de trabalho” (PIRES, 1986, p.88).

O trabalho em saúde, desde a fase de acumulação primitiva, vai avançando no processo de dissociação dos trabalhadores dos meios de produção e do conseqüente controle de suas atividades.

Nessa perspectiva, Marx ensina que a acumulação “é considerada primitiva porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção capitalista” (2005, p. 828). Os trabalhadores que exerciam com independência seus ofícios de cuidado ao paciente passam a ser subordinados às determinações e regramentos da corporação dos médicos clínicos.

Para Gramsci:

Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2001a, p. 15).

Já nessa fase do trabalho em saúde se observa o papel dos intelectuais orgânicos da assistência à saúde – os médicos clínicos- a *função essencial* de direção dos demais trabalhadores da saúde e a homogeneização do processo de trabalho, a partir da lógica pensada por tais intelectuais. Isso se mantém até hoje, como apreciamos no conteúdo da práxis dos profissionais.

É importante referir que essa estruturação do trabalho em saúde somente se desenvolve, em plenitude, quando os diversos trabalhos passam a ser oferecidos num mesmo local, denominado de hospital, caracterizando o trabalho coletivo, em que a

participação de cada trabalhador na produção do cuidado pode se fazer de modo direto ou indireto.

Cumprе salientar, que a configuração de natureza religiosa dos hospitais na idade média só se desfaz na decadência do feudalismo. Por muito tempo o cuidado do corpo aliou-se ao cuidado das questões da alma. Os espaços hospitalares antes da era moderna eram destinados, sobretudo, à camada mais pobre da população. Os ricos eram atendidos a domicílio e, por vezes, em consultórios que geralmente funcionavam na residência do médico clínico, do prático ou nas corporações de artífices.

Nos séculos XII e XIII de tempos e contextos marcantes da idade média, à semelhança do renascimento, o homem é posto no centro do universo, voltando-se para o mundo material pela busca de aventura e conquista. Segundo Silva “as cruzadas, vistas como a expressão máxima do imperialismo medieval, sintetizam bem tais tendências, sendo o resultado da convergência de interesses diversos – religiosos, econômicos, políticos” (1986, p.18).

O intenso comércio com o orientе provocou o desenvolvimento urbano, concentrando a riqueza nas cidades. O eixo central da economia feudal deixa de ser a agricultura, passando as transações comerciais influenciarem a dinâmica da sociedade civil e política. A perda de poder do senhorio dos feudos dá lugar ao fortalecimento das monarquias, surgindo com esse panorama uma nova ordem social, política e econômica.

Nessa perspectiva, segundo Mendes Gonçalves na história das sociedades ocidentais até o final do século XVIII aproximadamente, a concepção que inspirou a compreensão do fenômeno saúde-doença e a organização do trabalho em saúde inspirou-se no cristianismo (1992, p.31).

Marx referindo-se à sociedade capitalista observa que o cristianismo “com seu culto do homem abstrato” é “a forma de religião mais adequada para essa sociedade” (2006, p. 100-101). Nesse contexto, a enfermidade era entendida como castigo divino, porém advinda de um Deus misericordioso para remissão dos pecados e salvação para a vida eterna. A terapêutica se realizava pelo acompanhamento caridoso aos doentes. Aqueles que cuidassem dos enfermos conquistavam a possibilidade de purificar suas almas para a conquista da vida eterna. (Silva, 1986).

O processo de alienação já estava presente, desde a sociedade primitiva, mas com o surgimento das sociedades de classe, a partir da divisão social do trabalho, é que tal processo se estabelece em plenitude. Lessa (2011) refere que é por meio da alienação que as forças humanas e não as da natureza ou de entidades sobrenaturais se tornam

‘estranhas, poderosas e hostis’ e dominadoras da vida humana. A alienação produzida nas sociedades primitivas se efetiva, sobretudo, nas concepções de mundo que atribuem às forças sobrenaturais dos espíritos, dos deuses a capacidade de produção da história. Nas sociedades de classe os processos de alienação adquirem uma nova feição ao derivarem da propriedade privada, da exploração do homem pelo homem e do patriarcalismo. Nestas sociedades “a exploração do homem pelo homem ganha, aos poucos, um caráter de naturalidade, embora seja social” (LESSA, 2011, p. 89- 90).

Nesse contexto, o que não pode ser resolvido pelo homem o cristianismo resolve com o consolo de que se o ser humano ao se curvar a uma entidade sobrenatural ele estará salvo. O trabalho em saúde se enreda nesse viés.

Nessa dimensão, os seres humanos adoecem porque precisam ajustar contas com o senhor do céu e não pelos determinantes e condicionantes sociais que podem adoecê-los diariamente.

Atualmente as pessoas adoecem, mas pelo fato do corpo biológico disfuncionar, este é o termo usado pelos profissionais da saúde, quando tal corpo não segue a devida engrenagem funcional de um corpo sadio. A ciência da busca da compreensão da natureza humana separa a alma do corpo, a partir do entendimento cartesiano da ciência. Sobre essa questão Pustai refere que o autor do método cartesiano, René Descartes “abriu caminho para liberar o corpo orgânico da substância suprema (Deus), criando um dualismo entre alma e corpo” (2006, p. 24).

É desprezado o fato de que o corpo doente tem nome, é datado e situado e que sua história de vida, de trabalho, de subjetividade, de saúde e de doença está intimamente ligada aos determinantes e condicionantes sociais. De lá para cá houve um deslocamento, em parte, da figura do Deus espiritual pela supremacia do biológico e pelo entendimento mecanicista e cartesiano do corpo, que por não funcionar mais, precisa ser consertado e ajustado para o capital ou excluído definitivamente da sociedade que vive e se alimenta da força de trabalho dos corpos humanos.

Konder refere que a religião “nos seus momentos de maior eficácia e funcionalidade ideológica, tem-se revestido de formas ricas de aparelhagem conceitual e com elevado nível de racionalização” (2009, p.87). Quando necessário e estratégico, brotam as explicações para tudo na fé cristã burguesa. Quando os pobres cristãos pobres não conseguem ultrapassar a nuvem ideológica que, oportunamente, obscurece suas visões os alienando do real, é nessa fé que buscam o consolo e silenciam. A ilusão de que o Supremo Senhor do Céu socorre tanto o pobre como o rico, de que todos

compartilham dessa mesma dádiva constitui uma das formas de extrema alienação. Nesse sentido Mézáros refere que o cristianismo em sua universalidade “anuncia a solução imaginária de uma auto alienação humana na forma do *mistério de Cristo*” (2006, p.32).

Mendes Gonçalves (1992) menciona que a concepção sobre a doença produzida pelo cristianismo gerou duas consequências para o trabalho em saúde. Uma delas foi a oposição entre a tecnologia e a religião e a outra recaiu sobre a organização do trabalho em saúde sob a forma de assistência e, a partir dos paradigmas do trabalho religioso. Nesse sentido, a religião cristã com seu aporte ideológico influenciou de maneira marcante as formas de organização da medicina e da enfermagem (Silva, 1986) e em decorrência das demais profissões.

Com o Renascimento o pensamento religioso sobrenatural vai sendo contestado pela racionalidade científica moderna, a partir do século XVI. De acordo com Luz (1988) esse período compreende muitas transformações sociais e rupturas com o pensamento mágico cristão. Sobre essa materialidade moderna Lima refere que:

A ciência moderna é mais que uma forma de ‘desvendamento’ do mundo, ela é, sobretudo, uma forma de ordenação do mundo; uma forma de decodificação do significado das coisas e eventos, mas principalmente de atribuição de ordens de sentidos, através da prática sistemática de um conjunto de operações que constituem o método científico (Lima, 2007, p.60).

Os valores renascentistas, a ênfase no naturalismo, no individualismo, e a exaltação do humano e do natural em detrimento do sobrenatural e divino foram formando os lastros para a cultura moderna do ocidente e constituindo as bases da sociedade burguesa. Nesta materialidade de mudanças econômicas, culturais, científicas é fortalecido o pensamento racional baseado no princípio da razão ser a fonte exclusiva do conhecimento. Essa máxima passa a orientar o pensamento filósofo europeu, resultando no movimento Iluminista do século XVIII. Nesse período, ocorre um enorme avanço no campo científico da medicina, da matemática, da biologia, da física e da química. É dessa fase a descoberta pelo médico Harvey da circulação do sangue. Grandes invenções tecnológicas e estudos científicos sobre a fisiologia do corpo possibilitam o avanço do saber médico. No entanto, segundo nos informa Silva, tais avanços da medicina não resultaram numa aplicação imediata na prática. Por muito tempo a medicina continuou baseada nos ensinamentos do passado, evidenciando em

suas práticas os modos terapêuticos tradicionais (1986). A diferença é que o conhecimento médico já tinha ultrapassado a fase do mosteiro e além de se desenvolver em universidades, já utilizava o hospital como espaço de formação.

Os hospitais do período medieval eram espaços extremamente insalubres, onde os pacientes adquiriam as mais variadas doenças infectocontagiosas devido a formação ainda insipiente dos profissionais, quanto às normas de segurança do paciente, aliado a tudo isso às precárias instalações. Os hospitais eram lugares de caridade, onde era tratada a camada mais pobre da população.

Com a emergência do capitalismo as instituições hospitalares vão perdendo essas características e transformando-se em espaços de cura de doenças. Silva refere que “de asilo e hospedaria de deserdados passa a centro de estudos, pesquisas e tratamento da moderna medicina, diversificando sua clientela” (1986, p.48). Os hospitais tornaram-se espaços privilegiados de formação e de desenvolvimento científico e tecnológico. Com essa mudança, os ricos passam a internar nessas instituições mediante pagamento dos custos do tratamento efetuado.

O hospital passa a ser uma instituição que pode ter fins lucrativos, uma oportunidade de investimento e de trabalho produtivo no caso de um hospital privado cujos proprietários visam, com os serviços oferecidos ao paciente/cliente, a obtenção do lucro e a extração da mais valia dos trabalhadores.

O autor Guimarães (1979), nos anos setenta, já mencionava ser o hospital um “complexo médico-industrial” o que agora é uma realidade presente em quase todas as instituições hospitalares constituídas como espaços de ensino, de programas de formação de trabalhadores em serviço, de nicho de pesquisas científicas de ponta, financiadas por indústrias poderosas, com o fim precípua de descoberta de novas tecnologias, entre outras iniciativas.

Hospitais localizados em cidades de grande porte, normalmente ligados a Universidades tanto públicas, como privadas costumam sediar grandes Centros de Pesquisas que contam com vultosas somas não só oriundas do fundo público, como do fundo privado, de empresas que vislumbram a área da saúde com um *lócus* privilegiado para expansão de seus capitais. Nessa situação há enorme interesse de investidores privados em injetar recursos financeiros para criação de novos produtos, principalmente a indústria farmacêutica, entre outras, inclusive a de cosméticos que relacionadas a um mercado feminino patrocinam pesquisas com relação às situações que afetam a estética das mulheres. Os hospitais constituem um lugar privilegiado para testagem de novas

medicações e prática de outras experiências para o desenvolvimento almejado dos hospitais/ empresa.

A par dessa realidade, a arquitetura político pedagógica das formações para o trabalho em saúde também passam a assumir os contornos do que é demandado pelo grande mercado lucrativo dessa área. Naturaliza-se a ênfase nas formações de especialidades cada vez mais valorizadas em detrimento da formação generalista, da necessidade da compreensão integral do ser humano para uma boa prática preventiva e de promoção da saúde.

Silva refere que:

Sob o capitalismo, a área da saúde desprende-se institucionalmente da assistência social genérica (característica da sociedade feudal), passando formalmente para a responsabilidade do Estado, cujas formas de assumi-la estão intimamente vinculadas às necessidades do sistema produtivo bem como ao jogo das forças políticas envolvidas no problema (1986, p.49).

Desse modo a medicina vai desfigurando sua vocação de cunho religioso e caritativo para vincular-se definitivamente aos mandamentos do capital. As propostas da medicina e, de forma coadjuvante, das demais profissões da saúde que seguem seu modelo de formação e estruturação iniciam uma busca de novos caminhos tipificados nas características que configuram o sistema produtivo.

Nesse modo de produção o corpo humano, como um dos componentes das forças produtivas, tem que estar em condições para produzir cada vez mais e em menor tempo. Para não oferecer prejuízo ao capitalista necessita ser conservado até o limite necessário como fonte geradora de mais valia. Nessa medida, o trabalho em saúde passa a ser um dos elementos propiciadores da manutenção da roda viva da produção e do consumo. Aliado a isso, o desenvolvimento dos conhecimentos sanitários, a progressiva densidade demográfica e a gradativa intensificação dos problemas de saúde, mediados pelas condições de vida de um grande contingente da população, vão constituir os elementos propulsores para a ampliação da assistência à saúde geral e especializada.

Em torno da segunda metade do século XIX, os estudos e pesquisas relacionadas ao campo da saúde iniciam um período de expressiva expansão justificada não só pelo enfraquecimento da hegemonia metafísica, mas, sobretudo, pelo surgimento da concepção positivista de ciência. Segundo Pires “avançam conhecimentos de anatomia, de fisiopatologia, de microbiologia e imunologia. São inventados equipamentos que auxiliam no diagnóstico clínico e no estudo das doenças” (1996, p. 91).

Essa fase foi considerada por muitos historiadores como a era de ouro da medicina pelas descobertas científicas que contribuíram para os avanços na área, entre essas, a elaboração da teoria microbiana das doenças que indicava que cada doença era causada por um ser vivo microscópico específico, a partir dos estudos de Louis Pasteur e Robert Koch.

Mais tarde, no decorrer da primeira década do século passado, iniciava-se uma longa trajetória para o desenvolvimento da microbiologia e a imunologia. A descoberta do Raio X, por exemplo, trouxe a possibilidade de realização de diagnósticos mais céleres. (SILVA, 1996).

Nesse contexto de grandes descobertas, veiculadas pela concepção positivista, que valida apenas os conhecimentos desenvolvidos e testados empiricamente e sob a égide de uma eficiente e sistemática metodologia científica, os médicos passam a figurar, como os detentores do ‘verdadeiro’ saber científico e as outras práticas, não institucionalizadas, passam a ser encaradas como charlatanismo e bruxaria. (Pires, 1996, p.91).

Nesse movimento, a lógica positivista vai contribuindo para uma enorme ampliação do número de especializações, resultando no parcelamento do conhecimento e do próprio ser humano que passa a ser visto e atendido segundo os seus órgãos doentes (Pires, 1996, p. 91).

Pustai refere que “a Revolução Industrial criou as bases para o desenvolvimento de uma medicina adequada para reparar, esquadrihar e enquadrar o corpo do operário nas relações sociais de produção capitalista” (2006, p. 30). É perdida a visão integral do ser humano.

Esse processo desenvolveu-se inicialmente na Europa, mas foi na América do Norte, nos Estados Unidos, onde a industrialização se deu em maior escala, que a medicina vai assumir a característica apontada por Pustai (2006), adquirindo fôlego, a partir da criação da Universidade de Johns Hopkins em 1893 e em 1910, com o estudo feito por Abraham Flexner, já mencionado neste estudo.

Nesse processo de fragmentação do conhecimento, há uma decisiva contribuição do paradigma flexneriano em direção ao Modelo Biomédico, inspirado tanto nos princípios positivistas, como no liberalismo (Rizzotto, 1999, p. 35).

Em meio ao liberalismo, cada vez mais a medicina vai se constituindo como meio de manutenção e reprodução da força de trabalho necessária a seu prosseguimento. O setor da saúde passa a ser chamariz, enquanto consumidor de bens e equipamentos

sofisticados, bem como incentivador do consumo de medicamentos. A área da saúde torna-se um filé mignon, como fonte geradora de benefícios para o capital. Nesse contexto de medicalização, a medicina se insere com força e poder. A saúde passa a ser vista como um bem de consumo e a fazer parte do mercado.

No entendimento de Cunha o individualismo como princípio sustentador do ideal liberal moderno vai influenciar sobremaneira a formação em saúde. Para Cunha:

O individualismo acredita terem os diferentes indivíduos atributos diversos e é de acordo com eles que atingem uma posição social vantajosa ou não. Daí o fato de o individualismo presumir que os indivíduos tenham escolhido voluntariamente o curso que os conduziu a um certo estágio de pobreza ou riqueza. Se a autoridade não limita nem tolhe os indivíduos, mas ao contrário permite a todos o desenvolvimento de suas potencialidades, o único responsável pelo sucesso ou fracasso social de cada um é o próprio indivíduo e não a organização social (1980, p. 28)

A ideologia individualista burguesa em detrimento dos valores coletivos, segundo Rizzotto vai ser assimilada pela Medicina Científica em dois momentos: “quando escolhe o indivíduo como objeto central do seu saber e de sua prática e quando aceita o adoecer como responsabilidade individual” (1999, p.41). Tal concepção está completamente afinada à visão biologicista e ao modelo biomédico que reduz o processo saúde doença a uma análise desprovida do entorno social determinante e condicionante de tal processo. Convenientemente responsabiliza o indivíduo pela condução de sua saúde, desconsiderando em seu diagnóstico e profilaxia terapêutica as adversidades sociais, econômicas e culturais que o afeta. Essa ideologia afeta as áreas do saber de modo geral. A formação em educação física, por exemplo, assumiu, durante muito tempo e ainda é influenciada por ela, uma das faces da ideologia individualista burguesa, por meio da teoria da aptidão física e esportiva. Esse panorama apresenta mudanças, a partir dos anos oitenta, quando a graduação em educação física atrai para seu conteúdo o conhecimento das ciências sociais, conforme expressa Bracht: “O campo da Educação Física passa a incorporar as discussões pedagógicas nas décadas de 1970 e 1980, muito influenciadas pelas ciências humanas, principalmente a sociologia e a filosofia da educação de orientação marxista” (1999, p. 10). Até então, segundo Bracht a formação em educação física foi decisivamente influenciada pela medicina e sua historicidade biologicista e mecanicista em que o corpo humano:

é igualado a uma estrutura mecânica – a visão mecanicista do mundo é aplicada ao corpo e a seu funcionamento. O corpo não pensa, é pensado, o

que é igual a analisado (literalmente, “lise”) pela racionalidade científica. Ciência é controle da natureza e, portanto, da nossa natureza corporal. A ciência fornece os elementos que permitirão um controle eficiente sobre o corpo e um aumento de sua eficiência mecânica (1999, p. 5).

No ritmo, portanto, dos ordenamentos da ideologia individualista burguesa, da abordagem fragmentária da concepção cartesiana, do positivismo, do modelo biomédico a medicina e as demais profissões da área da saúde reduzem suas intervenções ao tratamento dos sintomas e de suas causas, sem se preocuparem com outros aspectos que concorrem para o processo de saúde dos usuários. A medicina torna-se prioritariamente curativa, valorizando cada vez mais a criação de espaços onde a cura pode ser realizada de forma mais efetiva, a partir de uma base científica. O lócus privilegiado para tal são os hospitais.

Nesse contexto, para atender às necessidades do mercado nas diversas áreas produtivas, a organização do trabalho vai assumindo as características que melhor garantem o movimento máximo da máquina produtiva. O trabalho em saúde não fica fora dessa organização.

Na eloquência de Marx desde que “um mesmo capital particular ocupa, de uma só vez, número considerável de trabalhadores, no mesmo local” (2006, p. 375) a preocupação não tem sido outra senão a extração da mais valia e como consequência a geração cada vez mais expressiva do lucro para o capitalista. Marx menciona que o emprego ao mesmo tempo de um número grande de trabalhadores vai produzir uma “revolução nas condições materiais do processo de trabalho” (2006, p.377).

Como foi referido neste estudo, a manufatura constituiu um marco revolucionário na materialidade do processo de trabalho motivado pelas modificações operadas no uso da força de trabalho. Já na indústria moderna, a ferramenta usada pelas mãos do homem no processo de produção é transferida gradativamente para a máquina que assume o lugar da simples ferramenta. (MARX, 2006).

Nesses movimentos do modo de produção capitalista vão sendo operacionalizadas diversas formas de controle e organização do trabalho com o fim precípua de que a produtividade atinja ganhos financeiros cada vez mais elevados.

Sobre tais aspectos Pinto analisa que:

A organização do trabalho consolidou-se como uma área específica do conhecimento passível de ser acumulada, sistematizada, experimentada, compendiada e elaborada teoricamente por agentes que não fossem, necessariamente, os executores desse trabalho (2007, p. 25).

As medidas pensadas para tal organização, aliadas à evolução das técnicas de produção concebidas substancialmente, a partir das práticas dos trabalhadores e, em parte, do desenvolvimento da ciência aplicada ao modo de produzir, têm resultado da conjugação de várias situações, tais como da disputa acirrada entre os produtores pelo controle do processo de trabalho e pelos rumos da economia, como dos aspectos que envolvem a historicidade da luta de classes. Como ensina Gramsci “a natureza humana é o conjunto de relações sociais historicamente determinadas, ou seja, um fato histórico verificável, dentro de certos limites, com os métodos da filologia e da crítica” (2000, p.56).

Nessa dinâmica histórica do capital, os processos gerenciais assumem uma posição de suma importância na coordenação do trabalho coletivo, desde os tempos da manufatura. Nesta acontece o aperfeiçoamento do trabalho parcial e “a virtuosidade do trabalhador mutilado, ao reproduzir e levar sistematicamente ao extremo, dentro da oficina, a especialização natural dos ofícios que encontra na sociedade” (MARX, 2006, p.394). É a partir dessa realidade descrita acima, que se dá a expropriação da concepção do trabalho dos trabalhadores. É solapado destes o gosto de verem o resultado do que já existia antes, idealmente em suas imaginações, é violentada sua disposição criativa, são freados seus projetos, restando-lhes a fadiga e a frustração por não conseguirem *ser mais*<sup>49</sup>.

Nas demandas capitalistas, as metodologias empregadas na organização dos processos de trabalho vão gradativamente adquirindo as feições esperadas pelo capital. Ao longo dos tempos vão se aprimorando no intuito da exploração da força de trabalho. Como refere Silva ao analisar que no século XX:

Sobressaíram modelos gerenciais que se mostraram complementares: o taylorismo, fordismo e o toyotismo. Eles se tornaram, nos dias de hoje, emblemáticos para as novas formas de controle sobre o trabalho, dando continuidade à exploração capitalista da força de trabalho. Esses modelos, designados como “gerência científica”, foram usados como paradigmas na busca incessante de novos e mais eficientes métodos de organização do trabalho (SILVA, 2000, p.48).

Primeiramente destaca-se na criação de um sistema de organização e controle do processo de trabalho, ao final do século XIX, Frederick Taylor, atualmente conhecido

---

<sup>49</sup> Expressão utilizada por Paulo Freire que tem o significado da possibilidade do homem viver sua humanidade em plenitude.

como o pai da denominada *Administração Científica*, área do conhecimento que lida com as situações que envolvem as atividades de trabalho tanto industriais, quanto financeiras, agrícolas, comerciais e de gestão pública.

O sistema concebido por Taylor busca o aperfeiçoamento da qualidade e a redução do tempo despendido na realização de atividades de maior complexidade. A aplicação desse modo gerencial avançou amplamente nas mais variadas formações sociais e diferentes contextos políticos, conformando até os dias de hoje à base da estrutura organizacional de grande parte das atividades (PINTO, 2007), entre estas, as da saúde.

Pires refere que em Taylor “as regras são estabelecidas pela gerência, cabendo ao trabalhador apenas executá-las nos devidos tempos em que for previamente determinado (1998, p. 33).

Taylor propôs a divisão técnica do trabalho humano, o controle da força de trabalho por meio de uma gerência da produção em que é estabelecida uma divisão de responsabilidades e tarefas. A cada trabalhador são destinadas somente as atividades imprescindíveis à realização das tarefas que lhes cabem, a partir de prescrições rígidas que contenham a previsão dos gestos físicos, operações mentais e condutas. Tais prescrições ficam sob a responsabilidade de outros trabalhadores que por sua vez têm também suas atribuições previamente pensadas, analisadas e prescritas por outros companheiros de trabalho que abrangem desde as atividades operacionais como as gerenciais do empreendimento. De acordo com Taylor:

Sob o sistema antigo de administração, o bom êxito depende quase inteiramente de obter a iniciativa do operário e raramente esta iniciativa é alcançada. Na administração científica, a iniciativa do trabalhador (que é seu esforço, sua boa vontade, seu engenho) obtém-se com absoluta uniformidade e em grau muito maior do que é possível sob o antigo sistema [...]. À gerência é atribuída, por exemplo, a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais que no passado possuíram os trabalhadores e então classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas, grandemente úteis ao operário para execução de seu trabalho diário (1970, p. 49-50).

O trabalho da gerência passa a estabelecer o quanto cada trabalhador pode render, em que tempo, com quais gestos, tudo isso estabelecido por meio de uma organização rigidamente hierárquica que orienta, controla e supervisiona toda a cadeia produtiva.

Gramsci refere que em Taylor é quebrada a “velha conexão psicofísica do trabalho profissional qualificado, que exigia certa participação ativa da inteligência, da

fantasia, da iniciativa do trabalhador, e reduzir as operações produtivas apenas ao aspecto físico maquinal” (2001b, p. 266).

Há um tempo não muito distante, nos serviços de enfermagem do HCPA, os técnicos de nível médio ao realizarem o cuidado direto ao paciente o faziam por partes, um só verificava os sinais vitais do paciente, outros só administravam as medicações, outros só cuidavam da higiene e conforto do paciente, outros só dos curativos e assim sucessivamente. Essa divisão técnica reproduz no atendimento hospitalar a parcelização do trabalho da fábrica.

Atualmente um mesmo técnico faz o cuidado a determinado número de pacientes no seu turno, preservando o vínculo com esses e a qualidade do cuidado pela continuidade. Esse acompanhamento da evolução do estado clínico do paciente possibilita ao profissional tomar uma medida diretamente, ou solicitar a contribuição de outro profissional no sentido de atender as necessidades dos pacientes. Neste tipo de organização do trabalho é observada “uma maior aproximação do trabalhador do entendimento e do controle sobre o processo de cuidar, possibilitando uma relação mais criativa e humana entre o cuidador e o sujeito cuidado” (PIRES, 2009, p. 134)

No processo de trabalho da equipe de enfermagem os técnicos são dirigidos pelos enfermeiros das unidades, estes e os técnicos por sua vez são gerenciados por uma das enfermeiras que tem a função de gestora geral da unidade. Acima dessa chefia da unidade há a chefia do serviço, cargo ocupado por uma professora de enfermagem da Universidade. A dinâmica gerencial segue uma hierarquia rígida justificada pela estrutura hierárquica gerada e legitimada historicamente na Instituição por meio de seu Regimento Interno, quanto à posição dos docentes da UFRGS. O mesmo acontece com o serviço de fisioterapia, criado recentemente. Este serviço seguindo a estrutura historicamente hegemônica dos serviços no HCPA reproduz a mesma organização dos serviços médicos e de enfermagem.

Na estrutura de gestão do hospital os professores da Universidade estão num patamar hierarquicamente superior aos funcionários contratados, mesmo que estes tenham o mesmo grau de formação, ou até uma formação mais elevada e adequada à gestão do serviço. Já os demais grupos de profissionais, tais como: farmacêuticos, psicólogos, professores de educação física, assistentes sociais, nutricionistas ainda estão configurados com as chefias de unidade e de serviço realizada pelos funcionários contratados do hospital. Essa característica brevemente irá mudar, uma vez que professores da UFRGS desses grupos profissionais iniciaram, desde 2012, sua

participação oficial no corpo clínico da instituição, que antes só contava com professores dos serviços de enfermagem e de medicina. No capítulo 4 deste estudo essa questão será abordada detalhadamente.

Outro aspecto a salientar na organização do trabalho das profissões da saúde, sobretudo no meio hospitalar, é que estas possuem uma gama de procedimentos operacionais padrão ou roteiros prévios estabelecidos como um passo a passo para realização de procedimentos. Na enfermagem, por exemplo, existem os denominados “POPs” (Procedimentos Operacionais Padrão) que são escritos e revisados pelas lideranças de enfermagem nos respectivos serviços e justificados pela garantia da qualidade das tarefas realizadas, a partir dos princípios científicos do cuidado. Nesses há uma descrição detalhada do procedimento operacional padrão a ser realizado nas unidades assistenciais pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os trabalhadores ficam sujeitos a tais prescrições, como recursos facilitadores de suas práticas no automatismo do trabalho cada vez mais previsto e determinado sem a possibilidade de outras performances que possam ser criadas por meio das tecnologias leves assim explicadas por Meihy e Franco:

O ‘trabalho em saúde’ é centrado no ‘trabalho vivo em ato’, à semelhança do trabalho em educação; e a efetivação da ‘tecnologia leve’ do ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, se expressa como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’ (2009, p. 431).

A previsão dos passos a serem seguidos na realização do cuidado ao paciente evidentemente confere certa segurança de sua qualidade, no entanto, tais prescrições, de certo modo, amarram a iniciativa do trabalhador no seu *trabalho vivo em ato* como referem os autores. Mesmo que os POPs possam ser revisados a cada período, quem garante que tais prescrições encerram a total previsibilidade de um encontro que não é só objetivado pelas tecnologias duras, mas também pelas leves denominadas por Merhy e Franco como encontros subjetivos imprevisíveis e sujeitos ao sabor das relações intercessoras entre sujeitos na cena do trabalho em saúde.

O trabalhador ao atender às necessidades de saúde do usuário é desafiado pelo inusitado encontro intersubjetivo que se objetiva não só pela realização de procedimentos técnicos científicos e respostas a este cuidado. Tal encontro pode ser de

momentos de criação, de estabelecimento de vínculos, de escolha de caminhos de produção da vida numa relação de reciprocidade, mas também pode ser o encontro de perdas, materializado pela prática fria de uma prescrição cartesiana do processo saúde-doença. Mesmo que esses POPs refiram os passos a seguir sempre haverá a possibilidade sem perder a perspectiva dos princípios científicos de uma boa prática do exercício da criatividade, do projeto de cuidado. Sobre essa questão Cardoso e Hennington refere que

apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos e regras comuns na área da saúde, não é possível alcançar a total padronização das práticas. Afinal, o cotidiano exige que os trabalhadores arbitrem e façam escolhas diante das diversas situações e, assim, eles pensam e se pensam e vão construindo novas realidades (CARDOSO, HENNINGTON, 2011, p. 92).

O modo de organização fragmentário do trabalho em saúde também se vislumbra em outros grupos profissionais. Os técnicos de nível médio da nutrição, da farmácia e da fisioterapia, por exemplo, também realizam suas atividades de forma parcelizada, cabendo a cada um o cumprimento de determinadas rotinas em seus turnos e sob a gerência dos profissionais de nível universitário do mesmo segmento profissional que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe. Segundo Pires “majoritariamente, a organização do trabalho reproduz a fragmentação taylorista, mas é possível encontrar diferenciações, com maior ou menor aproximação com um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado” (2008, p.133).

Essa organização do trabalho em saúde é replicada na relação entre as profissões de nível universitário em que cada uma faz a sua parte sob a gerência geral do corpo médico.

Nessa configuração gerencial do trabalho em saúde, marcadamente hierarquizada, sobretudo, nos espaços circunscritos pelas instituições hospitalares que contemplam a média e a alta complexidade<sup>50</sup> dos serviços de saúde, acrescida não só pelas mais diversas especialidades médicas, como pelo refinamento da alta tecnologia empregada nos procedimentos terapêuticos, é observada a influência do modelo fordista. Tal

---

<sup>50</sup> A atenção à saúde é organizada em níveis crescentes de complexidade. A partir dessa organização os serviços de saúde são classificados em níveis primário, secundário e terciário de atenção, de acordo com o grau de complexidade tecnológica e de especialização demandado pelo procedimento a ser realizado (MATTA e MOROSINE, 2008).

modelo se caracterizou pela racionalização da produção, pela intensificação do trabalho e pela ênfase na hierarquia gerencial.

A organização da produção em série, por meio do mecanismo da esteira rolante em que o trabalhador se fixa em um ponto dessa sem ter que se mover em busca de peças para a montagem do produto reforça as condições impostas por Taylor, quanto à separação entre a concepção e a execução do trabalho, entre a gerência dos meios de produção e a produção direta.

Outra lógica de gestão da organização do processo de trabalho e da racionalização da produção capitalista é o fordismo, assim denominado por Antonio Gramsci em razão de ser o seu propulsor, o empresário americano Henry Ford, proprietário da Ford Motor Company em Detroit ( Gramsci, 2001).

Ao analisar o fordismo Antunes refere que este, ao modo do modelo taylorista, se caracteriza “pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho” (2011, p. 24). Além de buscar inspiração nos princípios do taylorismo, baseia-se em três diretrizes: *a da intensificação*, ou seja, a redução do tempo de produção com a utilização eficaz dos equipamentos e dos insumos e o imediato oferecimento do produto no mercado; *a da economicidade* que se traduz pela redução do estoque de insumos utilizados para a produção aliada à célere exposição do produto no mercado, antes de pagamento dos insumos e dos salários dos empregados; *a da produtividade* que busca intensificar a produção de cada trabalhador ao limite máximo e em menor tempo possível, articulando a especialização à linha de montagem do produto (PINTO, 2007).

A racionalização fordista da produção capitalista nos Estados Unidos da América e no mundo, com repercussões até hoje em vários países, necessitou para sua eficácia ultrapassar os muros da empresa e penetrar no estilo de vida dos trabalhadores e seus familiares. Gramsci ao analisar esse aspecto refere que:

O industrial americano se preocupa em manter a continuidade da eficiência física do trabalhador, de sua eficiência muscular- nervosa: é de seu interesse ter um quadro estável de trabalhadores qualificados, um conjunto permanentemente harmonizado, já que também o complexo humano (o trabalhador coletivo) de uma empresa é uma máquina que não deve ser excessivamente desmontada ou ter suas peças individuais renovadas constantemente sem que isso provoque grandes perdas (2001, p, 267).

As diversas áreas do conhecimento, entre essas, a área da saúde formou e ainda forma os trabalhadores, mesmo ao arripio das DCN, lançadas há pouco mais de 10 nos,

nos estilos taylorista-fordista. A formação pela fragmentação das funções e pela recorrente especialização do conhecimento com a perda da perspectiva da visão de integral do paciente ainda permanecem. É a chamada formação pedagógica produtivista como menciona Saviani.

A minha formação como Pedagoga, por exemplo, foi realizada no âmbito da concepção pedagógica produtivista. Esta concepção segundo Saviani “postula que a educação é um bem de produção e não apenas um bem de consumo” (2008, p. 168). Para tanto, a formação em Pedagogia, anterior às novas DCN para curso de 2006, que habilitava para o magistério e para uma habilitação em orientação educacional, ou supervisão, ou administração, ou inspeção escolar supunha que a escola já estava organizada e “o ensino funcionando dentro de parâmetros adequados, cabendo ao especialista inserir-se nela para garantir-lhe eficiência por meio de uma racionalidade técnica que maximize a sua produtividade” (SAVIANI, 2008, p.51). A fragmentação do curso de Pedagogia em habilitações atendia à concepção produtivista da educação. Tal concepção, refere Saviani, “impulsionada pela teoria do capital humano formulada nos anos 50 do século XX, se tornou dominante em nosso país a partir do final da década de 1960, permanecendo hegemônica até os dias de hoje” (2008, p. 51).

Os serviços na medicina no HCPA, por exemplo, estão organizados por especialidades. Os demais na condição de apoio aos serviços médicos seguem a mesma lógica da fragmentação desses, orbitando seus processos de trabalho em torno dessa ordem fragmentária.

O sujeito de pesquisa, profissional nutricionista, vinculado ao serviço médico de pediatria, ao ser perguntado sobre as características do trabalho nessa equipe expressa bem em sua fala o sentido acima referido:

**PN/NUT/SC** – A integração na pediatria não é na perspectiva da residência e sim no modelo médico, aquela coisa: “Eu preciso de ti, tu vais me dar uma informação”.

O trabalho desse profissional, portanto, segue o modo fragmentário da organização por especialidades médicas. A sua atenção ao paciente não é pensada pela ótica da saúde da criança, mas pela lógica da especialidade médica. Além disso, por uma necessidade apontada pelo especialista médico.

Na medicina vislumbramos as várias especializações do curso. Na enfermagem e na nutrição, compostas por especialidades em nível de graduação e no nível médio, caracterizadas pela divisão parcelar do trabalho, as consequências para a fragmentação do cuidado ao paciente são bem maiores.

Pustai ao analisar a divisão fragmentária cartesiana do modelo científico hegemônico da ciência moderna e as superespecializações no campo da medicina refere que “cada parte do paciente ou cada conhecimento sobre uma determinada parte dele, somente faria sentido se fosse pensada e integrada na perspectiva de um sujeito histórico na sua totalidade” (2007, p. 83).

Vieira e Furtado referem que “apesar da especificidade do trabalho em saúde, é possível observar que em hospitais e instituições de saúde em geral, tem ocorrido a adoção de uma organização do trabalho presente em indústrias e empresas privadas” (2011, p. 3).

No fordismo a atenção à cultura organizacional e preocupação com a postura do trabalhador dentro e fora da empresa, como analisou Gramsci, trazem para gestão uma série de mecanismos de controle amplamente utilizados desde o momento da admissão do trabalhador na empresa, como “seleção e treinamento com base no caráter ou personalidade; dinâmica de grupo, sociometria, integração dos empregados à empresa” (CAMPOS, 2000, p.22).

Gramsci referindo-se ao americanismo e fordismo acrescenta que: “Na América, a racionalização determinou a necessidade de elaborar um novo tipo humano, adequado ao novo tipo de trabalho e de processo produtivo” (2001, p. 248).

O toque fordista em relação à racionalidade mais mecânica do taylorismo adiciona na elaboração do novo tipo humano, as questões relacionadas à moralidade e à afetividade. A empresa promove situações de congraçamento dos empregados, como extensão, por meio de atividades culturais e esportivas, de sua atuação não só na gerência do trabalho, mas até mesmo no lazer dos trabalhadores.

É comum, também, os gerentes referirem-se à empresa como um ente que possui vida própria, independente de seus trabalhadores, como se estes fossem um prolongamento da empresa e não a empresa um prolongamento dos estilos forjados pelas relações e processos de trabalho produzidos pelos trabalhadores. Costumam dizer, por exemplo, que o bom trabalhador tem que vestir a camiseta da empresa, adequar-se a ela, ao senso comum habilmente veiculado pelos proprietários, ou pelos seus prepostos em defesa dos interesses da produção.

Há uma frase muito em voga no HCPA que caracteriza bem essa inversão, a do afamado “jeito Clínicas de ser”.<sup>51</sup> Quem não adere a esse jeito na visão de alguns gerentes não serve para a empresa. Numa ocasião em que estávamos analisando a oferta de horários de uma atividade educativa obrigatória para os novos trabalhadores, uma gerente expressou que o futuro empregado da empresa que não facilitasse sua troca de turno para comparecer a essa atividade, oferecida no turno contrário de seu contrato de trabalho, não serviria para instituição por não ter a competência esperada pelo “jeito Clínicas de ser”. Pois, se o tivesse, abriria mão de seu turno na outra empresa para comparecer à atividade oferecida pelo HCPA. Nesse caso, a competência valorizada por essa gerente estaria mais relacionada à adaptação às demandas da empresa. Na realidade essa questão da troca nem deveria ser cogitada, pois legalmente a empresa, ao estabelecer a obrigatoriedade do comparecimento à atividade educativa para a admissão do trabalhador, tem que oferecê-la no horário de seu contrato.

Embora a organização dos processos de trabalho e da produção capitalista ainda seja influenciada, em muitos aspectos, pelas lógicas taylorista e fordista, a partir do final da década de setenta e a de oitenta há um recrudescimento dessa influência, provocado pelas intensas transformações ocorridas no mundo do trabalho.

Pinto (2007) assinala que, até então, os sistemas taylorista e fordista representavam um ganho para a economia em expansão, uma vez que se desenvolveram particularmente para a produção em grande escala, no entanto, a crise mundial dos mercados, nos anos setenta, intensificando a concorrência internacional pela variedade de produtos e coadjuvantes das escalas de produção, tais como: a qualidade, prazos de entrega, preços, entre outros, foram acarretando diversos inconvenientes para o avanço dos referidos modelos.

Antunes assinala que a década de oitenta destaca-se pelo avanço tecnológico, pela progressiva automação, pelo desenvolvimento da robótica e da microeletrônica nos diversos campos da produção. Acentua que tais aspectos

invadem o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital. Vive-se, no mundo da produção, um conjunto de experimentos, mais ou menos intensos, mais ou menos consolidados, mais ou menos presentes, mais ou menos tendenciais, mais ou menos embrionários. O fordismo e o taylorismo já não são únicos e mesclam-

---

<sup>51</sup> Esta nomenclatura é utilizada oficialmente na rede web interna do hospital, inclusive pela Coordenação de Gestão de Pessoas que ao expor o mapa de seu organograma, refere acima: “O jeito Clínicas de fazer Gestão de Pessoas”.

se com outros processos produtivos (neofordismo), neotaylorismo, pós-fordismo) (2011, p.23).

Harvey (1992) esclarece que tal mudança na maneira de organização da produção, chamada de acumulação flexível, vai desfigurando até certo ponto os estilos gerenciais taylorista e fordista. Ocorre, desta feita, uma readequação aos novos elementos da lógica de mercado flexibilizada por várias mudanças no campo financeiro, nos processos de trabalho, nas relações trabalhistas, bem como nas questões ideológicas reforçadoras das novas configurações econômicas, sociais, políticas e culturais da nova ordem hegemônica capitalista.

Essa nova forma de organização do trabalho, também conhecida como sistema toyotista<sup>52</sup> surge, ao contrário dos sistemas anteriores, numa fase de crescimento lento da economia. Pinto menciona que o toyotismo se caracterizou por

permitir que os trabalhadores adquirissem o conhecimento, executassem e passassem a se responsabilizar por várias fases do processo produtivo total, o que lhes possibilitaria desenvolver múltiplas capacidades, que, ao final seriam reaproveitadas no cotidiano de seu trabalho, com aumento da produtividade (2007, p.76).

Enquanto os objetivos do taylorismo e do fordismo se constituíam em suprimir os saberes dos trabalhadores, diminuindo seus poderes sobre os atos da produção, pelo controle e gerenciamento minucioso dos processos de trabalho, a fim de intensificá-los, o sistema toyotista reduz a especialização, passando a exigir dos trabalhadores a atuação em atividades de trabalho diversificadas, excluindo dos mais qualificados a possibilidade de negociação e o conseqüente controle e intensificação do trabalho.

Partindo do que refere Marx de que “a história de toda sociedade até hoje é a história de lutas de classes” e de que “a burguesia só pode existir com a condição de revolucionar incessantemente os instrumentos de produção, por conseguinte, as relações

---

<sup>52</sup> Toyotismo é um sistema de organização da produção de mercadorias criado no Japão, após a Segunda Guerra Mundial, pelo engenheiro japonês Taiichi Ohno. Foi utilizado na fábrica da Toyota. A partir da década de 1960 passou a ser empregado em várias empresas de diversas regiões do mundo. Tem como características principais: emprego de mão de obra multifuncional e qualificada. Os trabalhadores são preparados e qualificados para conhecer todos os processos de produção com a possibilidade de atuarem em várias áreas do sistema produtivo da empresa; mecanização flexível de produção em que esta é adequada à demanda de mercado, utilização do controle visual, ou seja, supervisão em todas as etapas de produção; emprego do sistema de qualidade total em todas as etapas de produção. Controle do desperdício de tempo e de matéria prima; sistema Just in Time – produção apenas do necessário, na quantidade necessária e no tempo necessário; visão sobre o cliente, por meio de pesquisas dos gostos e exigências do potencial consumidor (PIRES, 1998).

de produção e, como isso, todas as relações sociais” (1988, p.66), cumpre mencionar que a criação e as práticas das formas de organização do trabalho, ao longo do modo de produção capitalista, tem sido palco de disputa entre os próprios proprietários dos meios de produção e entre esses e os trabalhadores que lhes vendem suas forças de trabalho. Nesse sentido tudo que tiver ao alcance do capitalista em direção da extração cada vez maior dos saberes do trabalhador, da intensificação do uso de sua força de trabalho para o aumento da produção e como consequência do maior faturamento e da geração exorbitante de lucro serve como instrumento da manutenção do poder material e ideológico da classe capitalista.

Nessa perspectiva Pires refere a valorização no trabalho em equipe “com trabalhadores desenvolvendo múltiplas atividades e intervindo nas diversas fases do processo de produção inclusive para identificar e corrigir falhas” (1998, p.49). O sentido do trabalho em equipe assume uma conotação de arranjo para produzir mais e melhor com o controle de qualidade feita por todos. Os processos de trabalho se inter cruzam para a garantia da qualidade do que é produzido. Com isso horizontalizam as relações com o conseqüente declínio da hierarquia gerencial observada no modelo fordista.

Nos serviços de saúde, o trabalho em equipe, historicamente visto como uma política de administração das relações humanas, se ajusta ao que é ideologicamente valorizado no modo de produção capitalista.

Aliado ao referencial hegemônico biologicista das formações em saúde surge o discurso do trabalho em equipe, inspirado nos princípios da Escola das Relações Humanas de Elton Mayo.<sup>53</sup>

A ênfase no trabalho em equipe nos serviços de enfermagem, por exemplo, teve a influência da enfermagem dos Estados Unidos da América, pós Segunda Guerra Mundial, quando essa tentou migrar de uma organização de trabalho por tarefas para o trabalho em equipe, devido à situação crítica de falta de pessoal de enfermagem nos hospitais (Almeida, 1989).

Essa nova organização no trabalho, por meio de uma teoria de administração que vai viabilizar a realização do cuidado dentro da ideia de satisfação no trabalho,

---

53 O discurso do trabalho em equipe surgiu nos Estados Unidos como um movimento de reação e de oposição à Teoria Clássica da Administração. Sugere a substituição do homo economicus pelo homo social, mas na intenção do aumento da produtividade aliada à redução de custos. Os principais intelectuais dessa escola: Elton Mayo (1880/1947), Kurt Lewin (1890/1947), John Dewey, Morris Viteles e George C. Homans (Almeida, 1989).

combinada com um melhor alcance de resultados, tem um significado intencional de manter controladas as contradições geradas pela relação capital/trabalho.

Nesse paradigma, as enfermeiras passam a ser as administradoras da assistência de enfermagem, distanciando-se do paciente e delegando aos auxiliares e técnicos de enfermagem o cuidado mais direto.

O referencial ideológico da Escola das Relações Humanas que inspirou o trabalho em equipe na enfermagem, também vai influenciar as demais formações que contam com o trabalho do técnico de nível médio, como a nutrição, a farmácia, a fisioterapia. Parte do princípio de que todos os seus membros são responsáveis pela produção do melhor cuidado ao paciente e se este objetivo não for atingido, as causas se devem às dificuldades pessoais e funcionais da equipe. Essa ideia desconsidera, na análise do fracasso da equipe, outros aspectos relacionados aos condicionantes da divisão técnica e parcelar do trabalho, além da pseudo horizontalização que não passa de mais um recurso do capital para sugar ainda mais as energias do trabalhador. Na avaliação de Almeida:

O que se observa é que há somente uma elaboração discursiva para camuflar as contradições do trabalho. As relações de poder (dominação e subordinação) são vistas como hierarquia e autoridade e a divisão social é concebida como divisão técnica que conduz à cooperação (ALMEIDA, 1989, p. 66).

A reestruturação produtiva, a acumulação flexível e a nova organização do trabalho e seus aspectos metodológicos aliados à ideologia neoliberal chegam, portanto, com toda a potência possível ao segmento de serviços.

Na década de noventa, o HCPA além de investir no trabalho em equipe na conotação referida acima, reestruturou o seu estilo de administração, passando a adotar o sistema 5S de gestão<sup>54</sup>. Para tal contratou uma empresa privada que preparou as chefias para o emprego desse estilo de organização dos processos de trabalho. Nessa

---

<sup>54</sup> O Programa 5S deriva do sistema toyotista de organização do trabalho. “Os cinco ‘s’ se originam das iniciais de cinco palavras japonesas que significam as palavras de ordem para que as empresas alcancem a qualidade total na produção e nos serviços oferecidos. *Seiri* (utilização), *Seiton* (ordenação), *Seiso* (limpeza), *Seiketsu* (higiene) e *Shitsuke* (autodisciplina). O 5S tem como objetivo o desenvolvimento de um plano de gestão que busque melhorar e aumentar a produtividade, por meio de um clima organizacional que motive e proporcione segurança aos trabalhadores e que eleva o nível de competitividade do empreendimento empresarial no mercado. A metodologia de gestão 5S procura alcançar as seguintes vantagens: 1. Racionalização da produção, sem o desperdício de matéria prima ou realização de despesas desnecessárias; 2. Melhoria da qualidade da produção e dos serviços; 3. Diminuição de acidentes de trabalho; 4. Maior satisfação dos trabalhadores na realização de suas atividades de trabalho. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/5S>. Acessado em 04/05/13.

ocasião foi elaborado um manual 5S pelas lideranças do hospital que referia, em sua primeira página, o objetivo de facilitar a implantação do Programa 5S, advertindo que as informações ali contidas eram de fácil entendimento, no entanto, seria necessário que os funcionários tivessem “perseverança, determinação, cooperação, esforços constantes e um forte espírito de equipe para atingir resultados” (HCPA, p.1, 1998). A proposta de melhoria da qualidade da empresa trazia um forte apelo à disposição pessoal de cada trabalhador. Independente de qualquer investimento material para o êxito da empresa, o que essencialmente traria qualidade total na visão ideológica das orientações do manual, seriam os esforços pessoais dos seus funcionários. O que aconteceu nos anos noventa, torna a acontecer sob nova roupagem com o processo atual da instituição para a Acreditação Internacional, situação que será analisada ao longo deste item.

Campos menciona que a automação flexível amparada “na Qualidade Total e em outras metodologias administrativas, abriu espaço para o que vem sendo denominado de reengenharia organizacional” (2000, p. 22).

O mercado passa a requisitar um novo tipo de trabalhador com características psicossociais que se adaptam a novas exigências da empresa, que possam executar as mais variadas tarefas, tanto as mais singelas, como as mais sofisticadas.

Essas tendências metodológicas organizacionais do trabalho em busca da qualidade total vão se constituindo com as configurações exigidas para cada ramo da indústria ou dos serviços.

Atualmente o HCPA está vivendo outro processo próximo ao programa 5S, que é a busca da Acreditação Internacional por meio da Avaliação de uma agência internacional denominada de Joint Commission International (JCI).

Em 2006, o Hospital foi acreditado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, em 2009, aderiu ao processo de Acreditação da JCI<sup>55</sup> para preparação à avaliação externa certificadora em 2013.

---

<sup>55</sup> A Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI) é um processo de avaliação externa, baseada em critérios descritos no Manual de Padrões de Acreditação da JCI para hospitais. A The Joint Commission foi fundada em 1951 sob a orientação da American Hospital Association, da American Medical Association, do American College of Physicians e do American College of Surgeons e, posteriormente, da American Dental Association, para atuar como um órgão de acreditação independente para hospitais de todo o país. Atualmente acredita por volta de 80% das instituições de saúde americanas. A JCI é o braço internacional da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e já acreditou cerca de 240 instituições de saúde em 15 países, sendo 11 hospitais no Brasil.. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Our-Mission/>. Acessado em 05/05/13.

O intuito dessas alterações na organização dos processos de trabalho em saúde segue as tendências dos setores produtivos privados, impregnados pelo fim precípua da maior competitividade no mercado consumidor e, com isso, angariar maiores lucros.

A JCI refere alguns benefícios à instituição acreditada, tais como: obter vantagem competitiva, contribuir na melhoria da segurança do paciente; aumentar a confiança da comunidade; ampliar o reconhecimento de seguradoras, associações, empregadores e de investidores; melhoria na prestação de cuidado de alta qualidade aos usuários; auxiliar as instituições na qualificação do processo de educação dos profissionais; aprimorar o gerenciamento do risco; promover o trabalho em equipe; facilitar o processo seletivo de profissionais.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelos baixos investimentos do governo em saúde e sendo o hospital uma empresa pública, a adesão ao processo de acreditação internacional foi providenciada sem o devido incremento do quadro de funcionários da empresa no sentido da efetividade do alcance de todas as metas preconizadas para a certificação.

A decisão para o credenciamento à avaliação, a fim da aquisição do selo de acreditação internacional, além de demandar inúmeras mudanças nos processos de trabalho, tem demandado a adequação da própria estrutura física da instituição aos padrões de qualidade. Por se tratar de um espaço público, as modificações materiais não acontecem de uma hora para outra, em razão de uma base legal para compra, reforma e pedido de recursos materiais por meio de processos licitatórios. Essa característica própria dos serviços públicos acaba onerando muito mais os trabalhadores, com processos de trabalho cada vez mais extenuantes em busca de bons resultados. Sabe-se, no entanto, que tais resultados não dependem somente de seus esforços pessoais.

Como trabalhadora no serviço de educação do hospital e, por essa razão, estar diretamente envolvida com as atividades do Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (QUALIS), criado pela Instituição especificamente para coordenar o processo de acreditação, tenho observado que o nível de qualidade exigida pelo consórcio internacional não condiz com o aporte de investimentos que seriam necessários para uma acreditação, sem o desgaste humano.

Por outro lado, a instituição vem investindo pesadamente em propaganda e ações de sensibilização no sentido de estimular os trabalhadores para o árduo processo do alcance de metas, mesmo com as barreiras mencionadas acima.

A partir da eloquência de Marx e Engels de que “a classe que é a força material dominante da sociedade é, ao mesmo tempo, sua força espiritual dominante” (2007, p. 47) posso dizer que a campanha pró acreditação, organizada pelas lideranças, segue o tom ideológico do convencimento de que é possível, usando a alegoria de que os trabalhadores fazem parte de um grande time de futebol pertencente a um grande clube - HCPA<sup>56</sup>. Portanto se todos são integrantes de um grande time, embora a cada um caiba a prática de sua posição na tática da partida, é com a força de trabalho coletivo desse time, apesar das condições adversas, que serão feitos todos os “gols no campeonato” da acreditação. Em todos os espaços, sobretudo, os de grande circulação de pessoas, estão fixados painéis com as alegorias do time.

Quanto mais as lideranças da instituição manifestarem a habilidade de demonstrar que os seus interesses são os interesses comuns de todos, maior será seu poder de convencimento da possibilidade do objetivo almejado, mesmo que as condições materiais e espirituais apontem o contrário.

No final de dezembro de 2012 foi organizada uma solenidade para brindar o natal e para o lançamento da campanha para a acreditação internacional. Nesse dia os trabalhadores vestidos com camisetas amarelas, distribuídas gratuitamente com o logotipo do hospital, foram reunidos no campo de futebol da associação de trabalhadores da Instituição, sob a coordenação do Presidente do hospital (chefe do time).

Durante esse evento foram tiradas algumas fotos<sup>57</sup> e uma delas foi utilizada para a confecção de um grande painel, figura 1. Este extenso painel está exposto no saguão de maior circulação de funcionários.

Nesse movimento, para que os trabalhadores (jogadores) sejam os vencedores do campeonato eles necessitam se esforçar para marcarem os gols necessários (atingir todas as metas) que lhes dará a vitória final. Para tal, o esforço de todos em campo, ou seja, do zagueiro ao goleiro constituirá o recebimento ou não do selo.

---

<sup>56</sup> Em dezembro de 2012 saiu uma nota na página Facebook do HCPA com o seguinte texto: “Em dezembro, o time do HCPA, mobilizado pela Acreditação Internacional, vestiu a camisa e entrou em campo para uma foto e para o brinde de final de ano do hospital”. Disponível em: <http://www.facebook.com/media/set/?set=a.352399178190938.75008.330573737040149&type=3> Acessado em 06/05/13.

<sup>57</sup>As fotos estão disponíveis no Facebook do HCPA no seguinte endereço: <http://www.facebook.com/media/set/?set=a.352399178190938.75008.330573737040149&type=3> Acessadas em 06/05/13.

Figura 1 - Time dos Trabalhadores do HCPA pela Acreditação Internacional



Mediante essa realidade, os malabarismos realizados para adequar os procedimentos de atenção à saúde às metas internacionais de segurança do paciente, estabelecidas pela JCI, geram nos trabalhadores (time de futebol) um estresse enorme por terem que dar conta dessas expectativas quanto ao alcance de várias metas sem os ajustes necessários nos recursos físicos (dos estádios – os vários serviços do HCPA) e no dimensionamento do quadro de profissionais, bastante defasado em várias áreas.

Um exemplo que traduz bem essa questão é quanto a uma das metas (melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância), ou seja, a que diz respeito às condições ambientais e físicas de preparo das medicações a serem administradas nos pacientes. Observou-se que num dos serviços do hospital a bancada para preparação está ao lado de uma pia onde é feita a limpeza de materiais. De acordo com as normas técnicas isso é inadmissível pelo risco de contaminação das medicações. Para adequar essa situação ao regramento do manual da JCI teria que ser construído um novo local para o preparo dos medicamentos. Como tal construção depende de uma série de providências que devem seguir ritos legais, conforme referi anteriormente, de que maneira o profissional vai realizar o que lhe compete sem as condições esperadas? Além do rito legal, há outros requisitos quanto à prioridade, à urgência e emergência, uma vez que, pelo fato do

serviço realizar atendimentos menos sofisticados, na visão hospitalocêntrica,<sup>58</sup> socialmente construída ao longo dos anos, os investimentos nessa área são tímidos e mais tardios, pois realiza um modelo de assistência muito próximo às características dos atendimentos realizados em atenção primária pouco valorizada no âmbito do modelo hegemônico biomédico.

Outro aspecto relevante que também produz um desconforto nos trabalhadores quanto à efetivação ou não da acreditação internacional é que esta, se alcançada, constituirá uma das pontuações (20% do total) para o cálculo do percentual de remuneração variável paga aos trabalhadores no final do ano<sup>59</sup>.

Essa política compensatória pelos esforços dos trabalhadores na melhoria dos índices institucionais, setoriais e individuais da empresa ao mesmo tempo em que os estimula pela perspectiva de um retorno mais justo pelos esforços realizados, lhes causam certo desconforto pela possibilidade de não atingirem o escore para o cálculo de um valor maior quanto à Remuneração Variável, pois se as metas não são atingidas na expectativa colocada pela empresa, o valor da referida remuneração variável diminui ou pode até não acontecer.

Outro estímulo para que as metas, presentes no planejamento estratégico do hospital, sejam atingidas, entre essas, a acreditação internacional, é atrelá-las aos itens que compõe a totalidade do valor do salário do empregado. Para tal, a arquitetura do plano de carreira da empresa segue o sistema da meritocracia<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> A visão hospitalocêntrica está relacionada ao modelo biomédico, centrado na doença, na cura e na atividade hospitalar. A ênfase no trabalho médico curativo, medicalizante não ocorre ao acaso, está articulada aos interesses da sociedade capitalista liberal. Nesse sentido os interesses das indústrias produtoras de mercadorias relacionadas à área da saúde, a gradativa e lucrativa tecnificação do ato médico foram historicamente concentrando os maiores investimentos nos espaços hospitalares, sobretudo nos serviços que demandam elevados investimentos em maquinários, em formação especializada.

<sup>59</sup> O Plano de Remuneração Variável é um Programa de incentivo a resultados do HCPA instituído em 2012. É composto por três conjuntos de Metas: *Institucionais*, *Setoriais* e *Individuais*. As institucionais possuem quatro indicadores: a. o comprometimento com o faturamento o consumo com meta de 60% ou menos e peso de 20%; b. índices de faltas e atrasos descontados com meta de 0,15% ou menos e peso de 10%; c. satisfação do paciente com meta de 81% ou mais e peso de 10%; d. acreditação internacional com meta de 90% de conformidades ou mais e peso de 20%. As Setoriais possuem dois indicadores: a. gestão de Desempenho com meta de 98% ou mais de feedbacks e peso de 15%; b. capacitação institucional com meta de 75% dos funcionários realizarem todos os cursos e peso de 15%. A individual: exame periódico com meta de 100% realizado e peso de 10%.

<sup>60</sup> Segundo Bonetto (2006, p.110-111) o termo meritocracia está relacionado à valorização do mérito e do aproveitamento individual, mediante a competição entre as pessoas, a relevância dos talentos individuais e a criação de mecanismos de avaliação, que não levam em conta a historicidade dos indivíduos e os processos sociais do qual fazem parte. O resultado do fracasso ou sucesso é atribuído, única e exclusivamente, ao próprio indivíduo. Para as sociedades modernas, a meritocracia constitui um critério de discriminação e promove a competição.

Ao mesmo tempo em que a empresa estimula o trabalho em equipe, a força do coletivo, do time, incentiva também o desenvolvimento na carreira por meio da ideia de que o sucesso do trabalhador deve-se, sobretudo, ao seu esforço pessoal e, para chegar a um bom salário, esse tem que fazer o que pode, mesmo sem as devidas condições materiais e humanas.

No sentido acima referido, esses mecanismos políticos de gestão que amarram, habilmente, os interesses de desenvolvimento da empresa a estímulos salariais agem diretamente nos sentimentos e na moral do trabalhador.

Desde a emergência do sistema capitalista várias estratégias de organização do trabalho vêm sendo criadas e aprimoradas no sentido da busca de novos padrões de produtividade e de adequação às exigências de mercado. Tais estratégias, mediadas pelos períodos de desenvolvimento e de crises estruturais do capitalismo avançado, vão se desenhando no mundo do trabalho com a finalidade de produzir a dominação e o consenso.

Estamos no mês de agosto de 2013 e o hospital ainda não conseguiu o selo de Acreditação Internacional no primeiro processo avaliativo da JCI que ocorreu no final do mês de junho deste ano. De acordo com o relatório de avaliação desse organismo internacional, o hospital ficou em recuperação, tendo um prazo de três meses para adequar o que não está conforme aos padrões de segurança do paciente. Em novembro até o mês de dezembro os avaliadores retornarão.

Ao abordar o trabalho em saúde neste tópico, referindo a historicidade de seu desenvolvimento, desde o modo de produção comunal à emergência e reafirmações metabólicas do sistema de produção capitalista ao longo dos tempos, convém mencionar que mesmo que a reorganização do processo de trabalho aponte, na atualidade, algumas situações de protagonismo do trabalhador nos atos de concepção do trabalho, observamos que sua materialidade, grosso modo, ainda se mantém nas mesmas condições para a maioria, desde os tempos do taylorismo. Os trabalhadores continuam a realizar tarefas repetitivas e desintegradas do todo.

Ainda que seja vislumbrada a ênfase na integração em detrimento da especialização, esta tem permanecido presente. Mesmo que algumas atividades parcelares tenham sido agrupadas e fiquem ao encargo de um só trabalhador e que, na dinâmica dos diversos processos de trabalho multiprofissionais, seja estimulado o

---

trabalho em equipe, a autonomia de decisão para o encaminhamento de soluções está limitada a situações que não alterem as condições da lógica dominante (Campos, 2000), pelo menos enquanto a razão gerencial hegemônica continuar predominando. No entanto, em meio a essa realidade, há possibilidades de transgressões e, até mesmo, de rupturas à ordem dada. No interior das veias e artérias estruturais por onde circulam os valores hegemônicos do hospital, também circulam as forças de trabalho de homens e mulheres, empregados da Instituição, que com suas militâncias político-pedagógicas, em favor do SUS, procuram aproximar suas práticas aos seus princípios.

Embora as propostas da acreditação reproduzam, em muitos aspectos, a organização do trabalho na lógica dominante, vislumbram-se caminhos que possibilitam o fortalecimento do Sistema Único, sobretudo, quanto ao trabalho integrado entre os diversos segmentos profissionais.

A assessoria pedagógica do QUALIS e do Serviço de Educação do hospital junto às equipes, por meio de encontros multiprofissionais planejados a partir dos referenciais político-pedagógicos da educação permanente, tem produzido caminhos de integração entre os diversos profissionais não praticados até então. Pela primeira vez, mesmo que movidos por uma vontade política institucional, em razão da urgência na adequação dos processos de cuidado e de logística dos ambientes aos padrões estabelecidos pela JCI, as equipes têm problematizado de modo horizontalizador e integrador as inconformidades, por meio de rodadas de conversa com encaminhamentos compartilhados e corresponsáveis.

O enfoque da educação permanente em saúde é inspirado na pedagogia freireana e referido pelos sanitaristas com a nomenclatura “permanente” para diferenciar da educação continuada utilizada, desde sempre, pela racionalidade gerencial hegemônica. Neste modelo de gestão, a discussão dos problemas referentes aos processos de trabalho em saúde ocorrem nos limites do interesse do administrador e do que este percebe como necessário na perspectiva da política da empresa.

As estratégias político-pedagógicas da educação permanente, ao contrário, partem da problematização coletiva dos nós críticos vivenciados no processo de trabalho, durante a atenção e gestão, com encaminhamentos de resolução propostos pelos próprios trabalhadores. Os problemas são debatidos em uma roda de conversa pelos protagonistas dos processos de trabalho.

Nessa direção Campos refere que o Método da Roda “privilegia as pessoas, o Sujeito, e por isso aplica-se a equipes ou coletivos. O objeto básico com que o Método

opera é Coletivo Organizado para a Produção e não, como na administração tradicional, com a coisa *Organização*” (2000, p. 35).

Por outro lado, as práticas de gestão horizontalizadoras ainda se revelam muito insipientes e, em alguns espaços, até favorecedoras do disciplinamento dos trabalhadores, que por um tempo são segurados em seus conflitos por considerarem que estão sendo ouvidos.

É evidente que a horizontalização das relações, pensada pela concepção de educação permanente, ainda não tem se materializado na perspectiva almejada e nem os encaminhamentos acordados pelos trabalhadores têm sido contemplados como se espera, pois muitos dependem da aquiescência da administração central da empresa-hospital e da importância que é dada no sistema a esta ou aquela prática de saúde, tanto na instância local, como na instância governamental. Ainda, por se tratar de uma instituição pública e, nessa dimensão, apreender os movimentos do estado capitalista, ao lado dos interesses públicos, há os de ordem corporativa e privada, sobretudo, pelo fato do HCPA ter uma pequena, mas influente fatia de “seus negócios” voltada para o campo privado.

Em meio a essa conjuntura, a residência multiprofissional, impulsionada pelos movimentos sociais, pela ala mais progressista da academia e pelas organizações como a do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS)<sup>61</sup> e da Associação Brasileira Rede Unida<sup>62</sup>, entre outras, na qualidade de um dos caminhos de reafirmação do SUS, também vem operando algumas mudanças nos processos de trabalho, como veremos a seguir.

---

<sup>61</sup> O FNEPAS tem como objetivo “Contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde”. É composto pela Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO, Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia - ABENFISIO, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia - ABEP, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, Rede UNIDA, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional - RENETO, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico – ABENFAR Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/objetivos.htm> . Acessado em: 18-08-13.

<sup>62</sup> A Associação Brasileira Rede Unida, conhecida como REDE UNIDA: “Reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social”. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/apresentacao>, acessado em 18-08-13.

## 2.4 A POLÍTICA PÚBLICA DE FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SUS NA MODALIDADE DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Uma política pública de saúde reúne em seu arcabouço contextual: princípios, valores, ideologias e normatizações configuradas a partir de realidades materiais processuais de determinadas fases do modo de produção capitalista. Visa atender às necessidades de saúde construídas e determinadas social e historicamente.

Em meio a essa dinâmica a política pública, em alguns casos, é criada para reafirmar o modelo de atenção dominante, em outros, para abrir fissuras em direção à produção de outro modelo que o contrarie.

Tendo em vista que as relações, historicamente praticadas pelos homens na produção da vida, geram necessidades sociais, convém salientar que se encarada pelo "prisma ontológico, a atenção em saúde poderia ser compreendida como a ação humana destinada ao cuidado do/com o outro." Sendo assim, o trabalho realizado por esse aspecto deixa de ser mercadoria para assumir "a mediação primeira na produção da existência humana" (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.109). Materializado dessa forma o trabalho em saúde seria o caminho para a manutenção e desenvolvimento de uma existência humana saudável.

Ao contrário, se o trabalho em saúde assume a condição de mercadoria na perspectiva do modo de produção capitalista, a atenção à saúde irá se pautar a partir desse viés, desfigurando os aspectos do cuidado singular e humanizado para a interesseira conservação de vidas destinadas à manutenção das engrenagens que alimentam o capital.

Nesses movimentos contraditórios as políticas criadas no campo da saúde vão sendo produzidas pelo Estado em dimensões mediadas, tanto pelo ideário das propostas sanitárias da RSB, como pelo ideário neoliberal. Encontrar caminhos que enfraqueçam o conteúdo neoliberal e fortaleçam o conteúdo progressista, problematizado pela reforma, tem sido a bandeira daqueles que lutam por uma saúde que atenda verdadeiramente às necessidades da população.

No sentido de compreender a política pública de formação de trabalhadores para o SUS na modalidade da residência multiprofissional em saúde e analisar suas

contradições inicio esse tópico retomando alguns aspectos dessa formação em serviço, a partir de sua instituição no Brasil.

Na segunda metade do século XX, as políticas públicas dirigidas à área de saúde, aliadas ao desenvolvimento científico e tecnológico da indústria farmacêutica e do maquinário médico-hospitalar, além de propiciarem a crescente medicalização da sociedade, favoreceram a tecnificação do ato médico com a expansão das especializações médicas.

Em razão dessa realidade, a Residência Médica vai se instituindo no Brasil, como um curso de especialização *lato sensu* destinado a graduados em medicina.

Inspirados no modelo norte-americano flexneriano, os programas brasileiros de residência, desde a década de quarenta, ainda vêm reproduzindo, sobretudo no âmbito hospitalar, com algumas exceções, a lógica da formação biologicista, da centralidade da prática médica no procedimento e não no paciente, da medicina medicalizante, curativa e privada. Nesse sentido, o sujeito de pesquisa, atual preceptor da RIMS, ao caracterizar o modelo hospitalar no qual expressa sua materialidade de trabalho refere:

**PN/NUTRI/SC** – O modelo do hospital é médico, de clínica, de estudar doença, de curar a patologia. É muito difícil a gente sair daquele quadrado da nossa formação sendo que se a tua formação foi desse jeito, o lugar onde tu trabalhas também é, dificilmente as pessoas farão diferente, claro que tem pessoas que já têm essa questão mais aflorada, no meu caso eu entrei no hospital e não tive nem tempo de me apropriar do próprio hospital e já veio a residência junto.

A reprodução da lógica biomédica ainda é a dominante no âmbito hospitalar e na formação graduanda dos trabalhadores, não só médicos como das demais profissões da saúde. Na narrativa acima, a profissional de nutrição, formada recentemente à luz das Novas DCN, não conseguiu sair do modelo biomédico.

Para Feuerwerker “existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes” (2002, p. 1). Acrescento que o SUS, além de precisar de médicos diferentes para que possa realmente alavancar suas proposições, necessita de que a formação dos demais profissionais da saúde percorra o mesmo caminho. Feuerwerker (2002) continua seus argumentos, referindo que a educação médica tem que viabilizar um modelo de formação que de conta não só de uma concepção de atenção integral e humanizada à população, como da habilidade do trabalho em equipe e da capacidade de realizar a análise do paciente não somente do ponto de vista clínico individual, mas em seu contexto social.

No horizonte dessa necessidade de mudança na formação médica, a fim de aproximá-la das proposições da RSB, da “construção de um modelo tecno-assistencial coerente com as necessidades da população” (PINHEIRO, 2007, p.115) e de uma prática médica que considere os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, trabalhando na perspectiva do princípio da integralidade, posto como um dos pontos de partida para a geração de mudanças no modelo biomédico, surge uma inevitável necessidade de produção de caminhos de formação pelo trabalho que integrem as diversas profissões da saúde, na dimensão do cuidado, como síntese de vários saberes e práticas.

Com referência às mudanças propostas pelo Ministério da Saúde na formação médica, Ceccim e Ferla referem que:

O recente Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (Promed) proposto pelo Ministério da Saúde, em 2001-2002, recolocou a escolha uniprofissional para propor a mudança quando a experiência acumulada no país sobre projetos de mudança tem sido enfática em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde, propondo-se a noção de clínica ampliada<sup>63</sup> (Campos, 2000) para dar guarida às histórias e projetos de vida que se expressam nos serviços de saúde (2007, p.214).

Há uma expressiva ambiguidade nesse sentido, de um lado o esforço para a criação de políticas públicas de formação em residência multiprofissional em saúde, que trazem em suas proposições político-pedagógicas o objetivo de desenvolver práticas de formação no trabalho que contribuam para reafirmar os princípios do SUS e, de outro lado, o esforço do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (PROMED) do Ministério da Saúde que reafirma a escolha uniprofissional como promoção de mudanças nos serviços de saúde.

Para ser atingida a atenção integral à saúde torna-se necessária a ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de sua compreensão e de suas ações e o reconhecimento das limitações da ação uniprofissional

---

<sup>63</sup> Segundo Campos e Amaral enquanto a medicina biologicista trata das doenças, a clínica ampliada agrega “além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas)”, advertindo que o mais importante na clínica ampliada “seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas” (CAMPOS e AMARAL, 2007, p.852). A Clínica Ampliada é definida pelo Ministério da Saúde como “Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (BRASIL, p. 38, 2006a).

no sentido do atendimento das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2004b). O relato a seguir reforça o entendimento da categoria médica pela escolha uniprofissional.

No ano de 2006, num encontro de estudantes da Faculdade de Medicina da UFRGS, realizado no HCPA, assisti a uma fala proferida por um médico, questionando as residências multiprofissionais como uma necessidade de formação em saúde. A decisão de comparecer ao encontro foi combinada com os profissionais que estavam elaborando o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA, tendo em vista que um dos temas anunciados pelo encontro versaria sobre o questionamento da validade de proposição de Residências Multiprofissionais em Saúde. Nessa correlação de força, firmamos nossa oposição e demarcamos território. Convidamos para comparecer nesse evento, profissionais de outras instituições de saúde, que participavam de Programas de Residência Multiprofissionais, há algum tempo. Consideramos que a nossa presença no encontro, aliada a desses profissionais, que já viviam a realidade de uma formação em Residência Multiprofissional em Saúde qualificaria o debate, na medida em que, além de médicos e estudantes de medicina, estariam presentes os demais profissionais e estudantes da saúde das recentes residências não médicas.

Nos pronunciamentos dos palestrantes médicos, um deles lançou mão de uma metáfora para explicar o processo de trabalho em saúde. Ele comparou a equipe de saúde a um grande avião, em que o piloto comandante seria o profissional médico, os demais tripulantes realizariam o trabalho de apoio aos médicos.

Durante os debates, vários estudantes, preceptores das Residências e representantes dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde se manifestaram opondo críticas ao modelo de saúde biomédico, às estruturas hegemônicas na organização do trabalho em saúde, à fragmentação nos processos assistenciais. No decorrer da referidas manifestações, um dos médicos presentes no evento, pediu a fala, referindo que o termo “Residência” era próprio do vocabulário da categoria profissional médica e estava afirmado, como tal, no Decreto N° 80.281/1977 e Lei 6.932/1981<sup>64</sup> que determinam que a Residência em Medicina é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Para esse profissional, em sua sabedoria médica, estava encerrada a questão.

---

<sup>64</sup> O Decreto N.º 80.281 de 5 de setembro de 1977 - Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. A Lei n° 6.932, de 7 de julho de 1981 - Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O processo de aceitação por grande parte dos membros da categoria médica, sobretudo, dos que atuam em hospitais, de um modelo de residência que abrigue as mais variadas profissões da saúde, num só programa, constitui mais do que a apropriação da palavra Residência, representa uma ameaça à posição de centralidade da figura do médico na equipe de saúde.

Mesmo com as oposições do segmento médico, as iniciativas de mudança na formação em serviço, antes de se transformarem em políticas de governo, já vinham acontecendo no país. Os projetos do Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI) e do Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas (Lapa), além do Programa de Saúde da Família (PSF), veiculado pelo Ministério da Saúde, constituem alternativas comuns de mudanças em torno da interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional (CECCIM,2007).

Na pesquisa sobre as experiências de formação pelo trabalho, na modalidade de residência, que antecederam à Lei 11.129/2005<sup>65</sup>, o Rio Grande do Sul desponta como pioneiro, pois em 1976, era criada no país, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Propunha formar profissionais na perspectiva integrada entre saúde e clínica, saúde mental e saúde pública, com um repertório humanista no atendimento da comunidade. Após dois anos transformou-se em uma modalidade multiprofissional (BRASIL, 2006 b).

Anos mais tarde, em 1993, pós criação do SUS, surge o PSF. O governo vai buscando alternativas para dar conta de suas proposições, pela via da atenção básica. As experiências, nesse sentido, provocam a necessidade de uma formação em saúde orientada pelos princípios do sistema, o que não acontecia nas formações iniciais dos profissionais de saúde.

No final da década de noventa, os gestores do antigo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, articulados com sanitaristas oriundos da RSB propõem a criação de residências em saúde da família, a partir do modelo de Residência Multiprofissional, onde o profissional de saúde se especializaria no seu núcleo profissional, porém conviveria com outros saberes e práticas, em seu processo de

---

<sup>65</sup> A Lei 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.

formação em serviço, numa área comum orientada pela saúde pública<sup>66</sup>, pela promoção da saúde, pela integralidade na atenção e acolhimento. Essa iniciativa tinha a participação dos órgãos formadores, das Associações de Ensino das diversas profissões da saúde, da Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Surge a partir dessa mobilização, a elaboração e proposição das DCN para os Cursos de Graduação da Área da Saúde, formalizadas publicamente, a partir de 2001. (BRASIL, 2006 b).

Nesse panorama de mudanças foram criadas, em 2002, dezenove residências multiprofissionais em saúde da família, garantidas financeiramente pelo Ministério da Saúde, com propostas pedagógicas diferenciadas, porém orientadas pelo objetivo do trabalho integrado das profissões envolvidas.

Grande parte das políticas de formação de trabalhadores para o SUS tem sua origem nas Conferências Nacionais de Saúde. Uma delas diz respeito à decisão de elaborar um documento denominado de “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” (NOB/RH-SUS) pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, a partir de deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). Este documento vem ao encontro do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, na medida em que reafirma a importância do trabalho e a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais (BRASIL, 2006 b).

Outra medida favorável à formação de trabalhadores para o SUS, ocorreu no início da atual década, em que o MS em consonância com a NOB/RH-SUS cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), dando cumprimento ao Art. 200 inciso III da Constituição Federal, que determina a competência do SUS para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. O Departamento de Gestão da Educação passa a produzir ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2006). A criação desse departamento contribui para o fortalecimento e geração de políticas de formação para trabalhadores do sistema.

---

<sup>66</sup> A saúde pública concentra sua ação pelas políticas de Estado a partir dos interesses por ele representados nas diferentes maneiras de organização social e política das populações. Num entendimento mais tradicional seria a aplicação de conhecimentos da área da saúde com a proposição de organizar sistemas e serviços de saúde, agir em situações condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, realizando o controle do surgimento de doenças nas populações por meio de ações de vigilância e intervenções governamentais. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde\\_p%C3%BAblica](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde_p%C3%BAblica). Acessado em 15-11-10.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, criada pela Portaria nº198 de 13 de fevereiro de 2004, também constitui um exemplo de tal fortalecimento.

Essa política foi proposta, como estratégia do SUS, para formação e o desenvolvimento de trabalhadores da área da saúde. Sendo considerada como conceito pedagógico, para a “realização de relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2004b).

A partir da PNEPS, a educação em saúde começa a gerar marcos conceituais orientados pelos princípios do SUS, na medida em que imprime em suas propostas de educação o conceito ampliado de saúde. Tal conceito refere como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros direitos sociais básicos.

Nessa materialidade, as Residências Multiprofissionais em Saúde vêm a constituir um dos caminhos, inspirados na RSB, 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 das ciências sociais e humanas.

A formação em serviço, nessa modalidade, segue as determinações da Constituição Federal Brasileira de 1988, art. 200, incisos III e IV<sup>67</sup>, da Lei 8.080/90, art. 6, inciso III e art. 15<sup>68</sup> e, em específico, da Lei 11.129/2005, art. 13<sup>69</sup> que cria o

---

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> 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.

<sup>69</sup> 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

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 que institui a Residência Multiprofissional em Saúde<sup>70</sup> e a Portaria Interministerial 45/MEC/MS/2007 que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, alterada pela Portaria Interministerial N° 1.077/MEC/MS de 12 de novembro de 2009.

Após ser sancionada a Lei 11.129/2005, durante dois anos, foram organizadas mobilizações de fóruns de Tutores, Preceptores, Coordenadores e Residentes com a participação do Conselho Nacional de Saúde, além de outros fóruns representativos dos trabalhadores do SUS, para que, através da Portaria/MEC/MS/2007, fosse instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) responsável pela regulação da estrutura e funcionamento dos programas.

Em setembro de 2007 a CNRMS foi finalmente instituída, iniciando as suas atividades. Essa Comissão desenvolveu suas ações a partir de uma metodologia de permanente diálogo com as representações que a compunham. Em agosto de 2009, o MS e ME por meio de uma decisão unilateral deixaram de convocar os representantes dos diversos segmentos integrantes dessa Comissão para o seu Pleno, suspendendo as negociações que estavam tramitando. Essa medida gerou um nível de tensão e insegurança por parte dos gestores dos diversos programas quanto à regulamentação, credenciamento e financiamento. Nesse mesmo período, a Portaria 45 /MEC/MS/2007 é substituída pela Portaria 1.077/MEC/MS/2009 que altera a composição e a forma de funcionamento da CNRMS. São excluídos os Fóruns<sup>71</sup> que a compunham, conferindo ao governo o poder de designação dos representantes da Comissão por meio de listas tríplices com indicação pelas Instituições.

---

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.

<sup>70</sup> Portaria Interministerial N° 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.

<sup>71</sup> Fórum Nacional de Residentes em Saúde, Fórum Nacional de Tutores e Preceptores das Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional em Saúde, Fórum Nacional de Coordenadores das Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional em Saúde, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde e Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde.

Esses acontecimentos geraram nos trabalhadores um clima de insatisfação pela forma como o MEC e MS conduziram as mudanças. A partir desse período as coordenações das residências iniciaram um processo de mobilização permanente para tentarem reverter a situação:

**C/PRIMS** – A CNRMS foi constituída pelo movimento do MEC. Foi manipulada, em minha opinião. Nós não temos representação nenhuma lá. Se tu fores ver nas videoconferências é uma coisa absurda a falta de autonomia da própria comissão. Nós fizemos questionamentos. A comissão que está lá não consegue se posicionar. É claro que no momento em que tu és colocado de forma manipulada como foi a constituição desta Comissão sob a batuta do MEC, o que acontece? Tu te comprometes. Os coordenadores, por exemplo, não tem representante. Eu não me vejo representada, não estou representada naquela comissão. A escolha da coordenadora da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais foi uma coisa. Na época o MEC pediu que mandássemos os *curriculum lattes*, para eles avaliarem e a de Santa Maria foi escolhida, totalmente fora do processo de discussão, de escolha. Não tenho a mínima ideia de como decidiram.

A mobilização que sempre houve entre os programas mais antigos agregou os programas mais novos, entre esses, o PRIMS e intensificou-se, a partir do final do ano de 2009, sobretudo no RS, onde existem vários programas de residência e uma organização de fóruns e encontros sistemáticos para troca de experiências e para discussão, problematização e encaminhamentos pertinentes às regulações emitidas pelos dos Ministérios e CNRMS.

No entanto, mesmo com todas as articulações feitas, os processos de negociações com os Ministérios e atual CNRMS tem sido lentos. No IV Seminário Nacional de Saúde em 2011 foi encaminhada a criação de um “Grupo de Trabalho: Residências em Saúde”<sup>72</sup> aprovada, logo em seguida, pelo Conselho Nacional de Saúde, para as tratativas de negociações com o governo sobre a composição da CNRMS. Esse GT, após alguns encontros, acordou o encaminhamento de escolha dos membros da CNRMS por processo eleitoral. Foi aprovada, também, qual seria a nova composição da Comissão.

No ano de 2012 e no ano de 2013 no II e III Encontros Nacional de Residências em Saúde, com a participação de representantes do MEC, do MS, da CNRMS, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), dos demais fóruns representativos

---

<sup>72</sup> A composição do GT Residências em Saúde: 06 membros do Conselho Nacional de Saúde, representando seus segmentos: dois Conselheiros gestores, dois Conselheiros Usuários, dois Conselheiros trabalhadores, um Membro do CONASS, um Membro da Rede Unida – representando a academia, um Membro do MEC, um Membro do CNRMS, um Membro representante dos residentes, um convidado especialista.

das Residências em Saúde, das Instituições de Ensino Superior e de trabalhadores em saúde, foram discutidos e encaminhados temas como: “CNRMS, CNRM e os projetos políticos das residências em saúde; Educação Permanente no Brasil: desafios para as residências em um contexto de precarização e privatização do SUS”.

Os temas resultam da sistematização dos encontros e produções dos diversos fóruns permanentes de discussão, citados acima. As representações dos trabalhadores envolvidos com os programas de residência em saúde e os movimentos sociais organizados vêm constituindo forças políticas de problematização, politização, encaminhamentos:

**C/PRIMS** – Eu vejo o quanto na militância externa nós ainda somos frágeis. Nós temos uma comissão que nós não somos representados. Eu tenho muita esperança agora nesse seminário nacional, de conseguir fechar algumas articulações a princípio pelo conselho nacional de saúde.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, propostas a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangem as 14 profissões da área da saúde mencionadas na Resolução CNS Nº 287/1998.

A acreditação e avaliação dos Programas de Residência competem à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Esta foi instituída por meio da Portaria Interministerial Nº 1.077/2009 e é coordenada, conjuntamente, pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, tendo como atribuições principais:

Avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (BRASIL, SESU, Residências em Saúde, Residência Multiprofissional, 2009).

Cumprе salientar, no entanto, que a Lei 11.129/2005, resultante da política pública para a juventude, não se afasta das determinações neoliberais para a formação de jovens trabalhadores. Segundo Carvalho “encontram-se na legislação proposições que evidenciam os jovens como produtores de capital humano, o qual deve ser cada vez mais rentável, mediante investimento que os habilite a uma melhor qualificação, dentre elas a educacional” (2009, p. 83).

Embora as reformas dirigidas à formação de trabalhadores carreguem, em suas configurações, o intuito das políticas neoliberais para educação e saúde, elas também significam avanços, na medida em que colocam na roda, possibilidades de discussão sobre a formação de novos caminhos de saberes e práticas em saúde, no sentido da consolidação do SUS.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde estão afinados com as orientações das DCN para os Cursos de Graduação na Área da Saúde. Propõem o desenvolvimento de um processo educativo que capacite o pós-graduado a trabalhar em conjunto com os outros profissionais da área de saúde, no sentido de romper com o cuidado fragmentado ao paciente, valorizando de forma prioritária as necessidades de saúde da população e considerando, sobretudo, a ação preventiva, a partir de uma visão de cuidado integral e de valores éticos e culturais. Propõem dar continuidade à formação inicial, preparando os profissionais da saúde para atuarem em equipe de saúde multiprofissional.

A proposição multiprofissional da formação está fundamentada no reconhecimento da sobreposição de limites nos campos de prática, levando em consideração que quase todo o campo científico ou de práticas seria interdisciplinar (BRASIL, 2006 b).

Nesse sentido, o compartilhar sistemático e integrado de saberes, na perspectiva da interdisciplinaridade<sup>73</sup>, constitui a tentativa de provocar a produção conjunta de

---

<sup>73</sup> 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*

conhecimentos e práticas pelo diálogo contínuo proposto entre os trabalhadores das diversas profissões em saúde e, desses, com os demais segmentos do sistema.

Ainda que o entendimento da perspectiva interdisciplinar, em muitas situações, assuma uma prática equivocada por ser desenvolvida por profissionais graduados na perspectiva fragmentária e pela própria realidade de suas condições de trabalho (divisão e organização), são observados nos relatos das práticas dos programas o esforço, por parte dos profissionais, no sentido da proposição do trabalho pedagógico interdisciplinar<sup>74</sup> (BRASIL, 2008, p. 15). Em trabalhos recentes de pesquisa, que analisaram o ensino de pós-graduação na modalidade de residência multiprofissional,<sup>75</sup> os programas são justificados pela contribuição na formação para o trabalho no SUS por serem baseados propostas pedagógicas inspiradas nas “pedagogias críticas voltadas à transformação da realidade e à superação das desigualdades sociais” entre essas a Pedagogia de Freire Libertadora ou da Problematização<sup>76</sup>.

---

*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).

<sup>74</sup> O documento publicado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em 2006, intitulado: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios* traz o relato de 22 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de diversos estados brasileiros em que se observa as tentativas de criação de caminhos de produção na perspectiva de um trabalho pedagógico interdisciplinar (BRASIL, 2006 b).

<sup>75</sup> Vera Pasine e Daniela Dallegrave são trabalhadoras da saúde, com as quais eu mantive diálogos em decorrência dos nossos trabalhos na área da saúde e nos últimos cinco anos na convivência com assuntos das residências multiprofissionais aos quais nos aproximamos por força de nosso trabalho. Vera foi coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e durante sua gestão escreveu sua Tese de Doutorado tendo como tema a Residência Multiprofissional em Saúde e Daniela foi residente do mesmo Programa. Além de participar com o grupo do HCPA na elaboração do Projeto Político Pedagógico do PRIMS, durante o ano de 2006 concluiu sua dissertação de mestrado tendo como fenômeno de pesquisa, a Residência Multiprofissional em Saúde.

<sup>76</sup> A educação Problematizadora segundo Freire “promove a ‘dialogicidade’ entre o educador e o educando mediada pelo mundo. Problematizar é realizar o ato cognoscente pelo qual o diálogo se torna indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognocentes, em torno do mesmo objeto cognoscível” (STRECK, 2008, p.318).

### 3 CONCEPÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DA FORMAÇÃO INICIAL DOS PRECEPTORES/DOCENTES E DOS RESIDENTES DA RIMS: CONHECENDO OS SUJEITOS DE PESQUISA

#### 3.1 MISCELÂNEAS<sup>77</sup> DA FORMAÇÃO

Início este item partindo da história oral dos sujeitos de pesquisa sobre alguns aspectos de suas formações iniciais, a partir do resgate do passado vivido em suas formações em saúde como algo que continua se constituindo no presente num processo histórico que não está encerrado:

**PC/ENF/CIH** – A minha formação só transmitiu os conhecimentos e foi com muito pouco debate pouca atuação do aluno. Não tinha discussão em grupo. Tudo o que nós alunos procurávamos debater mais, a gente era cortada, tanto é que nas disciplinas que eu mais debati foram as que eu tirei as piores notas. A minha formação não me preparou para trabalhar na lógica do SUS. Durante a graduação absolutamente e em nenhuma especialização eu fui preparada. Durante os meus vinte e sete anos no Hospital de Clínicas, ninguém me preparou para trabalhar no SUS.

**R/NUTRI/SC** – A formação na UFRGS ela é muito voltada para clínica, não me preparou para atuar no SUS. Acho que têm outras faculdades que se voltam para outras áreas da nutrição. A UFRGS por ter o vínculo com o hospital é muito clínico e muito hospitalar e muita pesquisa. Então eu acho que eu tive dentro do que a faculdade consegue te dar de experiência, eu conseguia usar isso de uma maneira boa para estar aqui dentro hoje. Mas experiência prática na faculdade é complicada, tu aprendes é no dia-a-dia. E para trabalhar com o SUS eu tive uma cadeira só que abordava da parte de nutrição, saúde comunitária. Só que a maneira que eles abordam na faculdade não é uma maneira atrativa. É muito tu discutires só em cima de lei e ler lei, então primeiro que tu não te motivas, é uma cadeira que acaba que ninguém gosta, então é muito difícil, por exemplo, alguém querer seguir a área de saúde comunitária, saúde da família. Não instiga a curiosidade. Eles têm uma visão muito hospitalar que é o que grita dentro da UFRGS.

O período de conclusão dos cursos de graduação dos preceptores foi entre 1974 e 2003 e dos residentes entre 2008 e 2010. Dos seis preceptores e dois docentes, três

---

<sup>77</sup> A obra de Antonio Gramsci, especialmente a parte escrita nos Cadernos do Cárcere, construída sem condições de amplo acesso aos saberes e conhecimentos constituídos e circulantes no seu tempo, recebeu em vários momentos partes que denominou “Miscelâneas”. Este termo que no Dicionário de Língua Portuguesa Aurélio tem o significado de: “Mistura de variadas compilações literárias. Mistura de coisas diversas” (2008, p. 339), para ele designa conjuntos de informações e ou textos já organizados, mas que não pretendem esgotar o assunto. Utilizo o termo na combinação destes dois sentidos. A formação que é um devir que por mais que esteja sistematizada não pretendo ter esgotado a temática e, tampouco, a análise sobre esta formação inicial dos sujeitos pesquisandos. Os dados aqui apresentados podem ser retomados e novas pesquisas desencadeadas a partir deles.

realizaram suas formações iniciais, a partir das novas DCN para os Cursos de Graduação em Saúde. Quanto aos seis residentes entrevistados, todos realizaram suas graduações, a partir das novas Diretrizes criadas no início da primeira década do atual século.

Não foi por acaso que pincei as narrativas acima. Elas tratam das vivências da formação inicial de um preceptor, que concluiu seu curso de graduação há mais de duas décadas atrás e a outra de um residente que realizou sua graduação, sob a égide das DCN. Observando as falas posso, numa primeira análise, referir que a formação do residente que se graduou recentemente está muito próxima da formação do preceptor e longe das proposições referidas nas atuais Diretrizes. As materialidades do real expostas nos dois depoimentos denunciam que: “Formamo-nos como sujeitos sociais e culturais situados, colocados a um lugar, a um espaço e um tempo, a práticas concretas. Toda a formação e aprendizagem é culturalmente situada” (ARROYO, 2002, p.112). Apesar da distância entre uma formação e outra, os sujeitos sociais, preceptor e residente foram formados na perspectiva biomédica, ainda dominante. Ao relato vivido pelos entrevistados em suas graduações, agrego as análises de Ceccim e Feuerwerker que reforçam o que referi acima sobre a formação em saúde pouco ter mudado na vigência das orientações das Diretrizes:

O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde (2004, p. 1402).

A permanência ativa do modelo hegemônico na formação dos trabalhadores da saúde, para além das propostas mais progressistas materializadas nos anos dois mil, é fortemente vivificada pelas influências internacionais do Banco Mundial e da UNESCO, que a partir de orientações para educação, desde os anos noventa, vão preparando os caminhos na transformação do enfoque da teoria do capital humano para uma perspectiva do trabalhador polivalente. Acerca disso Melo acentua que:

A dimensão ético-política da formação do trabalhador, da formação do cidadão, vai se modificando nas propostas do Banco Mundial e da UNESCO, na direção da conformação a estas novas necessidades para o trabalhador polivalente e flexível (2004, p.190).

A polivalência, muito em voga atualmente, propõe um trabalhador crítico, reflexivo, como referem os textos das DCN para as Graduações em Saúde<sup>78</sup> e, além dessas nuances, com diversificadas “competências, habilidades e atitudes” exigidas como performance nos postos de trabalho, mas nem tanto, ou seja, até onde o capital permitir no limite de seu benefício.

As DCN para os Cursos da Saúde<sup>79</sup> mediante um terreno de contradições, além de terem absorvido as características apontadas por Melo, em seu reverso, buscaram subsídios nos princípios do SUS, propondo um perfil de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

Legalmente estão afinadas com a determinação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de Nº 9394 de dezembro de 1996, que confere ao ensino de 3º grau maior flexibilidade na estruturação curricular dos cursos.

Na proposta das DCN do Curso de Graduação em Enfermagem<sup>80</sup> (BRASIL, 2001a), por exemplo, bem como da reestruturação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, visando adequá-lo às atuais DCN para a Formação de Professores<sup>81</sup> (BRASIL, 2001b) ficam visíveis as marcas das políticas públicas de saúde, de educação e do contundente projeto de sociabilidade neoliberal dos organismos internacionais

---

<sup>78</sup> O texto das DCN do Curso de Graduação em Enfermagem refere no perfil do formando egresso/profissional em enfermagem, entre outras proposições, a formação: “generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>, acessado em 24-08-13. (O grifo no texto é meu). O texto das DCN do Curso de graduação em Nutrição também refere no perfil do formando egresso/profissional em Nutrição: “a formação generalista, humanista e crítica”. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Nutr.pdf>, acessado em 24-08-13.

<sup>79</sup> Conforme a Resolução 287 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) são 14 as profissões da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Já o Conselho Nacional de Educação (CNE) refere que são 12 as profissões da saúde: Biomedicina, Biologia, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. A Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal da Educação Superior (Capes) considera que são 10 as áreas das ciências da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional (CECCIM, p.11, 2002).

<sup>80</sup> As DCN para o curso de enfermagem estão materializadas no PARECER do CNE/CEB Nº 1.133/2001 (BRASIL, 2001a).

<sup>81</sup> As DCN para a Formação de Professores estão presentes no PARECER do CNE/CP 009/2001 (BRASIL, 2001b).

resultantes das relações de poder e dos embates das forças contraditórias presentes na sociedade brasileira.

Dentro da perspectiva ideológica do currículo, ressalta PEREIRA que:

Trata-se de entender o currículo como um campo ideológico, de reprodução e, ao mesmo tempo, de resistência, em que o entendimento sobre ‘o que ensinar’ está definitivamente atrelado às relações de poder e à luta por um certo tipo de sociedade. Não há, portanto, idealização possível na leitura sobre a relação entre poder e currículo, ou sobre a hierarquização de conhecimentos nos planos pedagógicos curriculares, traduzidas no cotidiano dos processos de formação profissional (2004, p.125).

Os novos contornos dos currículos que estão alimentando os diversos cursos de formação em saúde respondem avidamente à atual conjuntura política, econômica, social e cultural do país. Essa conjuntura é datada e situada e na efervescência de seus movimentos vão formando os profissionais de saúde como sujeitos sociais e culturais (ARROYO, 2002).

No entendimento de Ito (2006), se a proposta das DCN fosse bem trabalhada poderia trazer resultados positivos à formação no sentido de atender às reais necessidades dos problemas de saúde. No entanto, a autora adverte que há, ainda, muitas contradições que impedem uma mudança efetiva na formação, algumas delas produzidas pelos próprios docentes, tais como: “a pouca reflexão sobre a docência, o distanciamento dos serviços de saúde com o reforço à clássica dicotomia entre o pensar e o fazer, além do autoritarismo, fragmentação e tecnicismo” (ITO, 2006, p. 574).

Voltando à narrativa do residente no início deste item do estudo, fica nítido que mesmo numa formação graduanda concluída há menos de três anos as práticas de formação pouco mudaram.

A propósito disso, na minha pesquisa de mestrado em que estudei “A formação das professoras enfermeiras da Escola Técnica de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e suas práticas educativas” (LOPES, 2007), explícito o quanto o meio acadêmico, os movimentos sociais, as associações profissionais, as Conferências Nacionais de Saúde, entre outros, fomentaram mudanças na formação do trabalhador da saúde.

Inicialmente, os sanitaristas (assim chamados por ser os defensores do ideário e proposições da RSB), as corporações das diversas profissões da saúde, a academia, o arcabouço ideológico sobre a saúde, materializado por órgãos formadoras de opiniões e

tendências, buscavam uma formação que fosse ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, sobretudo, ao princípio da integralidade.

Nesse sentido, o Presidente da ABEn. RS em 2006, que figurava como sujeito de minha pesquisa de mestrado destacou o incansável trabalho da ABEn Nacional e das Regionais na produção das Diretrizes para o Curso de Enfermagem. Nessa direção, portanto, a ABEn tem revelado

o papel histórico dessa instituição como orientadora da formação e produtora de consenso, ora no sentido da consolidação do projeto hegemônico e ora, num caminho de possibilidades de uma outra hegemonia que realmente enfrente os problemas da saúde, o que, em sua avaliação, está sendo proporcionado pelas diretrizes (LOPES, 2007, p. 75).

Reportando-me às falas dos sujeitos desta pesquisa questiono de que forma os alunos dos cursos de graduação poderão compreender a práxis da integralidade da atenção, se seus docentes, na materialização do currículo que os forma, continuam reproduzindo a formação biomédica, mediadas pelas características cartesianas, positivistas e tecnicistas tão veementemente rechaçadas pelo movimento sanitário.

Como referiu Ito (2006), há ainda muitas contradições e nesse impasse tomo a liberdade de invocar a metáfora do ornotorrinco<sup>82</sup>, criada por Oliveira, pelo menos para o entendimento provisório dessa realidade.

Nesse cenário de educação em saúde, os programas de Residência Multiprofissionais, espalhados pelo Brasil, inserem-se como uma política pública, que traz em suas proposições o empenho de dar conta do trabalho integrado e dos princípios do SUS e, de certo modo, desenvolver na formação em serviço o que não foi praticado, durante a formação graduanda. Contraditoriamente, ao que tanto almejam, as residências multiprofissionais são propostas de especializações que, se levadas na lógica dominante da formação em saúde, vão aprofundar mais ainda o que criticam em relação à formação nas residências médicas que seguem, prioritariamente, o modelo biomédico com ênfase em especializações e superspecializações como menciona Pustai (2006), ao analisar a medicina científica moderna. Os muitos discursos de alguns autores a favor da potência das residências multiprofissionais como veículo de formação para o SUS sinalizam a ideia de que elas estão na roda para serem um dos reforçadores da

---

<sup>82</sup> Metáfora utilizada por Francisco de Oliveira, em seu livro *Crítica à Razão Dualista – O Ornotorrinco* (publicado pela editora Boitempo, 2003) para designar uma peculiaridade estrutural da formação econômica, social, política e cultural brasileira que lhe confere uma imagem de um monstro em que o incomum se constitui a regra, como modo de manutenção dos privilégios de minorias.

concretude do sistema de saúde, pensado pela RSB. Dallegrave e Kruse referem avidamente sobre essa questão dizendo:

Percebemos o discurso da RIMS associado a outros poderosos como o trabalho em equipe e o da integralidade [...]. A especialidade profissional aparece como um desafio a ser superado. No entanto, a lógica atual dos programas é a formação por especialidade. A Residência também aparece acompanhada dos enunciados que falam da necessidade da reforma universitária (2010, p. 50).

A necessidade de reforma universitária apontada pelos discursos sobre as residências multiprofissionais, referida pelas autoras, é demasiadamente presente apesar das tentativas de mudanças na formação do trabalhador da saúde por meio de políticas públicas focadas na formação. Além da residência multiprofissional, existem programas que buscam aproximar a formação aos eixos orientadores do trabalho em saúde necessário ao fortalecimento do SUS, desde a graduação, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET- Saúde<sup>83</sup> e O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - o Pró Saúde<sup>84</sup>. Estes têm como

---

<sup>83</sup> Conforme referido no portal da Saúde o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Tem como objetivo geral: propiciar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS com a pretensão de qualificar os profissionais da saúde em serviço, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Tem como objetivos específicos: facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade; Institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais dos serviços de saúde; Valorizar estas atividades pedagógicas; Promover a capacitação docente dos profissionais dos serviços; Estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade; Incentivar o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente. Expectativas do PET-Saúde: fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade; a qualificação/fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e da Vigilância em Saúde; o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e da Vigilância em Saúde; a constituição de Núcleos de Excelência Clínica Aplicada à Atenção Básica em Saúde; o estímulo para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país; a publicações e participação dos professores tutores, preceptores e estudantes em eventos acadêmicos; o desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; e a satisfação do usuário SUS. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1597](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597). Acessado em: 11/06/12.

<sup>84</sup> O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como estratégias: a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde, a potencialização de respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao

balizadores propostas de formação que vislumbrem a produção de conhecimentos e práticas em cenários estratégicos do sistema de saúde, além da tentativa de darem concretude às DCN para os Cursos de Graduação em Saúde. No entanto, mesmo com essas iniciativas ainda não se sente a repercussão esperada por tais programas.

A formação dos tutores, preceptores e profissionais dos serviços de saúde que produzem a formação por meio do PET Saúde e do Pró Saúde, de modo geral hospitalocêntrica, ainda está subsumida pela lógica biomédica do cuidado, centrada no médico, no procedimento e, marcadamente, fragmentada nas relações entre os profissionais. Com algumas exceções, vislumbram-se práticas em saúde com processos e fluxos aproximados da lógica da clínica ampliada, que leva em consideração os aspectos preconizados pelos princípios do SUS e a perspectiva do cuidado centrado no paciente. Nesse sentido, Aguiar, Nery e Peixoto ao relatarem uma experiência derivada de um PET-Saúde, implantado na Universidade de Brasília e inserido na realidade da comunidade do Paranoá-DF, durante o período 2009-2010, referem alguns aspectos dificultadores, entre outros, para o sucesso efetivo desse programa:

Ausência de um secretariado dentro da Regional de Saúde para assuntos específicos do PET atrasam o desenvolvimento de atividades. A não fixação de equipe de gestores locais gera uma necessidade de frequentes repactuações, havendo, muitas vezes, falta de investimentos da Secretaria de Saúde em equipamentos básicos para a realização das atividades. As dificuldades também estão presentes dentro da própria Universidade, por intermédio de um baixo apoio da direção. Evidenciamos alguns problemas técnico-administrativos envolvendo o transporte para os locais de atividade, e constantes períodos de greve da Universidade (2012, p.682).

Ao problematizar o conceito ampliado de saúde, pensado na 8ª CNS, contrário ao entendimento de que a saúde é a simples ausência de enfermidade, ou “um completo estado de bem-estar físico, mental e social (Conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS), observa-se que mesmo com o propósito de buscar a superação da tradição higienista e curativa por meio da determinação social da doença e de propor o rompimento com o conceito da OMS caracterizado na visão de Dejours (1986) e Caponi (1997) como utópico ou subjetivista, o que presenciamos, no dia-a-dia da formação em saúde, são pequenas e tímidas mudanças periféricas que não provocam rupturas com o

modelo hegemônico. Conforme Lunardi apesar do mérito do conceito ampliado de saúde tê-la articulado aos aspectos sociais, essa

não pode ser entendida como um meio e um instrumento de transformação da sociedade como um todo, como o eixo principal e norteador das lutas de mudanças da sociedade. Mesmo reconhecendo a importância da saúde, da sua promoção, preservação e recuperação, em muitas das reivindicações que se fazem necessárias, há que reconhecer não ser este o foco primordial ou, necessariamente, a trajetória a ser construída, frente às exigências sociais que se fazem prementes. (1999, p. 29).

A compreensão ampliada da saúde, portanto, requer a convicção de que as possibilidades de transformações da sociedade estejam aliadas à rupturas de aspectos estruturais e conjunturais da ordem capitalista que não se resumem às resoluções encaminhadas somente no campo da saúde. Este é apenas um entre tantos campos que, dialeticamente, se mediatizam no metabolismo da sociedade.

Enquanto não ocorrer a superação do capital em direção à justiça social, o que teremos são sínteses de contradições aqui e ali, que quantitativamente poderão operar alguma esperança no sentido de rupturas maiores. Essas sínteses em favor de um sociedade mais humana, no entanto, são resultados das lutas diárias daqueles que não se conformam com a arquitetura da sociedade capitalista. Nessa direção Michael Löwy refere ser necessário “entender por onde passam “os processos de transformação revolucionária de nossa realidade” (2009, s/p).

Entender tais processos passa, entre outros movimentos, pelo desvelamento dos fenômenos sociais que produzem a materialidade das configurações políticas, ideológicas, econômicas, culturais e sociais capitalistas.

Nos caminhos da investigação proposta neste estudo, as falas abaixo evidenciam a formação positivista, pautada pela lógica dominante nas diversas profissões com algumas mudanças na formação do assistente social, conforme referida pela preceptora:

**R/NUTRI/OH** – Nem nos campos de estágio que eu fiz em hospitais públicos não é explorado o fato de sermos profissionais do SUS, isso não é abordado, não é trabalhado ter um olhar integral do paciente, sabe o acesso universal, tu não discriminares, todo mundo igual... Isso tu não tem muito na faculdade, isso não é explorado. O que os estágios me ajudaram foi mais na logística como profissional, sabe, tu aprenderes o jeito que tu abordes o paciente, de ter o feeling daquele paciente, de que tu podes fazer individualizado. Mas nada conectado com o SUS.

**C/PRIMS** – Quando eu me graduei não existia SUS e nem INSS. Então é óbvio né, nem se imaginava e o modelo predominante, realmente era o modelo médico-assistencial. Era a proposta política do país naquela época. Então a formação trazia esse modelo, mas com algumas coisas tímidas

relacionadas ao preventivismo. Atenção primária, secundária, terciária era o tom daquela época em que fiz a minha graduação.

**PN/AS/SC** – Eu faço parte de uma formação positivista. Nos anos 70 a nossa faculdade seguia o modelo do Serviço Social americano, mesmo o Europeu que era dentro da linha funcionalista. E muito tempo da área da saúde era dentro do modelo biomédico. Toda a nossa classificação seguia o modelo da classificação biomédica. A nossa profissão tem uma associação que hoje se chama associação brasileira de ensino e pesquisa que no final dos anos 60 e início dos anos 70 começa a fazer toda uma revisão e cria no Serviço Social um movimento de reconceituação do mesmo que rompe com a linha positivista, funcionalista. Eu venho de uma geração que os movimentos políticos também tiveram grande implicação no entendimento. Eu vivi a revolução de 64, eu vivi a revolução dos cravos, o movimento todo da França e isso me faz com que a gente também vá se tornando muito mais crítica. A entrada no mestrado contribuiu também para uma melhor compreensão disso. Hoje há uma direção ética- política da nossa profissão, que recomenda uma direção baseada no materialismo histórico. Onde nós assistentes sociais estamos comprometidos com os sujeitos que estão em condições de desigualdade social. Nem todas as faculdades estão comprometidas com isso, a grande maioria sim.

Embora as mudanças relatadas pela assistente social, formada nos anos setenta, tenham aproximado a formação do ideário dos princípios da RSB, sobretudo, pelas próprias peculiaridades do campo de atuação do assistente social, a narrativa abaixo de uma residente, recentemente graduada, vai, em parte, de encontro à efetividade dessas mudanças no âmbito da formação inicial:

**R/AS/AC** – A minha graduação na verdade não me preparou para eu trabalhar no SUS. Na grade curricular do serviço social havia uma disciplina de políticas públicas uma vez por semana em seis meses, onde víamos as três políticas que compõe a seguridade social do cidadão no Brasil e a respectiva bibliografia que eu e minhas colegas não dávamos conta de ler em razão de estudarmos à noite e trabalhar de dia em outro setor fora do serviço social, porque os estágios no serviço social eram maus ou não remunerados. O peso da minha formação foi voltado para a assistência social. Essa disciplina foi a única na qual tive contato com o SUS. É transversal ao conceito ampliado de saúde, mas eu fui clarear isso depois quando optei por estágios que contribuíssem para eu me aprofundar mais nessa política.

Essa residente realizou sua graduação numa universidade privada no turno da noite. É importante referir o quanto os cursos noturnos, única possibilidade para os trabalhadores que não dispõem de turnos livres, são, de modo geral, os responsáveis pela formação de grande parte do contingente dos trabalhadores. As condições para experiências de estágio são reduzidas e no caso do serviço social restam as atividades pontuais de assistência social tais como: albergues, plantões noturnos nos serviços assistenciais oferecidos pelo Estado ou Organizações não governamentais (ONGS),

trabalhos voluntários, entre outros. Na sequência de sua narrativa a residente destaca essa questão:

**R/AS/AC** – Na minha graduação eu vivia um dilema, porque eu não tinha experiência como assistente social, tinha apenas a teoria. O meu curso foi noturno, trabalhava muito inclusive no final de semana. As opções para quem fazia curso noturno e trabalhava de dia seria realizar o estágio noturno e a única alternativa oferecida era nos albergues ou no Departamento Médico Legal. Os colegas relataram que tinha sido muito ruim no sentido de não terem suporte, não terem supervisor mais presente em campo e não se enxergarem na prática da assistência social. Como eu não queria uma experiência restrita, à noite não funciona a rede, eu ficaria prejudicada, pois esses estágios não iriam fortalecer o que já estava fraco em mim, que era a minha formação como assistente social, decidi ler trabalhos de conclusão de curso para ver quais eram as melhores experiências para a formação. Então eu me organizei para o extracurricular aqui no Clínicas, cujos os relatos eram os mais felizes de colegas no sentido de ter uma supervisão e uma boa formação em assistente social. Há até uma comissão de estágio que acompanha. Fiz na oncologia pediátrica e na emergência.

Embora toda a trajetória de revisão do currículo mínimo de Serviço Social, promovida nos anos oitenta pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS e pelo Centro de Pesquisa e Documentação em Serviço Social – CEDEPSS, com a aprovação de um novo currículo em meados da década de noventa (MACIEL, 2006), o curso noturno realizado pela residente manteve-se distante da apropriação das bases do SUS.

O recente currículo enfatiza o Serviço Social como profissão orientada pela teoria social crítica, tendo seu pluralismo assegurado como valor (COUTO, 2004). Por outro lado, mesmo que desfigurado pelo MEC, quando chancelado legalmente em 2001, a sua origem continua sendo um marco ético-político para a formação em serviço social. Entretanto, mesmo com todo esse esforço, Cislighi sinaliza que:

Ainda que significativos avanços tenham sido conseguidos nesses aspectos desde a entrada do Serviço Social no âmbito universitário, as condições da universidade - políticas, infra estruturais, de financiamento etc., determinadas pelas políticas para o ensino superior vigentes, são fundamentais para garantir condições, para afirmação desse projeto de formação. Assim, as contrarreformas no ensino superior em curso desde o governo Cardoso impactam as possibilidades de avanço em um dos espaços mais importantes de consolidação e difusão do projeto profissional dos assistentes sociais: as universidades públicas. Se é verdade que a intensa privatização do ensino superior bem como o crescimento do ensino à distância são evidentes retrocessos na perspectiva de uma formação crítica, é necessário, sobretudo a partir das mudanças iniciadas no governo Lula, atentar para as contrarreformas em cursos a título de “reestruturação” no interior das universidades públicas (2011, p. 242).

A fala anterior da residente assistente social dá voz à análise feita por Cislagh, sobretudo, quanto à qualidade da formação, fato acrescido à precarização dos cursos privados e noturnos, verdadeiras indústrias lucrativas de ensino em que a superlotação das turmas, a falta de um corpo docente qualificado, entre outros aspectos, passam a constituir a formação da maioria dos trabalhadores.

Nesse sentido, Ricci refere que na década de noventa “houve uma acelerada e radical inversão da realidade universitária. Em torno de 80% das vagas universitárias se concentraram em faculdades particulares, dado o acúmulo de abertura de universidades privadas no interior do país” (2008, s/p).

Os anos noventa, reduto das políticas neoliberais de mercado, da regressão de direitos, de uma proposta pedagógica hegemônica de educação, da flexibilização das conquistas trabalhistas, oferecem o terreno fértil para a afirmação de uma concepção de formação do profissional fragmentada e precarizada. Nesse horizonte triste, Coutinho refere que a nova pedagogia da hegemonia está

a serviço da perpetuação e fortalecimento de uma hegemonia que busca e frequentemente obtém o consenso das classes subalternas para a conservação de políticas que, embora sob formas mais sofisticadas, continuam a servir eficientemente aos interesses das várias frações do capital (2005, p. 13).

A proposta neoliberal de educação e a consequente proliferação de cursos aligeirados e massificados de ensino superior vêm limitando as proposições das reformas curriculares, pensadas no final dos anos setenta e anos oitenta, motivadas pela necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde e pela premente modificação de seu modelo assistencial. A insurreição costumeira do mundo capitalista empalideceu a construção de uma formação verdadeiramente crítica, política e transformadora da realidade oriunda do pensamento marxista dos sanitaristas da RSB em que a saúde é interpretada como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no movimento da produção de suas existências.

Frigotto acentua que nos anos noventa: “A dimensão certamente mais profunda e de consequências mais graves no plano do desmonte da esfera pública foi a privatização do pensamento pedagógico” (2006, p. 46). Essa dimensão é sentida fortemente na saúde, sobretudo, na formação dos trabalhadores que se dá de forma fragmentada, acentuadamente distante da concepção ampliada de saúde como podemos observar na

fala de mais um sujeito ao referir-se sobre sua formação inicial realizada no final dos anos noventa, numa instituição privada:

**PN/PSIC/SC** – A minha formação como psicóloga foi prioritariamente clínica e me detive muito nisso. A minha faculdade era bastante voltada para a clínica e para a psicanálise. Entre as disciplinas no curso de psicologia, a de psicologia social, trabalhou alguma coisa voltada para as políticas, mas muito pouco. Na psicologia a formação é basicamente clínica.

Por outro lado, a narrativa assinalada abaixo do residente, graduado em 2009 numa universidade pública, não foge tanto da realidade da preceptora de psicologia formada dez anos antes. Mesmo após 21 anos dos atuais 23 de existência do SUS não conseguimos assistir a aproximação das práticas de ensino da academia da perspectiva dos princípios do sistema. A formação ainda se realiza, hegemonicamente, na lógica médico-centrada, medicalizante, biomédica e da especialidade:

**R/FARM/CIH** – A formação inicial dos profissionais ainda é para atuar exatamente no enfoque biomédico do hospital. A graduação não forma o profissional para o SUS, forma o profissional para resolver os problemas da profissão. Os profissionais que estão dando aulas para nós na residência ainda são formados nessa lógica. Eles estão conseguindo dar aulas na perspectiva do SUS só no teórico. Na prática ainda não conseguiram implementar as propostas, pois eles também estão aprendendo junto conosco. No decorrer do tempo eu acho que esse conhecimento vai se sedimentar e vai ocorrer ao natural. As tentativas de mudança ocorrem só que às vezes acabam caindo no modelo atual do hospital.

As demais narrativas abaixo configuram um panorama no mesmo sentido. Os dois primeiros formados em 2001, o terceiro em 2003 e o quarto em 1991, dez anos antes da criação das atuais Diretrizes. Algumas trajetórias que deram sentido a uma formação ampliada para a atuação na saúde, na perspectiva dos fundamentos do SUS, foram propiciadas pelas experiências de vida dos sujeitos, pelas iniciativas pessoais, como assinalado pelas narrativas do residente de farmácia e da preceptora graduada em Educação Física:

**R/FARM/CIH** – Eu tive contato com o SUS porque eu procurei estágios na rede básica de saúde, no qual fiquei mais de um ano fazendo estágio aqui (HCPA), na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília e ali eu tive contato com a rede, com os pacientes. Eu queria ter um pouco de experiência, de contato com o paciente. Apesar de ser de ser farmacêutico, que é um profissional que tem bastante contato com o paciente, a universidade não proporcionava. Era um estágio extra, fora da faculdade, por minha vontade, eu que fui atrás.

**PC/ENF/SM** – A minha formação na universidade pública foi dividida em dois momentos, o antes e o depois de outra atividade que fiz fora da graduação, como militar. Eu acho que o exército é menos rígido que a enfermagem.

**PN/NUTRI/SC** – A minha graduação em nutrição, em 2002, não me preparou em nada, absolutamente nada para trabalhar no SUS. O que tínhamos muito era aula sobre conhecimento específico da nutrição.

**PN/EF/SM** – As disciplinas da graduação não tocavam nessa questão do atendimento do educador físico na saúde, na questão da formação para o SUS, não contribuíram para eu entender o sistema. O que ajudou foi a minha formação de vida, porque a formação se dá muito também pelas experiências de vida.

**PC/AS/AC** – A minha formação em serviço social não me preparou para atuar no SUS. Tive uma formação acadêmica mais direcionada para a questão teórica do serviço social. Não eram trabalhadas as questões do SUS.

Cabe, a partir da eloquência das falas dos sujeitos desta pesquisa, lembrar a análise de Gramsci quanto ao *Risorgimento* italiano<sup>85</sup> quando se refere aos movimentos dialéticos da categoria *hegemonia*, fazendo menção ao conceito de transformismo, referida por Aggio como “uma experiência privada de hegemonia, de elementos capazes de possibilitar o encaminhamento de transformações e reformas profundas excluindo da vida democrática amplos setores populares” (1998, p.48). Nesse processo de vida do SUS, de sua gestão, de seu ordenamento quanto à formação dos trabalhadores, da rarefeita conexão da academia com o sistema de saúde a categoria de análise de Gramsci – transformismo- reina em absoluto no terreno da formação em saúde. O que se assiste na materialidade das formações, por meio das propaladas DCN para as graduações em saúde, não passa de um transformismo em que os sujeitos históricos, futuros protagonistas do trabalho em saúde, são alijados do processo e sucumbidos na força da hegemonia de classes que permanece propositalmente longe dos interesses defendidos avidamente pelos movimentos sociais da RSB. A luta de classes se estabelece em todos os planos da vida e o caminho da formação, é um desses planos.

---

<sup>85</sup> O *Risorgimento* italiano trata-se de movimento de constituição da Itália moderna, que entre 1815 e 1870 unificou o país formado, até então, por um grupo de pequenos estados subordinado a grandes potências estrangeiras. Para Gramsci o *risorgimento* é entendido como um aspecto italiano de um movimento europeu mais ampliado, começando pela Reforma, logo depois pela Revolução Francesa e por último pelo Liberalismo. Gramsci o percebe como uma retomada da vida italiana, com a formação de uma nova burguesia e com a formação de uma consciência dos problemas não só nos âmbitos municipal e regional, mas no nacional. Também é interpretado como a transformação da tradição cultural italiana, a partir da formação de uma nova consciência histórica com a reconstrução e projeção, no presente, do passado italiano, desde Roma (Gramsci, 2000).

Nesse movimento dialético a formação em saúde, fomentada a partir do ideário proposto pela RSB, acabou sucumbindo mediante as articulações hegemônicas da academia; às produções intelectuais em série, que apesar de refletirem a necessidade de mudanças não apontam caminhos efetivos para tal; aos projetos do Ministério de Educação e da Saúde, desvirtuados dos princípios do sistema; e às posições das Câmaras Técnicas das diversas profissões, rotineiramente defensoras de seus interesses corporativistas.

O projeto de formação nas graduações dos diversos cursos da saúde, lançado a partir das Diretrizes, que era para ser coletivo quanto aos interesses de formação para o trabalho no SUS tornou-se corporativo perdendo, com isso, sua força.

Nesse sentido Gramsci alerta sobre o equívoco do pensamento corporativo, tipicamente burguês (2002, p. 239). O corporativismo das profissões da saúde dificultou, sobremaneira, a concretização do projeto coletivo de saúde pensado na Reforma Sanitária Brasileira.

A formação do trabalhador da saúde do ponto de vista produtivo falou mais alto, as incursões “hegemônico pedagógicas” como refere Coutinho, ao prefaciar o livro de Neves, perpetuam a busca do consenso no rumo da satisfação dos interesses do capital (2005, p.12). O curso de medicina é um exemplo contundente quando se observa em seu currículo o leque de opções de áreas de atuação oferecidas. Os graduandos detêm suas opções pelas áreas que lhes trarão um retorno financeiro mais elevado em suas promissoras carreiras, ficando a área da atenção primária em última opção. Reproduzindo essa lógica da formação médica os demais profissionais da área da saúde, sobretudo, a enfermagem, a nutrição, a farmácia, a fisioterapia, a psicologia também privilegiam o seu lócus de trabalho nos níveis de atenção secundário e terciário, pois prioritariamente, suas práticas de estágio concentram-se, com raras exceções, nos hospitais. As falas a seguir referem esta questão da formação costumeiramente hospitalocêntrica:

**PC/FARM/OH** – Eu tive uma formação bem acadêmica, porque eu desde o segundo semestre da faculdade já tinha bolsa de iniciação científica. Também a faculdade de farmácia em si é uma faculdade que é muito abrangente. Eu ainda peguei o currículo antigo em que a gente se formava e fazia especialização. Eu fiz ênfase em indústria de medicamentos. Nenhuma disciplina me preparou para o entendimento do SUS. Os estágios também não. Fiz a maioria no Hospital de Clínicas.

**PN/NUTRI/SC** – Os meus estágios foram a maioria no HCPA na área da pediatria e materno-infantil. Fiz também estágio no Hospital Parque Belém. E

depois de formada eu fiz estágio de aperfeiçoamento no Hospital Conceição. Os estágios nesses hospitais não me proporcionaram uma ideia do SUS. As supervisoras do estágio não davam orientações sobre o SUS.

Na organização hierarquizada do sistema de saúde, a atenção primária representa o grau dos serviços de menor complexidade (no item 2.1 faço uma análise sobre a questão a classificação do nível de atenção primária, conforme o grau de complexidade tecnológica) e maior frequência, onde se realizam cuidados prioritariamente de promoção e prevenção à saúde, nível considerado de baixo custo pela medicina tradicional. Segundo Matta e Morosini

O SUS organizou a atenção à saúde de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Segundo essa lógica, os serviços de saúde são classificados nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. A imagem associada a essa hierarquização é a de uma pirâmide, em cuja base se encontram os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funcionariam como a porta de entrada para o sistema. No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média e alta, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados (2008, p. 42).

A lógica dessa organização acabou, contraditoriamente, indo de encontro ao princípio da integralidade, com a conseqüente fragmentação do sistema, identificando a atenção básica como sendo o primo pobre do sistema, tendo em vista que na visão hegemônica do processo saúde e doença é o lugar da tecnologia simples, da baixa complexidade, embora a Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006<sup>86</sup> que institui a Política Nacional de Atenção Básica esteja teoricamente consubstanciada nos princípios do SUS, sobretudo nos da universalidade, da integralidade e da participação popular.

Com base no texto da referida Portaria chega-se a conclusão do quanto à atenção primária teria que passar por elevados investimentos para dar conta do que está

---

<sup>86</sup>A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 define a atenção básica como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (Brasil, 2006).

formalmente estabelecido no texto legal e do quanto a formação dos trabalhadores da saúde necessita estar voltada para as necessidades desse nível de atenção.

Na minha vivência cotidiana com os trabalhadores da saúde seguidamente me deparo com a incompreensão por parte desses da dinâmica de gestão dos mecanismos de conexões que cabe aos níveis de atenção à saúde realizar e dos caminhos de integração por meio da referência e contra referência, de linhas de cuidado e de apoio matricial,<sup>87</sup> que o sistema requer para funcionar a partir do princípio da integralidade. No item 5 desta tese aprofundo essa análise, informando sobre essas trajetórias político pedagógicas e ferramentas para o estabelecimento da integralidade da atenção à saúde nas três dimensões: primária, secundária e terciária.

A integralidade como princípio orientador da formação em saúde, da gestão, da atenção e do controle social ainda é discursiva, embora existam esforços dos atuais sanitaristas<sup>88</sup> que buscam na articulação desses eixos o fortalecimento e afirmação do sistema em todos os níveis, sobretudo o de sua porta de entrada. Nessa direção Ceccim e Feuerwerker referem que:

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas

---

<sup>87</sup> **Referência** constitui “o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado. **Contra referência** constitui “o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após a resolução da causa responsável pela referência [...], deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde”. Disponível em: [http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/nut/ABC\\_sus.pdf](http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/nut/ABC_sus.pdf), acessado em 01-09-13.

**Apoio Matricial:** A equipe de referência pede apoio não só a especialistas, mas a profissionais que estão próximos ao usuário no sentido de que são capazes de perceberem aspectos da vida do usuário que podem auxiliarem sobremaneira no conjunto das intervenções terapêuticas mais apropriadas. Essa ação se dá pelo apoio matricial que é “uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser paciente da equipe de referência” Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf), acessado em 01-09-13.

**Linha de cuidado** é uma ferramenta pedagógica, entre outras, para dar concretude ao princípio da integralidade. Seria o itinerário que o usuário realiza na rede de saúde, os fluxos assistenciais necessários para atender às necessidades do usuário, incluindo outros caminhos que podem não estar inseridos no sistema de saúde, mas que fazem parte de algum modo da rede.

<sup>88</sup> Utilizo as expressões “atuais sanitaristas” no sentido de identificar os trabalhadores da saúde que inspirados nas proposições da RSB vem revitalizando seus sentidos na literatura sobre a materialidade do SUS, além de constituírem-se como defensores do sistema tendo por base o revigoramento do ideário da RSB acrescido por inovações e adequações necessárias a atual conjuntura.

várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde controle social (2004, p. 45).

A almejada articulação entre o sistema de saúde e as práticas pedagógicas vem de certo modo se viabilizando por meio dos programas PET Saúde e Pró Saúde citados anteriormente, porém essa aproximação entre ensino e atenção tem o cunho de programa e como tal focado em algumas necessidades de saúde acrescido das fragilidades já apontadas.

Na realidade o princípio da integralidade do sistema está longe de uma prática que conecte os quatros segmentos apontados pelos autores, interpretado e denominado por eles como o conceito do “quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social” que seria a “construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 41).

Pautada nos argumentos acima, é importante referir que o conceito ampliado de saúde vai demandar uma nova concepção de educação que forme os trabalhadores para além da compreensão de suas atribuições junto à equipe de saúde, mas, sobretudo, para que sejam protagonistas na gestão do sistema, realizando as intervenções na sua organização e atuando no seu controle. Segundo Lima:

A formação profissional é entendida aí como uma condição sine qua non para a própria participação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema (2005, p. 3).

Nesse movimento referido por Lima se observou pelos relatos dos sujeitos que a maioria quase absoluta não teve oportunidade de aprender a historicidade dos movimentos na área da saúde que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira, as questões conjunturais e estruturais que produziram as bases para a criação do sistema, os fundamentos e princípios balizadores que o organizam, suas contradições, avanços e dificuldades, conforme as narrativas a seguir:

**R/FARM/CIH** – Não tínhamos nada sobre o SUS. Eu não fui preparado para atuar seguindo os princípios do SUS, nós tivemos disciplinas de deontologia no qual nos foi colocado como funciona o SUS, nos foi apresentado, só que

não nos falaram: “você devem atuar assim”. Nunca fomos estimulados a atuar como profissionais no SUS. As outras disciplinas não abordavam nada do SUS. Não tínhamos nenhuma disciplina abordando esses temas sociais, das ciências humanas. Tínhamos disciplinas eletivas que a gente tinha que fazer. Mas nada abordando pessoas, parte humana. Eu concluí o curso em 2009/02.

**PC/ENF/SM** – Na minha graduação em enfermagem tive disciplinas em que o enfoque principal era a formalidade, muito rígido. Eu lembro, durante a minha graduação, pensando nesse esquema rígido do Hospital de Clínicas em que a maioria dos professores da minha graduação são chefias daqui e reproduzem isso.

Sobre essas questões Martins alerta que as universidades não vêm atendendo aos princípios político-pedagógicos projetados nas DCN, assinalando que os avanços nesse sentido são, acentuadamente, tímidos e, ainda que a inserção de mudanças, por meio de práticas de integração docente assistenciais, venha se efetivando nos currículos formais das graduações em saúde, estas continuam batendo de frente com a rigidez dos currículos tradicionais. Assevera que um dos entraves para as propostas de mudança na formação é “o processo de capitalização do setor da saúde”. Apoiada em Feuerwerker, a autora compartilha que o outro empecilho está no corporativismo das profissões e no desejo do profissional se dar bem no trabalho autônomo ou como trabalhador em destacados hospitais privados (2006, p.112). Acrescento que também essa situação se configura em hospitais públicos de projeção como o HCPA. Nesse sentido o depoimento dos sujeitos não deixam dúvidas.

A tendência do distanciamento da academia de práticas político-pedagógicas que deem sustentabilidade para atuação no SUS, numa lógica que contrarie as práticas hegemônicas do trabalho em saúde, tem sido uma constante. Nas narrativas a seguir, na fala das preceptoras de psicologia e de nutrição essa tendência observada na graduação se estendeu para o pós-graduação. Tais aspectos potencializam as dificuldades de atuação dos trabalhadores, como formadores na RIMS, situação que será pormenorizada no capítulo 5:

**PN/PSIC/SC** – Nem a minha graduação, nem os cursos de pós que eu fiz contribuíram para o entendimento do SUS. Eu só fui ter uma ideia do sistema bem recentemente, quando começou a haver uma maior abertura no hospital para isso.

**PN/NUTRI/SC** – Na graduação não tinha essa questão da compreensão das conexões do hospital com a rede, do trabalho em equipe. Era dito: vamos estudar sobre isso e era só, então tu estudavas, sei lá, aleitamento materno,

mas não na perspectiva do SUS. Na especialização o enfoque também foi puramente clínico.

**R/FARM/CIH** – A faculdade de farmácia oferece estágios no Hospital de Clínicas, na Farmácia Popular do Brasil e na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Eu queria ter feito o meu estágio curricular no hospital, só que as vagas seguem o ordenamento e como eu não era um dos três primeiros e tinham apenas 3 vagas para o hospital acabei optando pela Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS).

**R/EF/SC** – Eu fiz seis meses de estágio voluntário aqui na Onco-pediatria e depois entrei em bolsa remunerada. Tinha um cartaz na faculdade anunciando possibilidades de estágio voluntário aqui e eu vim atrás.

**R/AS/AC** – Eu fui muito respaldada no meu campo de estágio, a profissional aqui do Hospital de Clínicas, assistente social responsável pelo meu campo, teve um papel muito mais importante do que da supervisora da universidade.

**R/NUTRI/OH** – Durante os estágios junto às equipes não se trabalhava a partir dos princípios do SUS, porque no Hospital Conceição não tinha “rounds” assim, pelo menos não que eu participasse, não sei se tinha “round” médico, como é que funcionava. Não tinha “round” multidisciplinar na equipe que eu estava, a gente não interagia com residente médico, não me lembro de nenhuma vez eu ter ido conversar com os residentes, esclarecer dúvidas, dividir sala de prescrição, essas coisas não tinham, a gente tinha a sala dos nutricionistas era até em outro andar do que o andar que eu trabalhava. Então era tudo desconexo, não era conectado.

**R/PSIC/SC** – Eu tenho muita experiência de estágio no currículo antigo no novo isso se perdeu. A minha escolha de campo de estágio foi na saúde da criança, era bem na verdade pelas questões técnicas da psicologia, nunca foi pelo SUS.

### 3.2 MISCELÂNEAS DOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS

Outra questão balizadora dos movimentos da formação em saúde e que fica nítida pelas falas abaixo é a falta de conexão pedagógica entre a academia e os campos de estágio, entre o ensino e a assistência, embora a propalada Integração Docente Assistencial (IDA) criada com o fim precípuo de dar conta dessa integração. A falta de uma proposta casada entre as graduações e os espaços de práticas, a inexistência de projetos comuns com definições político-pedagógicas reafirmadoras dos princípios do sistema, com desafios articuladores de mudança, também sinalizam a precariedade da formação numa lógica que objetive operar rupturas no modelo tradicional de gestão dos serviços e das práticas assistenciais ainda, majoritariamente, biologicistas, que detêm suas ações centradas nos procedimentos. Tanto de um lado, como de outro se observou o desvio do que poderia ser. A Universidade e os Serviços de Saúde migram de um promissor caminho de possibilidades de práticas de projetos integrados para um fim

apenas utilitário para ambos. A academia, por seu turno, conseguindo dar vazão às práticas curriculares via vagas garantidas e os serviços absorvendo a mão de obra por meio de vagas oferecidas nos campos de estágio:

**PC/ENF/SM** – Nos estágios da graduação nem sempre a instituição formadora e a instituição onde acontecia o estágio tinham um projeto em comum, a graduação utilizava a instituição somente como um cenário de prática, muitas vezes os profissionais da instituição nem conheciam os professores que supervisionavam, por ser vinculada a instituição de formação, no caso a UFRGS, e não com a unidade que a gente estava fazendo estágio. Na graduação isso foi direto, na residência era diferente, parece que não havia diálogo, a gente simplesmente estava usando o campo, era essa a sensação que a gente tinha.

**PC/ENF/CIH** – Jogavam a gente numa unidade, “estás aqui nessa unidade, vai, atendes aí, atendes 40 pacientes. Era um risco imenso para os pacientes, mas em termos de aprendizado a gente aprendia muito.

**PN/NUTRI/SC** – Durante as práticas de estágio não tínhamos o supervisor todos os dias conosco. A orientação dada era: “Tu tens que ir lá, fazer isso, daí tu tens que participar do round que é importante. A questão de participação em round era o máximo. Por opção minha eu busquei ir um pouco mais além no sentido de conhecer outras áreas. Nós praticamente éramos jogadas para fazer estágio lá e deu.

**R/PSIC/SC** – A minha graduação não me preparou para atuar no SUS. Na psicologia eu tive muito mais a questão do embasamento técnico. Víamos muito mais a questão teórica da psicologia em si, muito pouco a questão do trabalho multiprofissional.

É importante referir que a questão da formação de profissionais em saúde vem sendo investigada por meio de variados estudos e pesquisas, entre os quais destaco um trabalho descritivo e exploratório feito com os coordenadores e professores dos cursos de graduação em Enfermagem e Nutrição de instituições de ensino superior do Estado de Minas Gerais realizado pelos pesquisadores Moraes e Lopes. As avaliações realizadas nesse estudo sobre as mudanças ocorridas na formação do profissional de saúde por meio da legislação em vigor e das políticas e programas de saúde propostos pelas DCN, vão ao encontro das minhas análises empreendidas até aqui. Moraes e Lopes referem que as maiores dificuldades encontradas residem nos problemas com as ações interdisciplinares e os Princípios, Diretrizes e conceitos relacionados ao SUS. Acrescentam em suas análises que:

O modelo pedagógico de ensino em saúde ainda é multidisciplinar, com especialidades e procedimentos isolados. Separa os conhecimentos das áreas básicas e clínicas, concentra as oportunidades de aprendizagem no hospital universitário e adota sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informações (2009, p. 436).

De certo modo, pelas narrativas de alguns sujeitos desta pesquisa é possível vislumbrar que em algumas áreas da saúde, como a da saúde mental e a da atenção primária, encontraram experiências que se aproximaram melhor dos princípios e diretrizes do SUS, pelo menos em alguns aspectos do entendimento do conceito ampliado de saúde que ultrapassa compreender o fenômeno da doença, a partir da concepção positivista do homem e do mundo, levando em consideração outros aspectos da condição humana, para além do corpo biológico, como já referi anteriormente. Na contramão dessa lógica parecem áreas que tentam reordenar o modelo de atenção, inclinando as ações terapêuticas de forma prioritária na dimensão das ideias da RSB e da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorrida nos anos 70. Tais movimentos simultâneos buscaram mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defendendo os princípios da equidade, da integralidade, da universalidade e da participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora movimentos simultâneos, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sua historicidade peculiar, fortemente engajada em meio a mudanças no mundo pela superação da violência asilar.

A natureza do cuidado nessas áreas, pela importância do diálogo entre os diversos profissionais e entre esses com o paciente e sua família para a realização dos diagnósticos e o estabelecimento de projetos terapêuticos traçados de forma participativa, da escuta ativa, do envolvimento da família, da valorização do conhecimento do entorno social onde o paciente se movimenta e do emprego de estratégias de acompanhamentos periódicos do paciente em sua moradia, tudo isso vai afastando essas áreas, até certo ponto, das práticas hegemônicas de cuidado. As narrativas abaixo traduzem os argumentos acima:

**R/ENF/SM** – As minhas experiências de estágio na graduação foram no Posto Santa Cecília, aqui no Clínicas, e também na Unidade Pitoresca que foi um estágio dentro da Saúde Mental. Na Pitoresca foram seis meses e aqui no Clínicas no Santa Cecília também. Essas experiências me proporcionaram um contato com a realidade, passando da teoria para o conhecimento da prática, o que acontece realmente, apesar de aqui no Santa Cecília a realidade ser bem diferente dos outros postos, porque tem o vínculo com o Hospital de Clínicas, mas tem uma população carente que faz parte da região que não é diferente da população das outras regiões. Esse contato com a população de entrar nas casas das pessoas, de poder conhecer suas vidas foi bem importante. Foi um tempo válido, um tempo bem aproveitado.

**C/PRIMS** – O que mudou muito para mim foi fazer a residência multiprofissional na psiquiatria, na Clínica Pinel. Aquela residência que era nos moldes da comunidade terapêutica me ensinou e foi o divisor de águas. Nós trabalhávamos muito com grupos, com equipe, era um modelo que se aproximava muito desse modelo hoje que se pensa no SUS. Tanto que o SUS incorporou muita coisa da saúde mental. E eu acho que o segundo momento foi o meu mestrado em Ribeiro Preto/SP e a aproximação com a Fiocruz, eu naveguei com a aproximação com o materialismo histórico, correntes mais críticas do trabalho. E, aquilo lá, também foi um grande exercício de poder olhar para aquela minha prática de antes como enfermeira e poder ter elementos analisadores daquela prática. Eu diria que esses dois momentos, além do doutorado, mas de dizer de transformação, foi a residência e o mestrado. Foram aqueles marcos assim.

**PC/ENF/SM** – Eu fiz estágio no São Pedro e foi a melhor coisa que eu fiz, porque depois a minha lógica de trabalho foi no Espírita, no São Pedro, foi em outras Clínicas e hospitais de Porto Alegre, onde o foco principal de trabalho é o ser humano, não as tecnologias duras, porque se eu dependesse das tecnologias duras eu estaria ralado. Se eu fizesse toda a minha graduação no Clínicas eu iria ter carências ferramentais em alguns locais em que seriam exigidos as minhas habilidades e os meus conhecimentos e teria bem mais dificuldade para dar conta. Vi depois colegas tendo extremas dificuldades, sofrendo horrores por não estarem com todo o suporte.

O preceptor de enfermagem ressalta, além de outras questões, os limites da formação hospitalocêntrica. Enquanto a narrativa da Coordenadora da RIMS aponta algumas situações, em suas experiências de formação em saúde, que demonstram caminhos pedagógicos que se aproximaram do ideário do SUS, contribuindo, sobremaneira, para que sua compreensão do sistema, de seus conceitos e ferramentas de cuidado lhe possibilite uma atuação na perspectiva pensada pelos sanitaristas.

A Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)<sup>89</sup>, historicamente, tem sido uma instituição voltada para o fortalecimento do SUS, sobretudo, pelos trabalhadores da saúde, que a entendiam e a entendem na perspectiva dos determinantes e condicionantes sociais, entre eles, o médico sanitarista e marxista Sergio Arouca, um dos mais destacados protagonistas do movimento da RSB. Esta fundação se caracteriza por uma vasta produção científica, literária e de formação em saúde voltada para a qualificação do SUS a partir de suas bases conceituais, princípios e diretrizes. Abriga, entre suas

<sup>89</sup> A FIOCRUZ tem como missão: “Produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira, para a redução das desigualdades sociais e para a dinâmica nacional de inovação, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais. (Aprovada no VI Congresso Interno)”. Esse congresso acontece a cada quatro anos. É presidido pelo presidente da Fiocruz e composto por delegados eleitos pelas unidades, em número proporcional aos de seus servidores. A primeira edição do Congresso Interno ocorreu em 1988, durante a gestão de Sérgio Arouca. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/comunica%C3%A7%C3%A3o-e-informa%C3%A7%C3%A3o>. Acessado em 08 de setembro de 2013.

Unidades Técnico-Científicas, a Escola Nacional de Saúde Pública e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Ambas formando trabalhadores para o SUS e na lógica do conceito ampliado de saúde. Não é à toa que a Coordenadora do PRIMS, em sua narrativa, tenha mencionado o quanto ter vivido práticas de formação voltadas para o fortalecimento do SUS, na ótica da RSB, fizeram a diferença em sua trajetória como trabalhadora em saúde.

Nos caminhos de pesquisa, junto aos sujeitos, outras questões vieram à tona, a partir do relato de suas histórias orais sobre formação inicial em suas graduações em saúde, tais como: as metodologias desenvolvidas, o trabalho em equipe, as questões da avaliação dos processos educativos, durante a graduação e a formação como pesquisador. Nos próximos itens abordo esses temas.

### 3.3 MISCELÂNEAS METODOLÓGICAS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Em que metodologias se inspiraram as práticas educativas da formação inicial em saúde dos sujeitos da pesquisa? No dizer de Saviani em que “modo de operar, de realizar o ato educativo” (2008, p.166) foi materializada a formação em saúde dos preceptores e residentes até a participação na RIMS?

Encontrei na revisão de literatura vários artigos sobre práticas metodológicas de ensino em saúde que buscam romper com as práticas tradicionais, inspiradas, sobretudo, na batuta do mecanicismo, na concepção cartesiana, na separação entre o corpo e a alma, entre o sentimento e a razão em que o conhecimento se fragmenta em áreas especializadas na direção de um preciosismo técnico científico.

Na contramão dessas metodologias de ensino conservadoras, das pedagogias transmissivas, bancárias<sup>90</sup>, no dizer de Freire (2001), algumas iniciativas de mudança são vislumbradas na formação em saúde. Destacam-se as metodologias da Problematização e a da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Nos currículos dos cursos de medicina, por exemplo, uma metodologia bastante utilizada, mediada pelas novas DCN, é a ABP.

---

<sup>90</sup> Para Freire na Educação Bancária “o professor ainda é um ser superior que ensina a ignorantes. Isto forma uma consciência bancária. O educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito do educador. Educa-se para arquivar o que se deposita” (2001, p. 20).

Cyrino e Pereira referem que a ABP surge como uma reação ao modelo curricular flexneriano que centra o ensino no hospital. É empregada há mais de 30 anos no Canadá em MacMaster e na Holanda em Maastricht. Para esses autores essa metodologia é considerada como um dos aspectos mais importantes do aprendizado teórico de um currículo médico, tendo por objetivo o “aprendizado de conteúdos cognitivos e a integração de disciplinas”. Propõe um trabalho criativo do professor que estará preocupado não só com o “*que*”, mas, essencialmente, com o “*por que*” e o “*como*” o estudante aprende (2004, p. 784).

Berbel assinala que essa proposta metodológica inspira-se nos princípios pedagógicos da “Escola Ativa [...] em que os alunos aprendem a aprender” (1998, p.152).

As pedagogias do aprender a aprender retomam as ideias da Escola Nova, mas a partir de outra perspectiva que “respirando o clima pós-moderno, comunga da desconfiança da ciência, da descrença nas metanarrativas, da impossibilidade de atingir-se a verdade e o conhecimento objetivo” (2008, p. 193). Estão ligadas aos referenciais neoliberais (ver nota de rodapé de nº 38).

As críticas à ABP são as de que os problemas são planejados pelos professores das diversas disciplinas ou áreas com vistas à integração das práticas com base em situações hipotéticas ou situações prováveis que o futuro profissional irá enfrentar, ao longo de seu trabalho em da saúde. O desenvolvimento do processo educativo não se dá a partir das relações reais a serem enfrentadas pelos alunos e professores no cotidiano da prática curricular. Materializa-se a partir de um estudo de caso retrospectivo, ainda não vivenciado pelos sujeitos nos cenários de prática.

Já a metodologia da problematização, oriunda da pedagogia histórico-crítica, e, “tributária da concepção dialética, especificamente na versão do materialismo histórico” (SAVIANI, 2008, p.185) difere da ABP uma vez que a prática social, o critério de verdade, é o ponto de início e de chegada da prática educativa. Parte-se das relações materiais de existência dos sujeitos aprendizes imersos na realidade do cuidado. Nesse sentido, Saviani acrescenta que a problematização constitui

um método pedagógico que parte da prática social onde o professor e aluno se encontram igualmente inseridos, ocupando porém, posições distintas, condição para que travem uma relação fecunda na compreensão e encaminhamento de solução postos pela prática social, cabendo aos momentos intermediários do método identificar as questões suscitadas pela prática social (problematização) dispor os instrumentos teóricos e práticos

para a sua compreensão e solução (instrumentalização) e viabilizar sua incorporação como elementos integrantes da própria vida dos alunos (catarse) (2008, p.185).

Esta metodologia entra em evidência no ensino em saúde, sobretudo, a partir das proposições das DCN em 2001<sup>91</sup>, encontrando maior eco, por exemplo, nas graduações de enfermagem, serviço social e educação física. A respeito da enfermagem Berbel menciona que:

Paralelamente, cursos de Enfermagem nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná têm realizado importante movimento de incorporação da Problemática em suas atividades curriculares normais e especiais. Tais práticas (com a Problemática) já vêm sendo utilizadas por quase duas décadas na preparação de Auxiliares de Enfermagem em serviço ou não, em Minas Gerais e Rio de Janeiro (1998, p. 140).

No entanto, pelas narrativas abaixo de ex-graduandos, formados antes das novas DCN para os cursos de graduação em saúde dos anos dois mil e após, observa-se que as metodologias praticadas em suas formações iniciais se orientaram, prioritariamente, na perspectiva da pedagogia tradicional com raras exceções em razão de iniciativas de alguns professores que, de uma forma ou de outra, tentaram desenvolver suas práticas educativas, levando em consideração os conhecimentos prévios dos alunos, mobilizando seus saberes, estimulando a participação em aula. Entretanto, esses aspectos metodológicos não ousaram no sentido da problematização, ou até mesmo da ABP nas suas totalidades.

As práticas educativas por meio das concepções metodológicas dos formadores dos sujeitos de pesquisa, durante suas graduações em saúde, não permitiram a aproximação do currículo de forma problematizadora da realidade dos serviços de saúde e das reais necessidades de uma formação voltada para o trabalho no SUS, como já referi anteriormente. Algumas falas dos sujeitos, expostas a seguir, confirmam essa observação.

No caso da preceptora de farmácia, formada em 1991, e do residente da mesma profissão, formado em 2009, a situação quanto às práticas metodológicas de ensino em farmácia não destoaram, apesar do lapso de 18 anos entre os tempos de graduação de um sujeito e de outro:

---

<sup>91</sup> As DCN para os cursos da área da saúde contêm orientações para a prática de metodologias “que estimulem o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender” (BRASIL, 2001a).

**PC/FARM/OH** – Na farmácia todas as aulas eram dadas de forma expositiva.

**R/FARM/CIH** – As aulas eram expositivas a turma era pouca participativa e não havia muitos questionamentos do professor. Os professores muito qualificados, mas pouca didática. Os professores eram pesquisadores, então nos passavam conhecimento da pesquisa deles e não da matéria propriamente dita. Eles passavam o plano de ensino, no qual constavam as bibliografias, e no qual a gente tinha que se virar, era assim: se virem.

Ainda que o residente tenha feito sua graduação recentemente, sob a vigência das propostas curriculares que sinalizam a aproximação dos estudantes com a materialidade do sistema, com a problematização dessa realidade, a partir da participação ativa do aluno, tal aproximação se dá tão somente por meio das pesquisas realizadas por seus professores que lhes “passavam o conhecimento deles”, ou seja, vivenciado por eles e não pelos próprios alunos. O plano de ensino, “a matéria propriamente dita”, o ensino-aprendizagem, vivo em ato, ficou distante para esse residente.

O mesmo ocorre com os demais preceptores de enfermagem, o primeiro formado em 1981 e o segundo em 2001 e o residente em 2009:

**PC/ENF/CIH** – Na minha formação as aulas eram expositivas.

**R/ENF/SM** - Na minha graduação tive uma variedade muito grande de professores, de maneiras de dar aula. Quando a aula é muito boa, o professor é muito bom a gente acaba gostando. Tiveram professores muito bons durante a graduação e outros nem tanto.

**PC/ENF/SM** – A gente não vivenciava aulas participativas na enfermagem. Isso há 15 anos. Não recorro a gente ter aulas com discussões, cheguei a fazer uma eletiva “a psicologia da educação”, mas bem bancária, o professor na frente transmitindo conteúdo. Uma vez teve uma apresentação pelos grupos de trabalho, não lembro se era na comunitária ou na administração e nos pediram que fizéssemos um relato sobre o campo de estágio e a gente escreveu algumas coisas e pontuamos. E aí chegamos lá, nem era com Power Point ou data show, ainda era com retroprojektor, os colegas estavam todos com lâmina e projeções. Aí eu falei para professora que não tinham dito que era para ser assim e que eu pensei que a gente ia conversar sobre o assunto, eu lembro que um grupo apresentou com lâmina. Chegando a vez do nosso grupo, a professora perguntou se a gente iria usar o retroprojektor e eu disse que sim, ela ligou, e eu fui prá frente do retroprojektor, era um protesto a nossa formação. Acho que ela se impactou um pouco.

As falas acima me provocam a lembrança dos ensinamentos de Frigotto, quando refere na apresentação de seu livro *A produtividade da Escola Improdutiva* que a questão fundamental que lhe orientou nesse trabalho

foi a de averiguar como a prática educativa enquanto prática social contraditória, à medida em que se efetiva no interior de uma sociedade de classes marcada por interesses antagônicos, se articula com os interesses burgueses e com os daqueles que constituem a classe dominada (1984, p.11).

Ao relacionarmos a formação preconizada para os trabalhadores do SUS, desde os movimentos sociais da RSB, à vasta literatura do pensamento sanitarista em torno de uma educação em saúde que prepare os futuros trabalhadores para atuarem nos serviços, a partir de seus fundamentos, princípios e diretrizes, é vital, como diz Frigotto, averiguarmos, em nossa análise empreendida neste estudo, o distanciamento da formação para um sistema de saúde que se vincula à ideia de que toda a população brasileira tem direito à saúde e de que este direito está relacionado à condição de cidadania. Um sistema que baseado na concepção de seguridade social “supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009, p. 43).

A Lei 8.080/90 que regulamentou o SUS caracteriza-se ao longo de seus artigos por determinações democráticas, acompanhando o estilo da chamada Constituição Brasileira Cidadã de 1988. Como assevera Francisco de Oliveira, as expectativas dos movimentos para democratizar o país eram de que, através do encerramento da ditadura militar e da redemocratização, melhorariam as condições de vida dos trabalhadores e, em suma, da sociedade brasileira (2001). No entanto, ao contrário das expectativas de tais movimentos, o SUS acontece numa materialidade nociva *a tanta cidadania junto em meio* às multideterminações que estavam presentes no plano econômico, político, social e cultural do país. O Sistema que era para ser de cunho universal e público, acaba nascendo em plena crise econômica do final dos anos oitenta e decorrer dos anos noventa. Frigotto analisando as décadas de 1980 e 1990 no Brasil refere que:

Há na sociedade brasileira um tecido estrutural profundamente opaco nas relações de poder e de propriedade que se move em conjunturas muito específicas, mas que, em seu núcleo duro, de marca excludente, de subalternidade e de violência se mantém recalcitrante (2006, p. 27).

Ao analisarmos a materialização das políticas públicas no Brasil é recorrente a ideia de que não acontecem como projetadas, elas ficam na superfície, impedidas de se viabilizarem. Não atingem o cerne das contradições. Na eloquência de Frigotto, amparado em Gramsci no que se refere aos processos políticos denominados de

revolução passiva e de transformismo<sup>92</sup>, “trata-se de mudanças (rearranjo das frações e dos interesses da classe dominante) nos âmbitos político, econômico, social, cultural e educacional cujo resultado é a manutenção das estruturas de poder e do privilégio” (2006, p. 27).

A formação a partir do entendimento da concepção ampliada de saúde, inicialmente pensada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), além de ter tido a participação de um grande público dos movimentos sociais pela saúde, de representantes do meio acadêmico e de sindicatos, teve a participação de representantes de organismos do governo, entre estes, dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC).

A presença destes ministérios nas deliberações da conferência anunciava a criação de uma relação intersetorial entre as políticas públicas de saúde e as de educação. No entanto, essa coalizão política *da hora* não foi suficiente para dar a real vazão às expectativas da RSB. Utilizei a expressão *da hora* como recurso linguístico para chamar a atenção do leitor deste trabalho, quanto aos sentidos que teve essa coalizão. As iniciativas dos Ministérios e o lançamento das subseqüentes políticas públicas não foram veementemente contundentes e articuladoras de processos que produzissem transformações nos cenários de ensino, de gestão, da atenção e do controle social.

As mudanças aguardadas pela militância sanitária ainda não se efetivaram como o desejado e, ao longo do tempo, tenderam mais a um transformismo do que à reforma projetada, como referi anteriormente. A materialidade disso se expressa nas falas dos sujeitos desta pesquisa, cujas formações se realizaram a partir da criação do SUS:

**PC/AS/SC** – A metodologia do meu curso em serviço social era naquele modelo bem tradicional, aula completamente expositiva. Lá de vez em quando a gente tinha uma aula um pouco diferente, mas era modelo tradicional, aula expositiva.

**PN/NUTRI/SC** – A maioria das aulas na minha graduação em nutrição era expositiva, na forma mais tradicional possível. É claro que na nutrição a gente tem que ter aula prática, porque nós tivemos aula de anatomia, tecnologia de alimentos, aulas práticas que a gente tinha no laboratório, mas fora essa de laboratório o modelo era o mais tradicional, aquele bem de aula expositiva, um momento de fazer trabalho e depois os seminários, até mesmo estes que eu penso que são momentos de discussão prática eram muito teóricos, desconectados da realidade.

---

<sup>92</sup> O conceito de *revolução passiva* surge quando Gramsci analisa o Risorgimento italiano (mencionado na nota de rodapé de nº85). O Risorgimento para Gramsci seria a “revolução sem revolução” ou revolução passiva em que os principais sujeitos históricos são alijados do processo e absorvidos pela hegemonia de classes sem nenhuma identificação com os seus interesses (Gramsci, 2000). O conceito de transformismo já foi explicitado neste item 3 desta tese.

**PN/PSIC/SC** – A minha formação no curso de psicologia foi tradicional, em que o professor vai lá dar aula, avalia, faz prova e trabalho e depois dá a nota.

**R/PSIC/SC** – Em grande parte aulas, na psicologia da UFRGS, eram expositivas, de seminários teóricos. Combinavam uma leitura e se voltava na aula seguinte com aquele texto lido para trabalhar. A maior parte da metodologia foi assim com aulas expositivas e seminários teóricos.

**PC/AS/AC** – Na minha graduação a gente tinha seminários, tínhamos aulas expositivas e também aquela metodologia em que o professor vem e coloca a matéria e depois o aluno tem que ir atrás e pesquisar sobre o assunto para poder se inteirar e para abordar em sala de aula. Nós trabalhávamos referenciais do serviço social.

Além das referências acima, quanto aos aspectos metodológicos tradicionais da formação, esta também se manifestou de maneira precarizada e superficial em que aluno e professor, vencidos pelo cansaço, acabam vivenciando uma relação de ensino-aprendizagem mediocrizada pelas condições materiais de existência dos sujeitos e, principalmente, pela inexistência de um projeto de formação em saúde que tenha como ponto de partida “o trabalhador concreto com sua prática, seu saber, suas experiências de vida, suas necessidades” (KUENZER, 1986, p. 196).

Além dessa referência da autora sobre a educação do trabalhador é primordial que a Universidade estabeleça vínculos pedagógicos com os serviços de saúde, por meio de projetos que façam sentido não só para a formação do aluno, como também para transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em saúde. O trabalhador em saúde educa e é educado na relação com pacientes e familiares, então ele precisa estar preparado para essa interação. Nesse sentido Merhy nos ensina sobre a necessidade do profissional estar, permanentemente, se aperfeiçoando no uso de ferramentas que ele denomina de tecnologias leves, “o trabalho vivo em ato” (2009, p. 431). Considerando a segunda fala abaixo, do residente professor de educação física, a necessidade tão essencial em sua formação, *a de ter aprendido a ser professor*, não foi atendida. Como esperar que esse profissional seja um educador em saúde? Infelizmente ainda estamos distantes do preconizado nas políticas de formação para o trabalho:

**R/AS/AC** – Alguns professores optavam por trabalho em grupo, o que era um problema porque não havia uma coordenação dos grupos nem uma supervisão, então só alguns trabalhavam, outros corriam para a fila do xerox, para ir no banheiro, para fila do cafezinho. As pessoas trabalhavam o dia inteiro e à noite estavam sempre muito cansados, nós fazíamos um revezamento no grupo. A metodologia deles era trabalhos em grupos, aulas expositivas, seminários, a gente pegava textos para ler e depois debatíamos. Hoje eu percebo que eu aproveitaria muito mais as leituras. A metodologia era boa, os alunos do noturno por cansaço não aproveitavam muito.

**R/EF/SC** – A gente criticava algumas disciplinas, porque não te ensinavam a ser professor, te ensinavam a ser atleta. E a gente estava ali para ser professor. E outras disciplinas eram só expositivas e provas.

A avalanche sistemicamente ideológica e hegemônica da formação biomédica e o conflito de interesses de classe vão se sobrepondo à prevalência de uma formação que faça sentido às reais necessidades de saúde da população brasileira. Quem frequenta o convênio público do complexo SUS? Para quem os trabalhadores são formados? A que interesses está atrelada a concepção de saúde hegemônica? As graduações em saúde formam para as exigências do mercado, configurado sob o modo de produção capitalista, em que o ser humano é encarado como um entre tantos fatores de produção, ou para atender às reais necessidades de saúde? Mediante essas indagações recorro à Marise Ramos que diz:

Sendo social e historicamente determinadas e construídas, as necessidades de saúde de uma população são atendidas por políticas que expressam os princípios, os valores e as normas de sociabilidade próprios de determinadas fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista da existência humana. Portanto, as ações voltadas para o atendimento dessas necessidades se realizam conforme a organização dos serviços de saúde, configuradas politicamente segundo os modelos do Estado (2005, p.207).

O período em que emerge o SUS e as políticas de formação em saúde correlatas expressam as possibilidades e limites da sociabilidade de um período, notadamente nos anos 90, em que as forças do capital globalizado, da reestruturação produtiva, do livre mercado, da ideologia neoliberal ecoam com toda a força possível. Passados alguns anos desses tempos bicudos, acentuadamente impeditivos para o processo de validação do que tinha sido conquistado nos anos 80, assiste-se no país a eleição de um governo que prometia mudanças. Como refere Oliveira ao manifestar-se sobre esse período:

a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para a Presidência da República, ancorada na excepcional performance do Partido dos Trabalhadores e de uma ampla frente de esquerda, tem tudo para ser uma espécie de quarta refundação da história nacional, isto é, um marco de não retorno a partir do qual impõem-se novos desdobramentos (2003, p. 3).

No entanto, o que era para se configurar numa quarta refundação da história nacional não passou de uma esperança frustrada, embora as disposições no início do governo fossem, de certo modo, alentadoras. No campo da saúde, na primeira parte da

década dos anos dois mil, logo depois da publicação das DCN, observa-se certo esforço político em gerar mudanças na formação de trabalhadores para o SUS. Nesse período estavam a frente do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, criado em 2003, alguns sanitaristas que tributavam sua luta por políticas afirmativas do SUS, inspiradas nas ideias da RSB. Essa vontade política de adequar a formação em saúde ao que havia sido projetado na Reforma Sanitária tinha a guarida de sanitaristas e de professores<sup>93</sup> como Ricardo Burg Ceccim (Professor de Educação em Saúde da Faculdade de Educação da UFRGS), Roseni Pinheiro (Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UERJ, Ruben Araujo de Mattos (Professor Adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde da UERJ), Marise Ramos (Professora Adjunta da Faculdade de Educação da UERJ e Vice-Diretora de Ensino da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, Emerson Elias Merhy (Professor livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas), entre outros, que reúnem nesse período uma vasta literatura sobre a formação em saúde, a partir do eixo da integralidade, muitas inseridas no Lappis<sup>94</sup> (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde).

Mesmo que não tenha ocorrido o que se esperava com a eleição de um ex sindicalista para dirigir o país, desde então, temos convivido com uma variedade de

---

<sup>93</sup> As instituições que estão mencionadas entre parênteses após o nome dos profissionais referidos no texto foram retiradas de uma publicação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) “Construção Social da Demanda” publicada em 2005. Alerto que talvez esteja desatualizada. O intuito da informação sobre as instituições a que pertenciam ou pertencem tais professores constitui a intenção de localizá-los no tempo e espaço de suas ocupações profissionais na ocasião citada.

<sup>94</sup> O Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) foi criado em 2000. Sua constituição e propostas estão referidas em site, a saber: “É um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de Integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Esse trabalho é multidisciplinar e tem como ponto de partida o conhecimento que é construído na prática dos sujeitos nas instituições de saúde e na sua relação com a sociedade civil”. As atividades de ensino e pesquisa do Lappis: “são desenvolvidas a partir de cinco linhas de atuação que têm a Integralidade como eixo temático e referencial teórico-metodológico de natureza multidisciplinar, que envolve os campos das ciências sociais e humanas em saúde”. O Lappis produz eventos e publicações na área da saúde coletiva a partir da discussão de conceitos, práticas e estratégias para promoção da atenção integral no Brasil”. Tem interfaces com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - Faperj, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ, Organização Pan Americana da Saúde – OPAS e Governo Federal. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos/linhas-de-atuacao.html>. Acessado em 17/09/13.

políticas públicas de educação em saúde, entre essas, destacamos a do *Aprender SUS* de onde derivam tantas outras.

Nesse sentido, o aprenderSUS traz como justificativa o seguinte texto:

Considerando que a nossa história de formação e exercício profissional em saúde vem marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, para ampliar a qualidade da atenção à saúde da população brasileira se torna essencial orientar as graduações em saúde para a integralidade e esse é o objetivo da política proposta pelo Ministério da Saúde para a mudança na formação dos profissionais de saúde no âmbito do ensino de graduação (BRASIL, 2004b).

Ainda que se constate o esforço da incansável militância dos sanitaristas e de professores da área saúde que acreditam na possibilidade da formação pelo trabalho a partir do eixo da integralidade em seus três sentidos, como refere Ramos: “como atributo das práticas dos profissionais, como atributo das organizações dos serviços e como respostas governamentais aos problemas de saúde” (2009, p. 55) a realidade da produção da formação dos futuros trabalhadores ainda se dá fortemente a partir dos espaços dos núcleos profissionais chamados por Merhy de “modelos médicos hegemônicos, pela força representativa que essa categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde” (2005, p.196).

A narrativa da residente de nutrição, graduada no ano de 2010, em comparação com a fala da preceptora assistente social, graduada em 1974, é eloquente no sentido de que a formação continua positivista e bem distante dos três sentidos da integralidade mencionados por Ramos. A fala da residente não deixa dúvidas da fragmentação de sua formação em saúde, centrada em procedimentos, sem a devida compreensão do ser humano em sua inteireza, em sua realidade material de existência:

**R/NUTRI/OH** – As aulas na UFRGS sempre foram aulas muito expositivas, de vez em quando estudo de caso. Na faculdade tu aprendes tudo separadinho, tu aprendes a tratar o paciente que tem diabete, aí tu aprendes a tratar o paciente que tem doença renal, cada coisa no seu quadrado, sabe. E daí tu chegas num hospital, principalmente um hospital como o Clínicas que tem uma diversidade enorme de paciente de tudo que é lugar, tu pegas um paciente que tem cinco patologias ao mesmo tempo. Acho que na graduação tens que aprender separado, mas o que falta mais é estudo de caso, mais problematização trazendo para dentro da vida real, porque tu não vais encontrar um paciente que tenha uma patologia só, não tinha muita integração e daí isso quando tu vens para a prática, dificulta porque tu não sabes, as vezes, nem por onde começar.

PN/AS/SC – A metodologia de ensino na minha graduação em serviço social foi dentro da uma linha positivista da formação.

Como a residente refere o que lhe faltou foi estar em contato com a vida real, com a totalidade do fenômeno saúde-doença, para além de sua aparência.

É importante fazer uma observação quanto aos rumos metodológicos assumidos durante as formações iniciais dos sujeitos desta pesquisa no que se refere à predominância de aulas expositivas. A aula expositiva pode ser um espaço de diálogo, se o professor, por meio de suas exposições do conteúdo estudado, instiga seus alunos a pensarem sobre o tema, a relacionarem o assunto às suas experiências e vivências prévias. Entretanto, se a aula expositiva assumir a conotação de um discurso do professor, sem a mínima participação do aluno, como referido pelos sujeitos, em sua maioria, tal caminho anula a mediação com a prática social que necessariamente deve ser “o ponto de partida e o ponto de chegada da prática social” (SAVIANI, 2008, p.129). Se o professor não envolve o aluno, estimulando sua iniciativa, se não favorece o diálogo dos alunos entre si e com o professor, incluindo nas discussões e problematizações sobre os temas de aula “a cultura acumulada historicamente” (SAVIANI, 2008, p. 130) ele recai na concepção metodológica que acredita que a transferência de conhecimentos é suficiente para o aluno aprender e reunir as condições necessárias para movimentar-se de forma criativa na realidade.

Encerro este item mencionando Freire, quando ele ao referir-se que *ensinar não é transferir conhecimentos*, diz:

Quando entro em uma sala de aula devo estar sendo um ser aberto a indagações, à curiosidade, às perguntas dos alunos, a suas inibições: um ser crítico e inquiridor, inquieto em face da tarefa que tenho – *a de ensinar e não a de transferir conhecimento* (1996, p.47).

Quando o professor, mesmo em uma aula expositiva, como lembra o professor Marion Machado Cunha, num diálogo que teve comigo sobre o ato de ensinar e aprender, dialogar com seus alunos, estar aberto a indagações, como mencionou Freire, e compreender que seus alunos são sujeitos da história, suas aulas valerão a pena.

### 3.4 MISCELÂNEAS DO TRABALHO EM EQUIPE

Início este item compartilhando as narrativas de uma preceptora de nutrição formada em 2001, antes da vigência das DCN, lançadas para seu curso em 2001, e de três residentes formados em 2010, 2009 e 2008 respectivamente, sob a vigência das novas DCN que expressam alguns dos aspectos da materialidade do trabalho em equipe multiprofissional, vivenciados por eles ao longo de suas práticas de estágios. Observo que estar ou não sob as novas DCN não fez diferença na formação para o trabalho em equipe. Esta ainda revela-se distante da perspectiva do trabalho integrado almejado pela RSB, como projeto de formação dos profissionais para o trabalho no SUS:

**PN/NUTRI/SC** – Na minha formação em nutrição não era tocado na questão do trabalho em equipe. Durante as práticas de estágio não tínhamos o supervisor todos os dias conosco. A orientação dada era: “Tu tens que ir lá, fazer isso, daí tu tens que participar do round que é importante. Por opção minha eu busquei ir um pouco mais além no sentido de conhecer outras áreas. Mas com relação às práticas do SUS, fazer a ligação de tudo isso, nada, nada.. Na época de estágio a integração na equipe da pediatria era no modelo médico, aquela coisa: “Eu preciso de ti, tu vais me dar uma informação”.

**R/NUTRI/OH** – No hospital Conceição eu via os pacientes e daí eu subia para a minha sala para fazer o que eu tinha que fazer, calcular dieta, botar coisa no computador então eu não tinha interação nenhuma com a equipe de saúde. Era difícil até enxergar as pessoas lá, porque era um andar de medicina interna, então tinham várias equipes e dali a pouco tu tinhas num quarto pacientes de mais de uma equipe então era muito complicado, simplesmente eu não tinha contato com esses profissionais. Aqui no HCPA eu ficava na UTIP para ver os pacientes. Eu não fazia as minhas coisas lá, porque o espaço físico da UTIP é pequeno, tudo que eu tinha que fazer de cálculo, eu fazia fora de lá. Então meu tempo dentro da UTIP era só para eu ver os pacientes em duas horas do meu dia depois eu saía e fazia o que tinha que fazer. Então ali eu não tive muito contato com a equipe.

**R/FARM/CIH** – Nas equipes de saúde, havia uma troca de informação entre nós e os profissionais. Havia o diálogo quando se diagnosticava algum problema, no caso em relação aos medicamentos, um paciente se dirigia a farmácia para retirar um medicamento e a gente observava que estava errada a prescrição ou que não era bem aquilo, daí nos dirigíamos ao médico prescritor e aí havia um diálogo para solucionar o problema. E com a enfermagem também, havia um diálogo bem bom, mas cada um fazia a sua parte.

**R/PSIC/SC** – Em todos os lugares que eu estagiei as equipes eram multiprofissionais, tinham médicos, enfermeiros, assistentes sociais, do administrativo. Até havia um trabalho em equipe no Conceição. Na faculdade se trabalhava muito pouco a ideia do trabalho integrado, do trabalho em equipe. Isso ficava muito mais nas cadeiras de supervisão do estágio em que o grupo se reunia e todos que estavam fazendo o estágio de psicologia do trabalho e de psicologia clínica, traziam os seus relatos de experiência. Eu acho que eu aprendi a trabalhar em equipe muito mais na prática dos locais do que mesmo na minha formação acadêmica.

É importante mencionar que a concepção funcionalista do conceito de “equipe”, materializada nos espaços da saúde, sobretudo na formação hospitalocêntrica, está vinculada aos conceitos da área da Administração e da Gestão de “negócios”. Relaciona-se à ideia do trabalho em equipe multidisciplinar, onde cada trabalhador faz a sua parte para compor o todo sem, no entanto, saber a importância da sua parte para esse todo.

Nas configurações do trabalho em equipe multiprofissional, narradas acima, observo que os diálogos entre os profissionais da equipe se realizam mediante a troca de informações e a sobreposição hierárquica de uma profissão sobre as demais, sem o aprofundamento necessário para o estabelecimento de um plano terapêutico conjunto.

Nessa arquitetura funcional da equipe no serviço hospitalar, foco deste estudo, a própria disposição da organização para o trabalho dificulta a aproximação entre os diversos profissionais, sobretudo, das profissões da saúde que realizam suas atividades, a partir do processo de consultorias, ou seja, quando demandadas pelos profissionais médicos e de enfermagem que, no decorrer da assistência, detém o maior controle das ações de cuidado. O médico, geralmente, por dirigir a equipe e a enfermagem pelas 24 horas de acompanhamento ao paciente internado.

Nesse processo de assistência ao paciente, as demais profissões identificadas, geralmente, como as *profissões não médicas*<sup>95</sup>, por terem que circular por várias equipes, organizadas por especialidades, estão conformadas para dar informações e contribuir com o saber fazer que lhes competem, sem, no entanto, se aproximarem de uma visão mais abrangente da história do paciente.

A respeito da história do paciente, faço um parêntese aqui para relatar que o HCPA, recentemente, veiculou um comunicado em sua rede de comunicação com os profissionais e suas respectivas equipes sobre a importância dos registros nos prontuários, em razão da campanha que vem fazendo para o processo de Acreditação Internacional, já mencionado neste estudo.

No folder de sensibilização, publicado na intranet e nos espaços de circulação pública da instituição, constava que os registros do prontuário contavam muito mais do que a história do paciente e que revelavam a qualificação e competência dos profissionais. O conteúdo da frase fala por si só. Entretanto, cumpre salientar que a

---

<sup>95</sup> Ver nota de rodapé nº48.

intenção dos coordenadores do QUALIS foi de incentivar o registro, não só como documento jurídico, uma vez que atesta os planos de cuidado, os procedimentos que foram feitos, as medicações que foram administradas, entre outras informações, mas principalmente como elemento facilitador do planejamento do cuidado em razão do acesso por todos os profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo paciente, ao seu histórico. A ideia é válida, porém a frase de efeito foi mal empregada, pois contraditoriamente desqualifica a importância da historicidade do paciente.

Como dizer que o registro é mais importante que a história do usuário, uma vez que o planejamento do projeto terapêutico de cuidado depende dessa história, do diálogo com o paciente e/ou familiares. Essa campanha do registro do prontuário, de certo modo, deixa sinais sobre como pensam os profissionais, quando colocam em primeiro plano o registro em detrimento da história.

Prosseguindo, o debate da RSB, além de conquistar no plano legal o SUS, no plano conceitual a partir do “princípio da integralidade da atenção à saúde recoloca o sentido que tem o trabalho em saúde na *subjetivação* da vida” (RAMOS, 2005, p. 208). A partir da concepção integral, o compartilhar dos saberes e práticas potencializariam o cuidado, na medida em que cada profissional teria a oportunidade de refletir sobre o devir do plano terapêutico, a partir do conhecimento e materialidade das práticas do outro. Isto não poria em risco a especificidade de cada saber fazer<sup>96</sup>, pelo contrário, ativaria outros caminhos de pensar e agir.

As problematizações feitas pelo assistente social, por exemplo, ativariam caminhos e reflexões para o diagnóstico médico não pensado antes por este, que por sua vez incitaria o assistente social a refletir sobre outros rumos para o seu planejamento de cuidado junto ao paciente. Esses primeiros passos de aproximação já constituíram um bom começo para o início de uma pequena ruptura na fragmentação dos processos de trabalho em saúde, ainda bem presente nas vivências dos sujeitos ao longo do cotidiano de suas formações em saúde tanto as mais recentes, quanto as mais remotas, conforme os relatos a seguir:

**R/AS/AC**– As equipes trabalhavam e ainda trabalham de forma fragmentada. Eu via e ainda vejo uma cisão entre a equipe como um todo e a equipe

---

<sup>96</sup> Em várias ocasiões em que abordei, nos encontros de estudos dos referenciais conceituais do SUS, a questão da elaboração dos projetos terapêuticos singulares junto ao pacientes compartilhada entre todos os profissionais da equipe eles me referiram a preocupação do borramento, foi essa a expressão utilizada para significar que o terreno do cuidado acabaria de ninguém, pois todos teriam que saber tudo, mas ao tempo acabariam sem saber nada.

médica sempre como maior demandante deslocando tarefas a cumprir para o serviço social. Os médicos não conseguiam nos ver contribuindo no âmbito da integralidade, não havia uma construção de uma proposta juntos. Era assim: “bom, eu resolvi isso e isso, tem isso que eu não consigo resolver, agora tu precisas ver essa parte aqui que tem a ver com a casa, que tem a ver com o transporte e a gente dá continuidade ao tratamento.

**PC/ENF/SM** – Da época da minha formação e a atual acho que a equipe de saúde nos hospitais não mudou muita coisa. As relações entre os profissionais ainda se realizam num nível bastante hierárquico.

As vivências graduandas dos residentes e preceptores nas diversas equipes dos serviços de saúde, na maioria, em hospitais, refletem o pensamento cartesiano e mecanicista da organização do trabalho coletivo, a partir da racionalidade gerencial hegemônica, denominada assim por Campos (2000) ao referir-se à Teoria Geral da Administração. Tais configurações do trabalho multiprofissional se chocam com a concepção do trabalho em saúde, na perspectiva do princípio da integralidade. E se avançarmos no sentido ontológico do trabalho associado, a contradição é bem mais explícita como nos esclarece Marx ao referir que:

O homem social, os produtores associados regulam racionalmente o intercâmbio material com a natureza, controlam-no coletivamente, sem deixar que ele seja a força cega que os domina; efetuam-no com o menor dispêndio de energias e nas condições mais adequadas e mais condignas com a natureza humana (2008, p. 1083).

Ao analisar o trabalho em saúde Ramos refere que este “guarda simultaneamente o sentido econômico e ontológico” (2005, p.208) esclarecendo que o primeiro sentido deve-se à manutenção objetivada dos trabalhadores para a produção, enquanto que o segundo deve-se ao fato de que a atenção integral à saúde tem como proposta a satisfação das necessidades de saúde do ser humano na sua dimensão de sujeito e não na de objeto.

Historicamente o trabalho em saúde convive com a divisão técnica e parcelar dos atos de cuidado, com a clássica divisão entre o trabalho manual e intelectual e com a consequente valorização social diferenciada entre uma profissão e outra, mediada pelo jogo do mercado. De acordo com essa valorização se estabelecem relações hierárquicas diversas entre as profissões, cargos e salários. Nesse sentido, quem comanda e dirige o processo da assistência à saúde dos usuários, embora na mesma condição de trabalhador assalariado, geralmente é o médico, como refere a residente, assistente social e o preceptor enfermeiro nas narrativas acima.

A situação muda um pouco de figura, quando a organização do processo de trabalho em saúde parte de uma concepção de cuidado que partilha do conceito ampliado de saúde, conceito que se distancia da concepção biologicista, ainda dominante nos espaços hospitalares, diferente do que ocorre no campo da Saúde Coletiva, da Medicina de Família, com sua redefinição no Programa da Saúde da Família, onde o trabalho em equipe pende para um conceito de cuidado, a partir da ideia da Medicina Integral que segundo Paim, ao ser incorporada pela RSB

transformou-se num movimento dos que apostam numa transição paradigmática que oriente a reorganização dos processos do trabalho em saúde e num projeto dos que investem na mudança dos modos tecnológicos de intervenção. Ainda que não se possa ver claramente uma política desenhada nessa direção, podem ser visualizados alguns sinais e práticas através de experiências desenvolvidas em diversas localidades do país (PAIM, 2006, p.11).

O mesmo ocorre no campo da saúde mental que, desde a Reforma Psiquiátrica juntamente com o processo dos movimentos da RSB, vem mudando suas práticas de assistência. Amarante e Guljor referem que “A Reforma Psiquiátrica manteve de forma arraigada os princípios desencadeantes do movimento, como o questionamento da lógica cartesiana da ciência médica” (2006, p. 72-73). A crítica ferrenha ao modelo manicomial, o caráter de movimento social envolvendo não só profissionais da saúde mental e usuários, sensibilizou a sociedade, propondo um novo paradigma de cuidado, de saberes e práticas que se refletiram no modelo de atenção, na organização dos serviços e, sobretudo, nos processos de trabalho coletivos em saúde aproximando-os, em certa medida, do princípio da integralidade. Como refere a residente de Educação Física, embora realizem um trabalho mais fortalecido no sentido do diálogo sobre o paciente, ainda não conseguem realizar, em conjunto, o planejamento de um projeto terapêutico para o usuário.

Outro espaço de saúde em que se observa um trabalho em equipe um pouco diferente do tradicional é no serviço de emergência, mesmo no ambiente hospitalar. A preceptora, em sua narrativa, menciona algumas razões para essa característica que ela atribui, sobretudo, à natureza do ambiente de trabalho. A superlotação, a precariedade do cuidado que o caos da emergência gera, a forma de organização do trabalho movida pela proximidade de várias unidades e especialidades concentradas em um só espaço acaba facilitando, de certo modo, algum trabalho integrado e, até mesmo pela

necessidade da rápida tomada de decisões terapêuticas, tendo em vista a gravidade e emergência dos casos atendidos.

Outro aspecto que diferencia as relações entre as profissões nas configurações da equipe multiprofissional está relacionado ao grau de complexidade assistencial. No caso das equipes de transplantes pela de alta complexidade, tecnologia investida, custos, riscos para o paciente, a importância dada ao planejamento conjunto é extremamente valorizada para que o sucesso do tratamento seja exitoso. A narrativa da preceptora de psicologia expressa essa característica:

**PC/ENF/SM** – Durante a minha graduação fiquei três semestres seguidos tendo estágio curricular na comunitária, na administração e o último semestre no posto. Nessa experiência eu vi algo bastante interessante, vi a figura do enfermeiro como o grande gerente, como o grande articulador. Ali fui identificando a enfermagem como a profissão que se relaciona com todas as outras áreas. Depois eu tive uma experiência com o pessoal do CAPS e vi que era diferente de uma internação psiquiátrica. No CAPS as pessoas se apoiam mais, se articulam mais, fazem mais trocas e fazem atividades em comum, o apoio matricial que é excelente.

**R/EF/SM** – Durante o estágio no CAPS infantil os profissionais se reúnem todos os dias, onde se discute os pacientes, como foi no dia anterior e tal. E todas as quartas-feiras tinham reuniões grandes com os médicos que eram as chefias dali. Essas atividades eram coordenadas pelos médicos. Nessas reuniões todo mundo se coloca, todo mundo fala. Eu até acho que o CAPS é um dos espaços mais abertos que valorizam o nosso trabalho. Tem outras equipes no hospital que não valorizam. Nos estudos de caso propunham-se alguns encaminhamentos, discutiam-se algumas questões do paciente em paralelo em que cada um fazia sua parte, mas não fazendo em conjunto um projeto para futuro.

**PC/AS/AC** – Fiz estágio na emergência em que a gente trabalha um pouco diferente, não tão diferente de todo o hospital, porque que tem a hierarquia, mas até para poder trabalhar naquele espaço onde tem muita gente, às vezes necessitamos estar integrados, precisamos ter a mesma linguagem, pois se um começar a ter mais poder que outro, definir ou decidir as suas coisas sozinho estas não acontecerão da melhor maneira possível.

**PN/PSIC/SC** – As equipes onde eu me inseri sempre deram muito espaço para a psicologia. Tínhamos uma boa participação, fazíamos juntos grupos de pacientes para os transplantes.

O conjunto de narrativas acerca das vivências dos sujeitos de pesquisa, durante seus processos de formação inicial, de modo geral, não condiz com as pretensões das DCN em imbuir a arquitetura curricular dos diversos cursos da saúde para práticas curriculares voltadas às necessidades de formação projetada para um sistema que, teórica e legalmente, se reveste de uma base conceitual que vai de encontro à lógica de assistência dominante e à lógica funcional da equipe multiprofissional. Sobre essas

questões Ramos (2005) faz alguns questionamentos de que, por si só, a confluência dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional não seria o suficiente para o alcance da integralidade da atenção em saúde, argumentando que:

a relação que se estabelece entre eles pode se manter sob os auspícios da divisão social e técnica do trabalho, com níveis significativos de separação entre trabalho manual e intelectual, entre dirigentes e dirigidos, numa estrutura rigidamente diferenciada e hierarquizada (2005, p. 2009)

Concordo com a autora de que a atuação da equipe, a partir da integração das funções, seria apenas um dos elementos contribuintes para o atendimento dos princípios do sistema, na medida em que, há um forte distanciamento entre o que é discurso, mesmo tendo base legal, o SUS e seus princípios, e o que é real, mediado pelas contradições de aspectos conjunturais e estruturais, sob os quais se vive numa sociedade em que a divisão social e técnica do trabalho são seus elementos fundantes. Todavia, se a tensão não for provocada, seja pela formação dos trabalhadores da saúde, seja pela organização dos serviços, seja pela mudança do modelo de gestão, teríamos que nos conformar com o determinismo. Para encerrar provisoriamente esse item, que certamente será retomado nos demais desta tese, amparo-me na referência de Konder de que “Se o determinismo persistir dificultará sempre o desenvolvimento do espírito crítico e da criatividade entre aqueles que lutam pelas transformações na sociedade” (1989, p. 68).

### 3.5 MISCELÂNEAS DA AVALIAÇÃO NO PROCESSO EDUCATIVO

A avaliação do processo educativo constitui outro aspecto relevante na formação, não só no ponto de vista da relação ensino-aprendizagem, das questões do planejamento e ensino na graduação, mas porque esta prática se estende para outras relações do trabalho coletivo em saúde.

Os atos de avaliação estão sempre presentes em razão da natureza da assistência ao paciente. Esta requer a prática permanente de planejamentos terapêuticos e suas reavaliações, a prática do diagnóstico, do acompanhamento e evolução do processo saúde-doença dos pacientes e, sobretudo, das relações educativas entre os profissionais da saúde, entre estes com os pacientes e familiares. O processo de cuidado se

desenvolve a partir de um diálogo, de uma escuta ativa e avaliativa. Saber ouvir o paciente, estabelecer uma relação dialógica com esse, mergulhar na sua história e planejar o *que fazer*, juntamente com o paciente e familiares, faz parte do cotidiano da produção da vida.

Alguns serviços de saúde, sobretudo, os que passaram por processos de Acreditação, pois entre as metas para o recebimento da certificação, é exigido das instituições que tenham uma política definida sobre educação de pacientes e familiares, estabelecem formalmente sua política e seu plano de educação com orientações, indicações de condutas, protocolos, de acordo com a especificidade dos tratamentos a serem observados pelos profissionais. O HCPA, por exemplo, possui no seu planejamento estratégico a Política e Plano de Educação a Pacientes e Familiares, bem como criou uma comissão multiprofissional permanente para planejamento, educação, avaliação e consultoria com relação à prática educativa realizada, durante o processo do cuidado.

Num sentido exemplificativo, destaquei alguns trechos das DCN dos cursos de Enfermagem e Nutrição, uma vez que as Diretrizes dos demais cursos da saúde contêm orientações e princípios gerais muito próximos.

De acordo com as DCN, a formação necessita assegurar (este verbo é utilizado no texto) “a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação aos estudantes”, além dessas proposições, o texto refere que a formação deverá “estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações” (BRASIL, 2001a).

No decorrer da exposição dos princípios da DCN, destaquei os seguintes:

Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional; Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada (BRASIL, 2001a).

Quanto à avaliação do processo ensino-aprendizagem, o texto sugere que seja periódica, utilizando instrumentos diversificados que avaliem as competências, habilidades e conteúdos com o fim de informar às instituições, aos docentes e aos discentes sobre o desenvolvimento das atividades do processo (BRASIL, 2001).

A partir dos recortes acima, compartilho quatro narrativas dos sujeitos de pesquisa sobre suas vivências no processo avaliativo em suas graduações em saúde.

As duas primeiras de um preceptor e de um residente, que finalizaram suas graduações em Educação Física, respectivamente, em 2003 e 2010. A preceptora realizou seu curso no currículo antigo e o residente no currículo novo, a partir das DCN de 2002, com as alterações subsequentes. As duas últimas narrativas são de uma preceptora e de um residente, graduados em Farmácia em 1991 e 2009. A preceptora realizou seu curso no currículo antigo e o residente no currículo, sob as orientações das DCN de 2001 para a graduação em Farmácia.

Observo pelas narrativas que de 1991 para 2010 os processos de avaliação, experienciado pelos sujeitos em suas formações, não se afastou da concepção tradicional da avaliação do processo ensino-aprendizagem com a finalidade tão somente de medir o que foi transmitido, ou decorado pelo estudante. Mesmo mudando os instrumentos para avaliação da aprendizagem, a exigência da repetição do conhecimento não mudou, conforme referido pelo residente de farmácia. O processo avaliativo não assumiu o caráter dialógico anunciado no texto das Diretrizes. Também não cumpriu com o compromisso ético pedagógico de investigação do desenvolvimento da aprendizagem do educando, de seus limites e possibilidades, de seus ritmos e, nem tampouco, assumiu a tarefa de ser propiciador ao educador da revisão de sua prática educativa. Enfim de suas concepções de educação, uma vez que a avaliação é um caminho de duas vias:

**PN/EF/SM** – A avaliação na educação física não era participativa. Eu convivi com esse tipo de avaliação mais participativa na escola.

**R/EF/SM** – Durante o estágio no CAPS a professora que era a minha supervisora me viu duas vezes quando eu entreguei os dois relatórios porque não tinha reunião. Ela não tinha conhecimento do campo de estágio. Quem me avaliou foi uma funcionária que trabalha aqui. A professora de estágio nem sabia se eu comparecia ou não ao estágio. Tanto é que ela teve esses dias aqui no hospital se apresentou para mim e eu disse: “Não, eu já te conheço, tu me orientaste”. Ela me avaliava pelos relatórios que a funcionária daqui escrevia para ela e pelos meus. Nunca conversava comigo sobre as questões do SUS, acho que ela nem tem esse conhecimento.

**PN/FARM/OH** – A avaliação na farmácia era feita por provas de cruzinha e decoreba do caderno. Uma frustração. Eu acho isso muito ruim, porque quando eu me dispunha a estudar um assunto que eu me interessava eu me ralava, porque eu não tinha tempo para decorar os cadernos. Senti esse vazio na minha graduação.

**R/FARM/CIH** – A avaliação era com provas descritivas. Durante a graduação eu tive apenas uma prova que foi de múltipla escolha. Todas as

outras provas, desde a química até o final da graduação foram descritivas, de resolução de problemas, questões descritivas. E muitas vezes o professor cobrava o que estava escrito no livro. Tínhamos que colocar as palavras do livro. Nós tínhamos que decorar e não entender o que estava escrito.

Como refere Romão, a avaliação da aprendizagem “reproduz homologamente, os processos de estruturação da dominação que ocorrem nas relações de produção e nas relações sociais mais gerais” (2008, p.98). As práticas educativas da universidade, os processos metodológicos e avaliativos do processo de formação dos profissionais para o SUS não conseguem superar a concepção da pedagogia transmissiva, da repetição, impedindo a aprendizagem criativa, problematizadora e emancipadora. A tradição positivista e mecanicista, embora discursivamente afastada dos currículos em seus textos, ainda é dominante na prática dos mesmos.

As mudanças após as DCN ficaram no plano da superficialidade, as orientações revestiram-se em questões pedagógicas instrumentais. No fundo as práticas conservadoras estão preservadas. As narrativas dos sujeitos relacionadas, a seguir, não deixam dúvidas:

**PC/ENF/CIH** – A avaliação na minha graduação tinha basicamente prova, tinha muito mais prova do que trabalhos.

**PC/AS/SC** – A gente tinha muito trabalho de grupo, o curso sempre propiciou muito isso, essa questão do trabalho de grupo, de apresentações de trabalho, mas o modelo de avaliação tinha aquela coisa do final de semestre com provas.

**R/AS/AC** – Não tínhamos um padrão estabelecido de avaliação, alguns professores davam provas e tu tinhas que decorar e referenciar o autor para as respostas descritivas. Eu sempre gostei muito das aulas de serviço social, participava bastante. A minha avaliação era muito pela minha participação no grupo porque eu sempre queria emitir uma opinião ou uma dúvida.

**PC/ENF/SM** – Eu tenho diversas críticas à graduação em si, uma delas é o processo de avaliação, dos conceitos, da dureza que era a avaliação frente as suas formalidades, mais ainda por serem muitos enfermeiros. É cobrado um batom mais avermelhado e unha bem cortada, uniforme branco, isso tem tanto peso quanto o conhecimento que a pessoa tem. É isso que eu critico.

O processo de avaliação, projetado para produzir no educando *o aprender a aprender* (DCN), reduz-se nas palavras de Romão “a imolação, no altar do controle e do conservadorismo, da iniciativa, da criatividade, da ousadia, da criticidade” (2008, p.98) Contrário, portanto “da possibilidade do avanço da ciência, do conhecimento, da educação e da liberdade” (ROMÃO, 2008, p.98).

As proposições político pedagógicas da RSB em relação ao trabalho como princípio educativo, numa perspectiva pedagógica histórico crítica e não apenas na tradição da pedagogia ativa como pretendem as DCN, enfrentam severos desafios. A materialidade da formação, relatada pelos sujeitos, é reveladora de que os educadores, formados e conformados, a partir da pedagogia conservadora e dominante precisam ser educados.

### 3.6 MISCELÂNEAS DA FORMAÇÃO PARA PESQUISA

Como refere Triviños “A ideia de vincular, estreitamente, o ensino à pesquisa não é nova. No campo da Universidade, esse propósito tem tanta idade como o nascimento mesmo do saber sistematizado de nível superior” (2003, p. 11). No entanto, o autor adverte que essa vocação do ensino universitário foi sendo deixada de lado nos últimos anos, sobretudo, pela expansão quase sem controle da privatização do ensino superior e pelo fato dessas instituições orientarem-se, prioritariamente, à formação de profissionais, deixando em segundo plano a formação para a pesquisa.

Dentre os preceptores 75% realizaram seus cursos em Universidades privadas e dentre os residentes 83% realizaram seus cursos em Universidades públicas. As narrativas indicam que os profissionais formados nas instituições privadas não tiveram a vivência em pesquisa, confirmando a referência do autor Triviños (2003) sobre a tendência das instituições privadas não priorizarem tal formação.

Outros aspectos mencionados pelos sujeitos formados nas instituições públicas são: a falta de estímulo para a pesquisa, a falta de aprofundamento nessa prática.

Com exceção dos profissionais de farmácia, que referem terem tido uma maior vivência na prática de pesquisa, a maioria não vivenciou essa prática:

**PC/ENF/CIH** – Não fiz pesquisa durante o curso de enfermagem.

**R/ENF/SM** – Eu participei de uma pesquisa como bolsista bem no final da graduação realizada sobre os CAPS aqui da região sul do país e depois eu tive a experiência do TCC. Na verdade eu não fui formado para pesquisa desde o início da graduação. Até existe possibilidade dentro da faculdade de se ingressar, mas desde que a gente esteja bem atento e tenha os olhos muito abertos para o que está acontecendo em torno. Por que se tu segues simplesmente o andamento das aulas e o currículo não há o direcionamento. No meu caso como eu trabalhava então não era tão disponível. As disciplinas de modo geral não incentivavam para pesquisa.

**PC/FARM/OH** – Fiz pesquisa na graduação sempre tive bolsa de iniciação científica. A faculdade me estimulou muito. Pesquisei na genética aqui do hospital. Fui monitora da cosmética e monitora da química.

**R/FARM/CIH** – Durante a graduação eu participei do projeto de pesquisa numa parte da farmácia, que é a farmacocinética. É a parte que estipula o intervalo de tempo e dose dos medicamentos. Era pesquisa com animais, então a gente aplicava medicamentos e daí ficava monitorando as concentrações plasmáticas de alguns medicamentos. Foi durante dois anos tinha um professor orientador.

Outro aspecto relevante a ressaltar é de que os estudantes das instituições privadas realizaram seus cursos no período noturno, indicando, de certo modo, o que já havia referido no item 3.1 a respeito da formação massificada e aligeirada de algumas instituições de ensino superior que fazem da educação um negócio rentável. A preceptora, assistente social, continua não fazendo pesquisa e a residente, formada mais recentemente, revela não ter tido vivência em pesquisa e que seu conhecimento se resume a uma disciplina sobre metodologia da pesquisa.

Enfim, as contradições da expansão do ensino superior privado, a materialidade pessoal e profissional dos professores, como referido pela residente de nutrição de uma universidade pública na narrativa abaixo, ensinada mais por professores substitutos, com contratos de trabalho precários, do que por docentes concursados, são elementos que limitam as possibilidades do desenvolvimento da prática da pesquisa, durante a graduação:

**PC/AS/AC** – Não fiz pesquisa na minha graduação e nunca fiz aqui no hospital também.

**R/AS/AC** – Não fiz pesquisa na graduação. Eu tive uma cadeira de metodologia científica em grupo. A avaliação dessa única cadeira de metodologia era sobre projeto de pesquisa feito pelo grupo. Os professores não permitiram outras possibilidades de pesquisa.

**PN/NUTRI/SC** – Não éramos incentivadas para pesquisa na graduação. A pesquisa que eu fiz foi meu trabalho de conclusão de curso e depois fiz uma pesquisa na especialização. Aqui no hospital a gente acaba, às vezes, se envolvendo em alguma pesquisa do serviço. Quero fazer mestrado, mas não tenho tempo. Como a minha experiência na pesquisa é bem pequena, é bem pobre, então eu preciso me apropriar mais.

**R/NUTRI/SC** – Na graduação a pesquisa que eu fiz foi só o TCC, eu não fiz Iniciação Científica, nada disso. Quando eu cursei, a maioria dos professores era substituto. A motivação de um professor substituto é muito diferente, o olhar é muito diferente do que eu vejo hoje, em que a maioria dos professores é efetivo. Hoje eles têm linha de pesquisa e verba, estão dentro de departamentos específicos, estão muito mais inseridos do que os professores substitutos.

**PN/EF/SM** – Não fiz pesquisa na graduação, ficou essa lacuna.

**R/PSIC/SC** – Eu sempre fiz pesquisa na graduação, sempre fomos muito estimulados. A psicologia da UFRGS tem esse foco de pesquisa muito grande.

Há um item nas DCN para os cursos da área da saúde com orientações para o incentivo à formação em pesquisa que refere: “Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão” (BRASIL, 2001a). Embora a política pública tenha reforçado a ideia da unidade teoria e prática, inspirada pelas discussões e reivindicações da RSB por uma formação mais fecunda sobre a realidade material e ideológica do Sistema de Saúde, é importante ressaltar o que nos ensina Dias de que “O discurso transformador é produzido e produtor. É construído na articulação/luta com outros discursos. É no início fragmentado para mais tarde transformar-se em corpo diferenciado” (1996, p.19).

Todavia, os discursos da RSB, dos atuais sanitaristas, dos movimentos sociais e demais representações tanto do meio acadêmico, como dos trabalhadores nos serviços, por mais que tenham representado um grande marco na criação de um Sistema Único de Saúde, conseguindo legalizá-lo constitucionalmente e materializá-lo com êxito em alguns espaços, tanto na gestão, na organização dos serviços, como no controle social e na própria formação de trabalhadores para o SUS, não foi suficiente ainda para o combate dos fragmentos do discurso e materialidade dominantes, pois como diz Dias: “Enquanto a ideologia criticada tiver base social/material de sustentação ela permanece” (1998, p. 19). É o que estamos observando nas formações dos estudantes nas graduações em saúde. A base social/material positivista, cartesiana do individualismo empírico persiste, embora já se observe por dentro dessa base, rupturas no sentido de uma formação que vai se preparando para o sistema, na perspectiva de seus princípios ético políticos e da própria complexidade do processo saúde-doença.

A Residência Multiprofissional é um caminho, os programas PET Saúde e Pró Saúde também, os caminhos de formação permanente dos trabalhadores nas instituições, as rodas de conversa sobre trabalho, problematizando conceitos ampliados de educação e saúde, constituem também espaços de reflexão-ação-reflexão que podem produzir frutos saudáveis na busca de uma base social/material sustentável na defesa e fortalecimento do SUS.

#### **4 A CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL E CONJUNTURAL DO HCPA MATERIALIZADA NAS CINCO ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO ONDE SE DESENVOLVE A PRÁTICA DA PRECEPTORIA E FORMAÇÃO DOS RESIDENTES**

Para desvelar as contradições do PRIMS e compreender a materialidade de seus caminhos e descaminhos, a concretização ou não do que está proposto em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) é condição fundante deste estudo fazer o que Kosik recomenda em seu livro *Dialética do Concreto, um détour*, ou seja, um giro ao redor da materialidade dessa formação em sua singularidade e particularidade dentro de uma totalidade concreta, mediatizada pelos aspectos estruturais e conjunturais, que produziram e produzem o espaço onde a RIMS acontece.

Nesse giro pela materialidade do HCPA, que na realidade venho fazendo desde o início deste estudo como trabalhadora e pesquisadora nesse espaço, por meio de minha práxis e das narrativas ora declaradas, ora explícitas e problematizadoras das práxis dos sujeitos desta pesquisa, é imprescindível desvelar as relações entre os aspectos estruturais e conjunturais que produziram e produzem tal espaço. É necessário mergulhar nas configurações de sua singularidade, particularidade e universalidade para apreender suas contradições e mediações que a transitam dialeticamente, produzindo sua totalidade histórica. Enfim, só a partir desse movimento dialético, desse *détour* pela dinâmica do empírico, pretendo por meio de um árduo esforço analítico, pois meu tempo é limitado, chegar ao concreto pensado, a um texto de tese ainda que tomado pela perspectiva de seu inacabamento, de sua provisoriedade.

##### **4.1 O ESPAÇO DE TRABALHO HOSPITALAR: A RIMS NO HCPA**

O espaço, na definição de Santos (1997, p. 26), é um “conjunto indissociável de que participam de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e, de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”.

Ao dar continuidade à caracterização do espaço onde RIMS é desenvolvida, em meio *ao conjunto de seus objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais* refiro algumas falas dos sujeitos desta pesquisa que, com suas forças de trabalho, dão vida aos processos de assistência e de formação em saúde:

**PC/ENF/CIH** – O Hospital de Clínicas funciona assim: os professores da universidade em primeiro lugar, eles têm lugar para estacionar no estacionamento, eles têm prioridade no elevador, eles são os professores que mandam no Hospital. Depois vêm os médicos contratados, e depois vêm todos os outros, que somos nós.

**R/FARM/CIH** – Eu acho a estrutura do hospital inadequada, é supervalorizada a classe médica e as demais profissões são menos valorizadas. No SUS todas as profissões deveriam ser tratadas igualmente e o que se vê é que a classe médica é beneficiada. A presidência do hospital deveria ser feita por um colegiado de todas as profissões que têm no hospital.

As manifestações dos sujeitos caracterizam, à primeira vista, o modo como se processam as relações entre as profissões da saúde, a posição e o poder que cada uma detém, em detrimento das demais na instituição.

A primeira narrativa acima não deixa dúvidas a respeito do quanto o “jeito Clínicas de ser”, jargão veementemente mencionado nos discursos dos administradores, sobretudo do corpo médico, tem caracterizado a materialidade político-administrativa do hospital, bem como tem dado o tom nas relações de trabalho e educação em saúde, nas relações sociais e culturais da instituição.

O “jeito Clínicas de ser”, sistematicamente premiado no mercado como destaque na categoria de negócios empresariais, veiculado pelos dirigentes como um, entre tantos motivos de orgulho para seus “funcionários” se deve, segundo a avaliação da direção, ao fato da instituição constituir-se juridicamente como uma empresa pública com gestão própria e autonomia financeira, vinculada à UFRGS, apenas academicamente.

Nesse sentido, o senso comum “jeito Clínicas de ser” de “características difusas e dispersas de um pensamento genérico” (GRAMSCI, 2004, p. 102) foi se formando ao longo da história desse espaço criado para ser um ambiente de assistência, ensino, pesquisa e extensão da Faculdade de Medicina da UFRGS, a partir da lógica médico-hegemônica, com a participação coadjuvante das demais áreas profissionais a ela subordinadas. Essa questão será retomada ao longo do desenvolvimento deste item.

A narrativa do residente de farmácia, além de expressar a crítica à estrutura político administrativa do hospital, indica alguns caminhos de mudança, que vão ao

encontro das proposições gerenciais indicadas pela Reforma Sanitária e ratificadas no modelo político administrativo, preconizado pelo SUS. A avaliação crítica do residente parece indicar, em alguma medida, a consciência de certos aspectos sobre a realidade material do sistema. Sobre essa questão Gramsci refere que:

o início da elaboração crítica é a consciência daquilo que é realmente, isto é, um ‘conhece-te a ti mesmo’ como produto do processo histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços acolhidos sem análise crítica (2004, p 94).

A elaboração crítica sobre a materialidade do hospital expressa nas narrativas onde os sujeitos tecem suas relações no processo do trabalho e da formação em saúde representa o desvelamento dessa realidade e no dizer de Freire “esta realidade é funcionalmente domesticadora. Libertar-se de sua força exige, indiscutivelmente, a emersão dela, a volta sobre ela” (2005, p.42).

Concluo este item, referindo que o início de uma elaboração crítica fundamentada de residentes e preceptores, envolvidos numa proposta de formação em saúde que nas suas pretensões político-pedagógicas inspira-se em convicções pela reafirmação do SUS, numa lógica contrária à dominante, pode ser um começo de ruptura das “convicções socialmente conformistas de acordo com os interesses das classes dominantes” (GRAMSCI, 2004, p.110).

#### 4.2 A DUPLA FACE PÚBLICO-PRIVADA DO HOSPITAL: HISTORICIDADE, SENTIDOS E CONTRADIÇÕES

Para a compreensão qualificada desse espaço multideterminado, é necessário dar continuidade a essa imersão, em seu processo histórico, na tentativa de desvelar os seus sentidos e contradições. Para essa tarefa busquei na literatura investigar a materialidade política, social, econômica e cultural em que foi produzida a instituição, HCPA.

Ao longo da década de setenta, a universidade pública brasileira, historicamente concebida numa perspectiva conservadora e substancialmente atrelada aos interesses da classe burguesa em meio a um projeto societário de desenvolvimento dependente, inicia a expansão de suas estruturas no sentido de atender as demandas de formação de profissionais especializados gerada pela proposta de modernização nacional

desenvolvimentista da sociedade brasileira, assim denominada por alguns autores, entre esses, Carlos Nelson Coutinho (2005).

Nessa materialidade política, econômica, social e cultural brasileira, é criado o Hospital de Clínicas de Porto Alegre instituído pela Lei 5.604/70, visando ser um campo qualificado de formação em saúde.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, desde 1930, idealizava a implantação de um hospital universitário no qual os estudantes dos cursos da área da saúde pudessem aprender, em serviço, suas futuras profissões.

Melo analisando a realidade brasileira dos anos setenta refere que:

Neste período, as agências de bem-estar-social públicas ampliam sua cobertura nos países dependentes, fortalecendo instâncias diversas da burocracia estatal, que se instrumentalizou cada vez mais para prestar estes serviços de assistência e seguridade social. (MELO, 2004, p. 90)

Nesse sentido, a criação do HCPA atendia aos interesses do modelo econômico desenvolvimentista. Oliveira referindo-se ao período da ditadura militar menciona o aumento do número de empresas estatais “numa proporção com que nenhum nacionalista do período anterior havia sonhado” (2003, p.132). O Hospital surge num período de grande repressão política e de intensa coerção estatal.

Gramsci refere que “a coerção deve ser sabiamente combinada com persuasão e o consenso, e isto pode ser obtido, nas formas próprias de uma sociedade” (2001, p. 273). Para obtenção do consenso em torno do governo repressivo e ditatorial, a população teria que ser beneficiada em alguns aspectos que não seriam para todos, mas que abrangeriam uma fatia expressiva de trabalhadores. Nesse sentido, a acentuada multinacionalização, alavancada pelo processo de desenvolvimentismo, é acompanhada por uma vasta cobertura na saúde e na educação.

Embora tais medidas, os índices de qualidade de vida, capitaneados pela desigualdade e pela pobreza da população declinavam cada vez mais. A economia mundial passava por uma forte crise, constituindo-se num cenário ideal para justificar a hegemonia do pensamento neoliberal, vivificada pelo princípio da maximização do lucro econômico em detrimento da satisfação das necessidades sociais.

Pereira assinala que a formação da sociedade brasileira, desde suas origens, foi se materializando, a partir de uma configuração socioeconômica capitalista periférica mergulhada no interior do sistema capitalista internacional (1970, p. 125).

Em meio a esse contexto é inaugurado o HCPA, que inicia suas atividades em plena fase do chamado milagre econômico, período que se estende do final dos anos sessenta a, aproximadamente, início da década de setenta, seguido de uma crise que resultou no aumento do endividamento externo do país, do desemprego, e da queda dos setores produtivos.

Essa realidade, marcada pelo desmoronamento do projeto societário desenvolvido pela ditadura, acaba gerando algumas mudanças na área da saúde, entre essas, a criação do Ministério de Previdência e Assistência Social. Tais medidas tendo como objetivo diminuir despesas com a atenção médica, também favoreceram a iniciativa privada nos serviços de saúde, marcadamente nas áreas urbanas, onde a industrialização era expressiva. Verifica-se, nesse contexto, uma retração da saúde pública que vai perdendo campo para a medicina previdenciária.

O impulso científico das indústrias farmacêuticas, de agentes mecânicos e equipamentos médico-hospitalares, aliado aos interesses do modo de produção capitalista, constituem o elenco de condições que irão escoar na intensiva medicalização da população, no aumento do número de especializações e na tecnicidade do ato médico e dos demais trabalhadores da saúde (SILVA, 1986, p.83).

Com a previdência social institucionalizada é expandida a atenção médica a um maior contingente da população, mas marcada por uma desigualdade de acesso.

Com o passar do tempo, o modelo curativo, de atendimento individualizado e hospitalar começa a entrar em crise, acontecendo mudanças de ordem estruturais na previdência, tais como a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)<sup>97</sup>, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (INAMPS)<sup>98</sup>, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>99</sup> (PIRES, 1998).

---

<sup>97</sup> O SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social foi criado em 1977. Reuniu o INPS, o INAMPS e o IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social e reorganizou os órgãos da assistência social (LBA, FUNABEM). Criou o DATAPREV (Centro de Processamento de Dados da Previdência Social). O governo criou o SINPAS com a finalidade de qualificar a administração do sistema previdenciário e melhorar os serviços de saúde. Disponível em: [http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00008702&lng=pt&nrm=iso](http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008702&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 25-11-10.

<sup>98</sup> O INAMPS era uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social atualmente Ministério da Previdência Social. Foi criado durante o regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), denominado atualmente de Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). O Instituto tinha a finalidade de prestar atendimento médico/dentário aos que contribuam com a previdência social. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema\\_%C3%9Anico\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde). Acessado em 25-11-10.

O HCPA, respondendo ao contexto em que surgiu e atingindo um maior contingente populacional, vai atendendo, com suas especialidades múltiplas, a uma lógica que privilegiava a medicina de especialidades e a tecnicidade do ato médico referidas acima. Observa-se nesta fase, a substituição do atendimento do médico que detinha seu próprio consultório e meios de produção, por um atendimento massivo dos médicos assalariados das instituições de saúde públicas e privadas.

De acordo com o artigo dois da Lei 5.604/1970, o HCPA tem como objetivos:

Administrar executar serviços de assistência médico-hospitalar; prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante as condições que foram fixadas pelo Estatuto; servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul; cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do hospital torne desejável esta colaboração; promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas (Manual do Colaborador / HCPA,1998).

A Lei citada assinala como missão do hospital:

Formar Recursos Humanos, gerar conhecimentos, prestar assistência de excelência e referência através da maximização do aproveitamento da infraestrutura instalada, transpor seus objetivos próprios, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, qualificando-se, desta forma, como Hospital Universitário de Atenção Múltipla (Manual do Colaborador / HCPA, 1998).

---

99 O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado em 1987 resultou dos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Essa conferência foi um marco na história da formação do SUS e na propagação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira), como uma consolidação das AIS (Ações Integradas de Saúde, criadas em 1983, constituíam uma estratégia fundamental para o processo de descentralização da saúde). O SUDS adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e a formação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras, além do desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html). Acessado em: 25-11-10.

Figura 2 - Vista aérea do HCPA no ano de publicação da Lei 5.604 de 02/09/1970<sup>100</sup>



Na qualidade de hospital de grande porte, encontra-se numa situação privilegiada por ser um hospital universitário e ter um aporte financeiro que o diferencia das demais instituições hospitalares. As palavras “recursos humanos” mencionadas no texto da missão institucional do hospital para indicar os trabalhadores e/ou estudantes não são empregadas de forma inocente, como referem Frigotto e Ciavatta (2006). Elas carregam significados, sentidos ideológicos relacionados a determinados interesses. O termo recursos humanos vincula-se à teoria do capital humano. Nesse sentido Frigotto refere que:

O conceito de capital humano – ou, mais extensivamente, de recursos humanos – busca traduzir o montante de investimentos que uma nação ou os indivíduos fazem, na expectativa de retornos adicionais futuros. Do ponto de vista macroeconômico, o investimento no “fator humano” passa a significar um dos determinantes básicos para o aumento da produtividade e elemento para a superação do atraso econômico. Do ponto de vista microeconômico, constitui-se no fator explicativo das diferenças individuais de produtividade e de renda e, conseqüentemente, de mobilidade social (2001, p. 41).

Nas décadas de 1960 e 1970 a teoria do capital humano incentivou investimentos do setor empresarial na formação continuada, como mecanismo de ascensão social e econômica dos trabalhadores com a conseqüente qualificação da produção. A década de setenta e início dos anos oitenta caracteriza uma fase de grandes investimentos nos hospitais universitários por parte do governo, atendendo aos interesses hegemônicos do mercado da saúde e a crescente incorporação da atenção médica à previdência social

---

<sup>100</sup> Fonte: Caderno Especial/ 40 anos da Lei do HCPA/ Informativo Número 31. Porto Alegre, 2010. Disponível em: [http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/espacoaberto/espacoaberto\\_31\\_especial.pdf](http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/espacoaberto/espacoaberto_31_especial.pdf). Acessado em 11-10-2010.

(SILVA, 1986). Aliado a esses fatores, a triangulação entre assistência, ensino e pesquisa fez e, ainda faz da instituição um centro de excelência no atendimento, na formação e nas pesquisas de desenvolvimento da saúde e da educação em saúde.

Entre os Hospitais Universitários públicos do país, o HCPA é o único que figura como empresa pública de direito privado, com patrimônio próprio e autonomia financeira e administrativa, integrante da rede de Hospitais Universitários do Ministério de Educação.

O Professor Eduardo Faraco, principal articulador da criação da Empresa Pública HCPA e Reitor da UFRGS na década de setenta, num dos trechos do ofício que encaminhou ao então Ministro da Educação e Cultura, em defesa da criação do hospital como empresa, refere o seguinte:

A autarquia, espécie mais próxima da administração direta, não satisfaz as necessidades de autonomia e flexibilidade indispensáveis à administração de um hospital, com situações e problemas que precisam ser atendidos e resolvidos com presteza e simplicidade. [...] Resta assim, como solução, a forma jurídica de empresa pública. Esta parece-nos adaptar-se perfeitamente aos fins visados pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, permitindo que sua administração processe de maneira simples e eficiente, servindo ao mesmo tempo a suas finalidades de suporte de ensino médico na Universidade, de assistência médico-hospitalar gratuita a número razoável de pacientes da comunidade, de cooperar nos planos de ensino de outras profissões vinculadas aos problemas de saúde e de promover a realização de pesquisas científicas tecnológicas, além de atender no setor médico hospitalar, com remuneração e mediante convênios e contratos, assistidos no INPS ou de outras associações públicas e privadas, bem como pacientes particulares que a ele baixe para tratamento ( HCPA, 2010).

Por ser uma empresa pública, o maior percentual de atendimentos realizados no hospital ocorre a usuários do convênio SUS (89%), os demais 11% são atendimentos a usuários que acessam os serviços da instituição mediante convênio privado e atendimento pago sem convênio.

O atendimento oferecido pela Instituição é considerado ótimo por 79,39% dos pacientes internados e 76,33% dos pacientes ambulatoriais. O PRIMS é desenvolvido somente nas áreas de atendimento 100% pelo convênio SUS.

A gestão do HCPA, de acordo com a Lei 5.604 de 2/09/1970, fica a cargo de uma Administração Central (AC) e de um Conselho Diretor. A AC realiza a administração das atividades específicas e auxiliares da empresa, observadas as diretrizes gerais, elaboradas pelo Conselho Diretor, e é constituída pela Presidência do Hospital, função ocupada atualmente por um professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, pela Vice-

Presidência Médica, também ocupada por um professor da Faculdade de Medicina da UFRGS, pela Vice-Presidência Administrativa, ocupada atualmente por um empregado do HCPA, pela Coordenação de Enfermagem, função ocupada por um professor da Escola de Enfermagem da UFRGS e por uma Coordenação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, função ocupada por um professor da Faculdade de Medicina da UFRGS.

O Conselho Diretor tem a função normativa, deliberativa e consultiva e é constituído pelos seguintes membros: Presidente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Vice-Reitor da UFRGS, Diretor da Faculdade de Medicina da UFRGS, Representante Pró-Reitora de Administração/UFRGS, Representante da Escola de Enfermagem/UFRGS, Representante da Pró-Reitoria de Planejamento/UFRGS, Representante do Ministério da Educação, Representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Representante do Ministério da Fazenda, Representantes da Faculdade de Medicina – UFRGS, Representante do Ministério da Saúde e, desde 2012, conta um Representante dos Trabalhadores por força da Lei Nº 12.353, DE 28 de dezembro de 2010.<sup>101</sup>

Os Vice-Presidentes da Empresa participam das reuniões, sem direito a voto. São membros natos do Conselho Diretor: o Presidente da Empresa, o Vice-Reitor da UFRGS, o Diretor da Faculdade de Medicina da UFRGS e o Pró-Reitor de Administração da UFRGS.<sup>102</sup>

A presença do Representante dos Empregados tem sido um canal de comunicação com os demais trabalhadores sobre os temas tratados no Conselho. No mesmo ano em que foi escolhido pelos seus pares, as Associações de Trabalhadores do HCPA, por meio do Colegiado de Associações, criou um encontro mensal que ocorre um dia após as reuniões mensais do Conselho Diretor, para que o representante dos trabalhadores faça um relato sobre sua participação e sobre os assuntos tratados. Nesses encontros são

---

<sup>101</sup> A Lei Nº 12.353, de 28 de dezembro de 2010 “Dispõe sobre a participação de empregados nos conselhos de administração das empresas públicas e sociedades de economia mista, suas subsidiárias e controladas e demais empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto e dá outras providências”. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12353.htm). Acesso 25-09-13.

<sup>102</sup> As funções da Administração Central do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e de seu Conselho Diretor são reguladas pelo Estatuto do HCPA, aprovado pelo Decreto 68.930 de 17 de julho de 1971. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D68930.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68930.htm). Acessado em: 12-10-2010. A composição da Administração Central do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e de seu Conselho Diretor está no portal do HCPA. Disponível em: [http://www.hcpa.ufrgs.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=188&Itemid=379](http://www.hcpa.ufrgs.br/index.php?option=com_content&task=view&id=188&Itemid=379).

realizadas análises das deliberações que vem sendo tomadas pelo Conselho e são construídas propostas para o representante levar ao Conselho em nome dos demais trabalhadores.

É importante referir que a representação dos trabalhadores em Associações na instituição é bastante fragmentada, reproduzindo a divisão técnica do trabalho. Há a associação dos médicos, a dos enfermeiros, a dos nutricionistas, a dos técnicos em radiologia, a dos trabalhadores, de modo geral, que foi criada para representar a todos, mas é constituída, majoritariamente, pelos trabalhadores que ocupam cargos de nível médio. Essa associação atua, prioritariamente, no campo desportivo e na organização de eventos sociais. E por último, há 3 anos atrás, foi criada uma outra associação, a dos Técnicos Científicos que congrega todas as profissões de nível superior que não estão contempladas nas demais associações de nível técnico superior. Essa Associação tem um papel eminentemente político. Foi criada por trabalhadores militantes das demais profissões com o objetivo de unir as demais associações em torno de um Colegiado, também criado há 3 anos. Hoje esse Colegiado representa, em certa medida, um limite às vontades corporativistas. A política do colegiado é a de unir as diversas associações, lutando pelas propostas do coletivo dos trabalhadores, que por meio dessa estratégia, passou a ter maior voz e vez nas negociações junto à Direção da Instituição.

A Presidência do HCPA é, historicamente, exercida por professores médicos da Faculdade de Medicina da UFRGS, com exceção da Vice-Presidência Administrativa, exercida por um empregado proveniente, quase sempre, do segundo escalão administrativo da instituição<sup>103</sup>. Nessa direção Gramsci assinala que a função desses intelectuais, no caso dos empregados contratados da empresa, “pode ser comparada a dos oficiais subalternos no exército: não possuem nenhuma iniciativa autônoma na elaboração dos planos de construção” (GRAMSCI, 2001a, p. 22).

Os cargos para a Vice-Presidência Médica, para a Vice-Presidência Administrativa, para a Coordenação do Grupo de Enfermagem e para a Coordenação do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação são cargos de confiança do Presidente do hospital. Após nomeado pelo Reitor, o presidente nomeia os profissionais para ocuparem esses cargos. Normalmente, enquanto candidato, lança o nome das pessoas que irão compor o

---

<sup>103</sup> Na história da empresa ainda não tivemos um representante do 2º escalão da gestão administrativa que se opusesse às determinações da administração central. Os empregados contratados que assumem postos de gerência no 2º escalão, historicamente, reproduzem a cultura administrativa hegemônica. Na realidade esses “funcionários” exercem suas atividades na qualidade de prepostos e por terem essa característica se perpetuam em altos cargos.

primeiro escalão de sua administração. Dependendo do prestígio dos convidados, a revelação dos nomes, durante a fase de consulta, poderá favorecê-lo na captação de votos.

No processo consultivo de 2012, por exemplo, o convite de uma professora para dirigir o Grupo de Enfermagem teve uma boa repercussão nos resultados da consulta, pois a convidada era uma profissional bem cotada no segmento de enfermagem. Essa foi uma das estratégias do candidato para angariar mais votos.

A narrativa do sujeito de pesquisa, referida a seguir, explicita a organização político administrativa do hospital:

**R/AS/AC** – O hospital começa assim: presidente médico, vice-presidência médica, depois enfermagem, depois administrativo. Eu o vejo fragmentado, um espaço duro de negociação, duro para flexibilização, às vezes há falta de respeito e consideração pelo outro profissional que é diferente, que não é reconhecido, que não tem o seu trabalho valorizado, nem voz e espaço para colocar o seu trabalho. Vejo que é importante que a residência permaneça tentando contaminar essa instituição que é muito dura ao todo.

A expressão da assistente social vai ao encontro do que venho analisando sobre esse espaço hospitalar, quanto a sua criação, aos seus aspectos político-administrativos, econômicos e culturais. A contradição na defesa de seus valores ora públicos, ora de interesses privados, os movimentos organizados por seus trabalhadores em defesa de seus interesses trabalhistas, reprodutores da fragmentação, da divisão técnica e social do trabalho e a conseqüente hierarquização das profissões de acordo com suas valorizações sociais constituem outras nuances que vão configurando as feições político ideológicas da Instituição.

Em sua narrativa, a residente assistente social, deposita certa esperança na proposta da RIMS. Na possibilidade que seu ideário político-pedagógico acene em direção ao trabalho integral, que se abra para práticas de atenção, organização e formação comprometidas com as concepções ético-políticas desalienantes.

No processo consultivo para a gestão do hospital, referente ao quadriênio 2009-2012, os trabalhadores enfermeiros mobilizaram com os professores da Escola de Enfermagem da UFRGS e Associação dos Enfermeiros do HCPA um movimento para que o cargo de Coordenação do Grupo de Enfermagem, a ser ocupado por um professor da Escola de Enfermagem, fosse indicado por esses segmentos e não pelo candidato à presidente do hospital. Nesse movimento, qualquer candidato à presidente, que fosse formar uma chapa, teria que aceitar que o Grupo de Enfermagem fosse ocupado por um

candidato já indicado em suas bases. Essa mudança teve um significado de avanço político em relação ao segmento médico que determinava, até então, o controle total das indicações dos cargos de primeiro escalão.

Esse avanço, no entanto, que pareceu ser uma grande conquista no passado, caiu por terra no processo consultivo para a gestão do hospital, referente ao quadriênio 2013-2016. A candidata à Coordenação do Grupo de Enfermagem foi escolhida pelo candidato à Presidência que buscava a reeleição. O candidato oponente para tentar angariar alguns votos em sua plataforma eleitoral referiu que não escolheria ninguém para ocupar o cargo de Coordenação do Grupo de Enfermagem. Só o faria por processo consultivo às bases da enfermagem, após ser eleito. Se vencedor, após sua posse, organizaria outro processo seletivo para a escolha da Professora Enfermeira que ocuparia tal cargo. O curioso que ele abriu mão apenas dessa escolha e da escolha da Vice Presidência Administrativa, pois na sua chapa já estavam escolhidos os demais cargos: a Vice-Presidência Médica e Coordenação do Grupo de Pesquisa do HCPA. Embora não tenha sido o vencedor, a utilização dessa estratégia lhe garantiu alguns votos, mas não o suficiente para ultrapassar a reeleição do candidato da situação.

Nessa configuração político-administrativa do hospital/empresa/ escola, em que a maioria dos cargos de gestão de primeiro e segundo escalão, além dos cargos do Conselho Diretor, é ocupada por professores da UFRGS, em maior número por professores da FAMED, os interesses médicos são comumente atendidos em detrimento dos demais. Nessa mesma direção, a organização e funcionamento dos serviços médicos acabam se impondo, hegemonicamente, sobre os demais serviços, assumindo o controle da gestão como um todo. A Coordenadora da RIMS ao expressar sua visão sobre a Instituição faz referência à hegemonia médica:

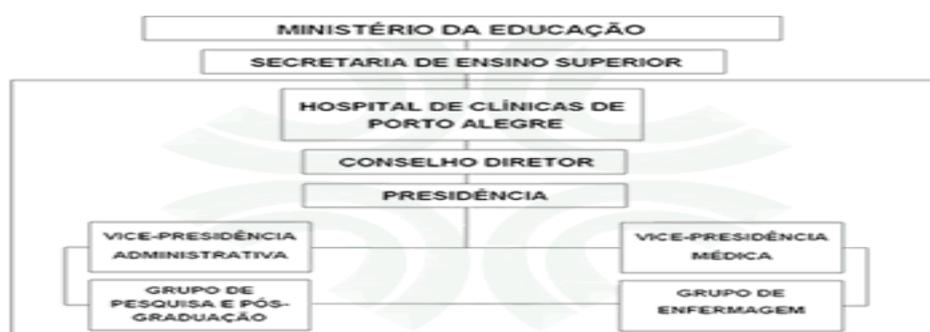
**C/PRIMS** – Acho que a configuração do Hospital é uma coisa óbvia, um Hospital que tem hegemonicamente uma estrutura calcada no modelo médico. O modelo médico-assistencial é o predominante, sem dúvida nenhuma. Inegável. Não sei até se tem algum hospital no Brasil que não o seja. É desse lugar que a gente fala. E as áreas reproduzem isso, óbvio. As áreas: Emergência, CTI, Psiquiatria, Onco. Esse lugar, que trás essa estrutura vertical. Acho que a estrutura de gestão bastante compartimentalizada. Aí nós temos um multi muito pouco integrado. O modelo dos serviços é coerente com isso. O modelo de gestão precisa ser coerente com a proposta institucional. Não sei se esse modelo de serviços na minha geração vai ser transformado. Eu acho que há ainda uma relativa comodidade dentro dele, eu não vejo que ele está tão tensionado assim, até porque ele permite certa autonomia entre aspas das profissões.

A estrutura do hospital, ancorada pelo modelo biomédico, acaba influenciando a organização das demais profissões que reproduzem o mesmo modelo em suas práticas, inclusive reforçando a verticalidade nas relações numa mesma profissão, quando há a existência de profissionais de nível médio, por exemplo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas e técnicos de nutrição e entre as profissões classificadas como de saúde, a partir do ranking de suas valorizações sociais no mercado.

A fala de um médico da instituição ao referir-se à condução das equipes de saúde, citada no item 2.3 está sedimentada nessa lógica “o piloto do avião (equipe de saúde) é o médico”.

O organograma da instituição tem a seguinte configuração:

Figura 3- Organograma atual do Hospital de Clínicas de Porto Alegre<sup>104</sup>



O cargo para presidente do HCPA é de livre escolha e nomeação do Reitor da UFRGS, homologada pelo seu Conselho Universitário, conforme determinam o art. 10 da Lei 5.604/70 e o artigo 29 do capítulo II do Estatuto da UFRGS<sup>105</sup>.

Desde 1994, por deliberação do então Reitor da UFRGS e seguido pelos Reitores que o sucederam, é realizado um processo consultivo à comunidade do HCPA composta por: professores da UFRGS, empregados contratados do hospital e alunos dos cursos de medicina/enfermagem dessa universidade (a partir do 4º semestre dos respectivos cursos e registrados na instituição). A finalidade da consulta é apurar qual dos candidatos à Presidência do hospital tem a preferência da comunidade.

<sup>104</sup>Fonte: Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/301/507/>. Acessado em: 12-10-2010.

<sup>105</sup>O Estatuto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi aprovado pelo Conselho Universitário em sessão de 23 de setembro de 1994 (Decisão nº 148/94) e publicado no Diário Oficial da União em 11 de janeiro de 1995. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/a-ufrgs/estatuto-e-regimento>. Acessado em 16-10-13.

Nesse processo consultivo para a direção do hospital, o voto do segmento dos professores pesa mais do que o voto dos empregados e alunos, em analogia ao peso dos votos dos professores, alunos e técnico-administrativos no processo de escolha do Reitor da UFRGS.

Vários movimentos têm sido deflagrados pelos empregados do hospital e alunos votantes em busca de que o peso dos votos seja o mesmo para cada segmento da comunidade. Até agora não conseguiram atingir a paridade pleiteada.

Concluído o processo consultivo, o nome escolhido é submetido à apreciação do Reitor que poderá ratificar a escolha feita pela comunidade hospitalar ou nomear outro profissional.

O HCPA e a UFRGS contam com o apoio da Fundação Médica do Rio Grande do Sul, instituição de caráter privado, sem fins lucrativos com sede no HCPA<sup>106</sup>. Os cargos, ocupados por professores da universidade, de chefia dos serviços médicos, de enfermagem e, atualmente, do Serviço de Fisioterapia, recentemente criado, são contemplados com um pró-labore pago pela Fundação Médica, por meio de bolsas lincadas a projetos de desenvolvimento para os respectivos serviços. O professor, ao ocupar um cargo de chefia no hospital, continua desenvolvendo o seu tempo de trabalho na Universidade, dedicando parte daquele para desenvolver sua gestão em um dos serviços do HCPA. O tempo destinado às chefias de serviço gira em torno de 6 a 12 horas semanais.

O corpo técnico do hospital é constituído, atualmente, por de 5.448 trabalhadores contratados (profissionais da área da saúde e de outras áreas de nível fundamental, médio e técnico e nível superior) regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho e admitidos na empresa mediante processo seletivo público. Por professores da UFRGS, que ocupam os cargos de chefia e de Assistência junto aos Serviços da Área Médica/Faculdade de Medicina, de Enfermagem/Escola de Enfermagem<sup>107</sup>, de Fisioterapia/Faculdade de Fisioterapia e demais professores que ocupam cargos de assessorias no corpo clínico do hospital, sendo que alguns em tutoria na RIMS, oriundos da Faculdade de Nutrição, vinculada à Faculdade de Medicina, Faculdade de Serviço Social, vinculado à Faculdade de Medicina e de 410 médicos do Programa de

---

<sup>106</sup>O Estatuto da Fundação Médica do Rio Grande do Sul está disponível em: <http://www.fundacaomedica.hcpa.ufrgs.br/download/estatuto/estatuto2009.pdf>. Acessado em 12-10-2010.

<sup>107</sup> Os professores da UFRGS recebem uma bolsa, enquanto estiverem na gestão dos serviços, custeada pela Fundação Médica do RS.

Residência Médica. Atualmente conta com 63 profissionais dedicados ao PRIMS, sendo 53 trabalhadores contratados do HCPA e 10 professores da UFRGS.

Além dos professores da UFRGS, o hospital recebe estudantes de graduação de outras unidades da UFRGS, entre estas, das ciências biológicas, da enfermagem, da farmácia, da medicina, da nutrição, da odontologia, da pedagogia e da psicologia.

O hospital, como uma empresa pública, está imerso no universo da sociedade política e 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. Ao mesmo tempo em que se insere na Política Nacional Humanização (PNH) do SUS, que diz respeito a uma proposta ética, estética e política, tem seu mapa estratégico desenhado por uma representação gráfica da Teoria do BSC - Balanced Scorecard Painel de Indicadores Balanceados.

A PNH está baseada

nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão. (BRASIL, Humaniza SUS, 2006a)

O BSC é uma ferramenta de gestão criada por Robert Kaplan e David Norton. Significa um novo sistema de medição de desempenho das empresas com base em indicadores financeiros e não financeiros. Por meio desse mecanismo gerencial, utilizado amplamente em instituições privadas, a empresa – negócio – hospital - escola, vinculada academicamente a UFRGS, implementa suas metas. A educação, nesta configuração, é um dos veículos para a viabilização dessa política. Esse modelo administrativo encontra-se publicizado na Internet, no site oficial da Instituição.

Uma parte dessa publicação refere que:

O Hospital está adotando o BSC (Balanced Scorecard Painel de indicadores Balanceados), uma ferramenta gerencial criada para facilitar a comunicação, a compreensão e a implementação das estratégias a toda organização amplamente empregada no Brasil e outros países, inclusive por hospitais e sistemas de saúde governamentais. (HCPA, 2008).

Segundo Lopes a justificativa da adoção desse modelo de gerenciamento, publicada pela Instituição, está calcada nos seguintes argumentos: dinamização da administração pública, na busca de otimização dos resultados, na prática de estilos de gestão modernos e compatíveis com a capacidade de competitividade da empresa, em

meio às frequentes variações do mercado. Ótica que, segundo a gestão da empresa, rompe como o velho estilo de administração burocrática dos serviços públicos (LOPES, 2007, p.228).

A linguagem utilizada para a explicação do BSC segue o estilo de comunicação das instituições privadas. Nessa dimensão, o hospital, se valendo desse estilo “moderno de administração” vai formando um senso comum em direção às nomenclaturas das empresas privadas, entre elas, a de denominar o trabalhador-empregado de *colaborador*.

Nesse sentido, Lima ao analisar os efeitos do neoliberalismo na gestão em saúde, refere que: “a introdução da forma neoliberal de gestão dos serviços públicos de saúde com a transformação dos hospitais públicos e outros serviços de saúde em agências privadas denominadas *organizações sociais*” (2007, p. 6) corresponde a mais uma tentativa de fragilizar o sistema de saúde público em seus princípios e diretrizes, no intuito de vivificar a ideologia de que o que é privado funciona bem, portanto, para que o sistema funcione de acordo com as expectativas do capital, o caminho correto seria tornar as instituições públicas, *organizações sociais*, e daí para frente, quem sabe, a própria privatização.

Essas razões, em sintonia com as estratégias de mercado, correspondem ao pleno atendimento das necessidades de uma nova racionalidade produtiva, numa lógica de globalização.

Nessa dimensão o hospital, mergulhado num sistema econômico globalizado e neoliberal, expressa em sua configuração uma estrutura de classe baseada em relações fortemente hierarquizadas com o poder de decisão, com relação aos processos de trabalho, concentrado nos estratos corporativos de maior prestígio intelectual. Ao mesmo tempo em que propõe, no seu plano estratégico, a participação de todos nos rumos de seus projetos está imerso num contexto historicamente multideterminado.

Na contradição entre o desejado e o realizado reflete o próprio projeto de sociedade veiculado pela burguesia brasileira que está associado e submetido às relações de poder dominantes entre capital e trabalho e afirmado pelo “Estado educador brasileiro” (NEVES, 2005, p.189), que trabalha as consciências individuais e coletivas mantendo-as nos patamares mais simples (LOPES, 2007, p. 228-229).

Para Gramsci:

Todo grupo social, nascendo no terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão

homogeneidade e consciência da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (GRAMSCI, 2001, p. 15).

Num movimento de forte competição capitalista para fazer frente às exigências do contexto de globalização econômica, o hospital – empresa – negócio – público - escola, vai se dirigindo na busca de estratégias gerenciais que lhes permitam condições de enfrentamento.

Nesse terreno Gramsci expressa:

É verdade que a própria função organizativa da hegemonia social e do domínio estatal dá lugar a uma certa divisão do trabalho e, portanto, a toda uma gradação de qualificações, em algumas das quais não mais aparece nenhuma atribuição diretiva e organizativa: no aparelho da direção social e estatal existe toda uma série de empregos de caráter manual e instrumental (de ordem e não de conceito, de agente e não de oficial ou funcionário, etc). (GRAMSCI, 2001, p. 21).

A capacidade que algumas categorias profissionais, que detém o poder decisório no hospital, têm de construir sua hegemonia resulta da possibilidade de elaborarem suas visões de saúde, educação e gestão de forma própria. A supremacia dessas sobre as categorias de menor prestígio econômico, social e intelectual torna-se uma constante (LOPES, 2007, p. 229).

Em meio a essa configuração político-social, o Hospital reúne em suas paredes, o trabalho assalariado, a fragmentação do cuidado ao paciente, a divisão social do trabalho, a forte hierarquização representada pelas cores dos uniformes, pelos crachás, que passam a ser distintivo de classe. Os professores da universidade, crachás com fundo verde, os empregados do hospital crachás com fundo branco e assim por diante. A classificação segue a mesma do modo de produção capitalista. Os que têm curso superior, os que não têm, os doutores, os não doutores, os da saúde, os administrativos, os da limpeza, os da manutenção e, por fim, o paciente que também é classificado, o paciente SUS, o cliente convênio, como se o sistema fosse único somente para aqueles que não têm convênio, aqueles que a sociedade denomina de “os sem”, no caso, os sem convênio. Na equipe de saúde, as profissões menos valorizadas socialmente acabam reproduzindo o modelo dos que têm maior poder hegemônico. A fala da coordenadora do PRIMS precisa bem essa questão. Ela fala do lugar também de gestora no Grupo de Enfermagem do hospital:

**C/PRIMS** – A Enfermagem cresceu muito a luz do que era o modelo médico e outras profissões tendem a reproduzir o que veem, o que enxergam como sendo o modelo que seria o ideal para alcançar ou para buscar. Acho que todos os serviços. O serviço social reproduz. Algumas profissões mais outras menos, inclusive de apoio ao médico. As áreas onde temos a residência reproduzem isso.

Os médicos, como os intelectuais orgânicos, de maior prestígio nos serviços de saúde continuam determinando o seu modelo de organização. Decidem como, onde e quando. As demais profissões, no entanto, não se resignam a essa hegemonia, partem para luta contra hegemônica, mesmo “contra a maré”, usando fetiches parecidos, na tentativa de um maior reconhecimento. Organizam-se em associações de trabalhadores de nível superior, de nível médio, reproduzindo a dualidade do trabalho, numa entidade que, se tivesse uma representação maior poderia construir outra lógica, a da integração. Essa poderia representar ganho para todos os profissionais (LOPES, 2007).

Gramsci ao analisar os aspectos contraditórios da hegemonia, informa que, quanto mais uma classe exerce sua hegemonia, mais ela oferece terreno para que as demais classes que se opõem a ela se organizem para conquistarem sua posição de autonomia (2001).

No sentido de continuar mergulhando na realidade material do espaço HCPA, abordo a seguir outros aspectos que configuram sua vida orgânica, por entre as suas duas faces: a pública e a privada.

Como já referi no início deste item, a criação do HCPA, na qualidade de Empresa Pública de Direito Privado, lhe confere a possibilidade de oferecer atendimentos a pacientes pelo convênio SUS, caracterizado pelo acesso universal, a pacientes com convênios privados e a pacientes que pagam diretamente aos cofres do hospital, as despesas pelos serviços de saúde prestados.

Essa personalidade jurídica do HCPA que o vincula à UFRGS apenas academicamente, produz algumas diferenças em relação aos demais Hospitais Universitários Federais do país vinculados juridicamente às Universidade Públicas Federais.

Essa peculiaridade do HCPA, caracterizada pela possibilidade no oferecimento de serviços na face privada e na face pública, materializa uma série de tensões e contradições. Por um lado, a saúde encarada como um valor público e por outro lado, encarada como um bem de consumo. Na qualidade de um bem a ser consumido, o hospital, ao concorrer com as demais instituições no oferecimento de serviços pagos,

vai produzir no mesmo espaço de convivência o atendimento a pacientes que compram os serviços e a pacientes que o utilizam como um valor público. Nessa direção, cabe ao paciente que paga pelo atendimento, um diferencial nos quesitos: conforto e instalações. Cabe direito a quartos privativos ou semi privativos de acordo com o contratado no plano de saúde, ou no pagamento pelo serviço. Os quartos possuem ar refrigerado e mobiliário diferenciado, inclusive aparelho de TV. No terceiro andar do hospital, nas alas norte e sul, há uma confortável sala de estar para os acompanhantes e algumas diferenciações nas apresentações dos pratos referentes às refeições servidas ao paciente.

As duas faces revelam-se de modos diferenciados, uma próxima a características de um hospital privado e a outra no padrão SUS, em termos de instalações.

Em 2009, esse modelo de funcionamento motivou uma Ação Civil Pública Nº 2009.71.00.003341-4/RS<sup>108</sup>, ajuizada pelo Ministério Público Federal do Rio Grande do Sul, para que o HCPA passasse a dispor 100% dos leitos ativos e dos procedimentos médicos ao SUS, tendo em vista que o hospital é financiado por verba pública. Nesse instrumento processual, o Ministério Público alega o descumprimento da Portaria Interministerial MEC/MS 1.000/04 pelo HCPA, apesar deste ter requerido a sua certificação como hospital de ensino e ter se obrigado, por contrato, a atingir, em quatro anos, o percentual de 100% da destinação de leitos e de procedimentos ao Sistema Único de Saúde.

Essa ação teve o apoio de representações da sociedade civil, entre essas, a dos sindicatos e a dos movimentos sociais em favor do SUS<sup>109</sup>. Todas em prol do fim das duas portas de entrada e das duas filas para o acesso ao atendimento, uma para os usuários pelo convênio SUS e a outra para os usuários de convênios privados e usuários que pagam diretamente ao hospital pelo atendimento.

A Administração Central do HCPA defendeu a manutenção dos atendimentos pelos convênios privados e atendimentos pagos, que contam com 11% dos leitos da instituição<sup>110</sup>. Tal defesa foi justificada pelo aporte de receita proveniente dos

---

<sup>108</sup> Ação Civil Pública de Nº 2009.71.00.003341-4/RS. Disponível em: <http://s.conjur.com.br/dl/sentenca-justica-federal-rs-mantem.pdf>. Acesso 27-09-13.

<sup>109</sup> Entre as representações da sociedade está a Frente Nacional Contra Privatização da Saúde que composta por diversos Fóruns estaduais empreende a luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>. Acesso 27-09-13.

<sup>110</sup> A Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público Federal com relação ao HCPA foi amplamente divulgada pelos meios de comunicação: escrito e falado e pela internet no site da Jus Brasil Notícias. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/noticias/1002736/oferta-de-leitos-do-sus-pelo-hcpa-e-situacao-da-ulbra-pautaram-os-debates-na-comissao>. Acessado em 12-10-2010.

atendimentos privados e a utilização da mesma na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital como um todo, derivando dessa razão o seu “Modelo de Sucesso”.<sup>111</sup> Enquanto tramitava a ação, no intuito de sensibilizar a comunidade a seu favor, a administração organizou uma campanha pública expondo na fachada lateral do prédio do hospital uma faixa com os dizeres: “100% Clínicas um Modelo de Sucesso”<sup>112</sup>, além de realizar um abraço em torno do prédio com a presença de professores, funcionários e outras pessoas da comunidade que partilhavam da mesma ideia. A figura abaixo ilustra parte da campanha feita pela administração.

Figura 4 - Foto da fachada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2009-2010



<sup>111</sup> Nesse período foram veiculadas pelo SindiSaúde-RS algumas matérias sobre a questão da defesa do “Modelo 100% Clínicas” pela Administração Central do hospital, entre essas, destaquei a publicada em 18 de julho de 2012 por Alisson Sampaio. Este refere que no HCPA: “Dos procedimentos cirúrgicos, 83,9% são via SUS e 16,1% são não-SUS (dados de 2010). As cirurgias não-SUS cresceram 95,3% de 2002 a 2010, enquanto as cirurgias via SUS cresceram apenas 18,3% no mesmo período. Desnecessário comentar que a “fila” dos não-SUS anda mais rápido. [...] Outra diferença existente entre os pacientes que se valem dos serviços do HCPA por meio do SUS ou por meio de convênios/particulares é o perfil do paciente no que diz respeito à sua doença. Pacientes usuários do SUS, para chegarem ao HCPA, precisam ser encaminhados de suas unidades de saúde de origem, sendo o HCPA um hospital de atenção terciária que recebe pacientes de todo o estado. Esse encaminhamento tem uma demora de meses a alguns anos, chegando o paciente ao HCPA com sua doença em estágios mais avançados e de maior gravidade. Dessa forma, por vezes há a ocupação de uma vaga de atendimento médico por um paciente não-SUS para tratar/diagnosticar um problema de menor gravidade e que necessita apenas de nível secundário de atenção. Isso é outro indício de que o atendimento a pacientes usuários exclusivos do SUS é prejudicado pela presença dessa dupla porta de entrada ao HCPA, e não beneficiado como argumentam defensores do modelo “100% Clínicas”. Disponível em: [http://www.sindisaude.org.br/mostra\\_noticia.php?id=2276](http://www.sindisaude.org.br/mostra_noticia.php?id=2276). Acesso: 27-09-13.

<sup>112</sup> Fonte: Portal do HCPA. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/>. Acessado em 12-10-2010.

Essa campanha ganhou as ruas angariando uma expressiva adesão da comunidade usuária dos serviços do hospital, traduzida, sobretudo, pelo desconhecimento da realidade material das contradições desse modelo.

Tais mecanismos de convencimento do sucesso são tão convincentes, que o óbvio na lembrança das pessoas de que o hospital é financiado, majoritariamente, por verba pública fica totalmente obscurecido. A renda privada que entra é ínfima, além de representar um espaço de lucratividade para os convênios pela utilização desse locus privilegiado em recursos públicos.

Nessa perspectiva, a eliminação dos antagonismos entre os Projetos 100% Clínicas - “Um Modelo de Sucesso” e o 100% SUS e a permanente campanha sobre a imagem de sucesso divulgada na mídia e nos espaços de circulação dos usuários pela instituição, frequentados diariamente por um contingente em torno de 16 mil pessoas, universaliza a visão da realidade social, ou seja, a de que o hospital, por não atender somente os pacientes do SUS, consegue se diferenciar das demais instituições hospitalares públicas na qualidade dos serviços oferecidos. Nesse movimento, a mídia constitui um dos veículos importantes para a produção do senso comum, na estrutura ideológica firmada pelos dirigentes da Instituição. Nesse sentido, “tudo que influi ou pode influir sobre a opinião pública, direta ou indiretamente, faz parte dessa estrutura” (GRAMSCI, 2001a, p.78).

Sem retirar o mérito da qualidade da assistência, do ensino e da pesquisa, que são referências no país e fora dele (pelo trabalho desenvolvido dos professores no Hospital Escola, pelo trabalho de seus funcionários pagos pelo erário, pelas pesquisas financiadas pelo público e pelo privado, quando a este interessa uma parceria entre capital e trabalho que lhe ofereça menos custos), por enquanto a contradição entre a preservação do atendimento ao paciente privado, dentro do público, está vencendo em detrimento a um atendimento totalmente público e universal.

Convém salientar, que os convênios privados, pautados pela contenção cada vez maior de despesas na contraprestação aos conveniados, no sentido da maximização de seus lucros, limitam o uso de materiais utilizados nos procedimentos e exames. Há uma cota para cada situação de saúde. Quando tais convênios utilizam os serviços de saúde públicos para atendimento de seus “clientes”, têm a vantagem de contar com um atendimento que não pratica tais limitações. Nesse sentido, o SUS acaba cobrindo, em materiais e exames o que o convênio não autoriza e, portanto, não cobre. Na realidade,

os convênios é que acabam se beneficiando, pois garantem um bom atendimento aos seus clientes/pacientes sem gastos extras.

É importante referir que a realização de um procedimento para o cuidado em saúde é minucioso. O profissional ao preparar um medicamento, por exemplo, deve seguir de forma precisa os passos determinados pelo Procedimento Operacional Padrão (POP). Caso aconteça alguma falha, aquele tem de refazer todo o procedimento. Isso significa despesa com material, porém fica garantido o princípio legal, que é o de seguir, rigorosamente, o POP para que nenhuma falha ocorra em prejuízo da saúde do paciente.

Ao contrário, quando o paciente é internado mediante convênio privado num hospital particular, as despesas que excederem ao previsto terão que ser cobertas, seja de que maneira for. Com frequência quem acaba pagando, além da conta, é o próprio conveniado, pelo menos, até mover uma ação judicial contra a empresa do convênio de saúde para obter o ressarcimento do que pagou indevidamente.

A Justiça Federal do Rio Grande do Sul, a despeito do que foi amplamente alegado na Ação Civil Pública contra o HCPA, acabou julgando-a improcedente. Essa é a lógica do capitalismo neoliberal, o público financia o privado que acaba se locupletando e exacerbando seu lucro. Essa foi a lógica da justiça brasileira que sucumbiu ao clamor do corporativismo privado organizado que defendia com unhas e dentes a sangria que faz nos cofres públicos, em favor de maior lucratividade em seus negócios. A justiça curvou-se aos argumentos, discursiva e veementes defendidos, de que o Modelo 100% Clínicas é um modelo de sucesso. Nesse sentido, o modelo 100% SUS está afastado com a chancela do Estado burguês.

Nesse meio tempo, a gestão do HCPA, avaliada pelo governo como um exemplo de modelo sucesso, acabou inspirando a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), através da Lei nº 12.550/2011. A Ebserh é uma instituição pública de direito privado, vinculada ao Ministério de Educação, que integra uma gama de ações realizadas pelo governo com o objetivo de recuperar os Hospitais vinculados às Universidades Federais, a partir do referido modelo de sucesso do HCPA<sup>113</sup>.

A criação da Ebserh está sendo alvo de muitas críticas por parte dos órgãos representativos de professores e funcionários das Universidades Federais e dos

---

<sup>113</sup> O Ministério de Educação no intuito de padronizar as práticas assistenciais e de gestão já passou a adotar para os demais Hospitais Universitários Federais (HU) do país o aplicativo de gestão desenvolvido pelo HCPA denominado de AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospital Universitário).

Hospitais Universitários, dos sindicatos e demais representações da sociedade como uma medida contra a autonomia das Universidades Federais, constituindo-se como mais um artifício do governo em direção à privatização da educação e da saúde. Atualmente tramita uma Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a criação da Ebserh.

A privatização do público, desencadeada pelo projeto societário neoliberal, vai estabelecendo estratégias no sentido de atingir seus objetivos, embora as visíveis resistências.

Nessa direção, Frigotto ao analisar os planos para a universidade pública na década de 90 refere: “No ensino superior, tratava-se, então, de congelar a universidade pública, mais do que isso, direcioná-la como uma “organização social” vinculada e orientada pelo mercado” (2006, p. 46).

A proposta de restaurar os Hospitais, vinculados às Universidades Públicas, via a lógica de um modelo de gestão orientado pelos valores do mercado, como venho assinalando nas análises empreendidas ao longo deste estudo, é mais uma tarefa do Estado capitalista a ser levada a cabo. Nessa direção Matta e Lima referem que:

O Estado neoliberal, isto é, o Estado da era da globalização, busca fortalecer o direito à propriedade individual, o império da lei e as instituições de livre mercado e livre comércio, como instrumentos para garantir a liberdade individual. A empresa privada e a iniciativa privada são tratadas como as chaves da inovação e da criação da riqueza. Por isso o patrimônio público, em mãos do Estado, deve ser repassado a capitais privados (2008, p. 45).

Mediatizado pelo arranjo estrutural do HCPA, o PRIMS vai se constituindo, a partir dos enfrentamentos cotidianos de sua implantação nas áreas de concentração, previamente pensadas, para uma inserção do programa nas equipes de saúde que já mantinham um trabalho próximo da perspectiva da interdisciplinaridade, com ligeiras nuances da integralidade nas mediações e conexões desse trabalho e da organização dos serviços.

## **5 A MATERIALIDADE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HCPA POSSIBILIDADES E LIMITES**

Em meio à realidade material do hospital-escola-empresa, à concretude de seu processo histórico, de seus aspectos estruturais e conjunturais, à formação e práticas profissionais de seus trabalhadores e residentes, seus processos de trabalho e de formação em serviço, que contradições o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012 apresenta e que possibilidades e limites estão sendo anunciadas na práxis da RIMS. Nos itens a seguir essas questões serão descritas, analisadas e interpretadas.

### **5.1 A HISTORICIDADE, A GESTÃO E O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RIMS: CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, METODOLOGIA, AVALIAÇÃO**

#### **5.1.1 A historicidade da RIMS**

Ao abordar a historicidade da RIMS, os caminhos percorridos, sua materialização no hospital, compartilho da referência de Gramsci ao problematizar sobre filosofia, quando nos ensina “que não existe ‘uma realidade’ em si mesma, em si e para si, mas em relação histórica com os homens que a modificam” (2004, p.203).

Que relações a partir da historicidade do hospital, dos sujeitos que produzem esse organismo provocaram a busca por uma proposta de formação projetada para contrariar as práticas realizadas no hospital/empresa/negócio/escola?

Em 2006, duas professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS, que atuavam no hospital como chefes de Serviços integrantes do Grupo de Enfermagem do Hospital (GENF) propuseram a realização de encontros com representantes dos serviços das demais profissões (Serviço Social, Serviço de Farmácia, Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional, Serviço de Psicologia, Serviço de Nutrição) com a finalidade de iniciarem uma discussão e reflexão sobre a criação de um Programa de Residência

Integrada Multiprofissional em Saúde. Sobre essa questão a Coordenadora da RIMS refere que:

**C/PRIMS** – 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 ..... E ela convidou, na época, professores de enfermagem. Ela me convidou pela questão da saúde mental e a professora da saúde da mulher. Acho que foram essas as pessoas naquele momento.

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 Grupo de Enfermagem que tem o status de Vice-Presidência.

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:

**C/PRIMS** – E, foram chegando pessoas, eu entendo que as pessoas ouviram falar que tinha um grupo e entravam em contato com a Profª ....., 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 te chamamos, à medida que o grupo ia se constituindo, também foi discutindo 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, tu como pedagoga, a Profª.... que coordenava esse grupo e mais uma mestrande da Profª... que já tinha sido residente em outro hospital.

É importante ressaltar que a prosperidade desse grupo de trabalho resultou da força dos professores da enfermagem no hospital. Estes compõem a gestão dos serviços de enfermagem há muitos anos na correlação de forças com os professores da medicina que fazem a gestão dos serviços médicos, acumulando as posições mais elevadas na administração central do hospital.

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, lhe 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 PRIMS essa prática também se reproduziu. A fala abaixo de uma preceptora sinaliza essa questão:

**PN/EF/SM** – 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.

Feito esse parêntese no sentido de problematizar as relações entre as profissões no trabalho em saúde, que serão interpretadas ao longo desse item, prossigo no texto a descrição e análise dos movimentos que resultaram na criação do PRIMS.

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:

**C/PRIMS** – 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 viram na residência uma possibilidade de também os seus serviços estarem aparecendo institucionalmente, se colocando de uma forma melhor no contexto da instituição.

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 a vice-presidência médica (VPM) a qual estão subordinados. Na estrutura do hospital, o serviço de recreação<sup>114</sup>, por exemplo, que agrega as profissões de terapeuta ocupacional, professor de educação física e pedagogo está subordinado à VPM, a nutrição à Vice Presidência Administrativa.

As chefias desses serviços são exercidas pelos trabalhadores contratados, nomeados pelas vice-presidências e não eleitos pelos pares, como nos serviços de enfermagem. Nessa lógica, tais serviços têm pouca autonomia e um poder de decisão sobre os mesmos extremamente limitado. Essa diferenciação em relação aos serviços de enfermagem é gritante. A narrativa a seguir é bastante esclarecedora quanto a esses aspectos:

**C/PRIMS** – Há um reconhecimento pelos outros serviços da liderança da Coordenadora do Grupo de Enfermagem (Genf), tanto que algumas chefias que são vinculadas à VPA e à VPM, gostariam de ficar vinculadas ao Genf dizem: “Se é para ficar vinculado a alguém, a gente quer ficar com a coordenação da enfermagem”. Elas veem que a coordenadora do Genf 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 VPM ou VPA. 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 do Genf também para os serviços delas, uma vez que chefias delas jamais teriam tomado essa frente.

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 Central do HCPA, 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.

---

<sup>114</sup> O Serviço de Recreação, composto por profissionais da educação física, da pedagogia e da terapia ocupacional, a partir de 2013, passou a ser denominado de Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional. Essa mudança no nome deve-se a uma reivindicação antiga dos profissionais de Educação Física, da Terapia Ocupacional e da Pedagogia, quanto à natureza do trabalho profissional que exercem. No site do hospital na internet há uma referência quanto às atividades do Serviço: “disponibiliza aos pacientes em tratamento do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atividades e espaços planejados buscando a promoção da saúde, do bem estar, da inclusão e da reabilitação. Sua ação se dá através de intervenções lúdicas, corporais, educativas e ocupacionais”. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/281/453>. Acessado em 28/12/13.

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, 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 grupo em se apropriar, conceitualmente dos referenciais do SUS, com o fim de elaborar uma proposta que respondesse às necessidades de formação para o sistema. A assistente social narra, a seguir, sobre a sua entrada no grupo:

**PN/AS/SC** – O que me motivou a participar da RIMS foi primeiro o convite em função da minha experiência anterior em outro programa de residência multiprofissional. Cheguei ao grupo que começou a pensar na RIMS. 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.

A formação inicial e continuada da maioria dos integrantes do grupo se realizou na lógica biomédica. Dos integrantes do grupo, uma das professoras de enfermagem fez residência, a profissional de outra instituição, que foi convidada para integrar o grupo, era ex residente do Grupo Hospitalar Conceição e, na ocasião, estava realizando uma pesquisa de mestrado sobre a formação em residência multiprofissional em saúde. A assistente social do hospital (narrativa acima) já exercia a função de preceptoria num programa de residência multiprofissional fora do HCPA, há um bom tempo. Para tanto, 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, foram estimulando o grupo a prosseguir. Havia um clima favorável que, a despeito da contrariedade dos mecanismos do comando médico, fazia o grupo ir em frente:

**C/PRIMS** – O grupo foi se instrumentalizando, todo mundo estudando, visitamos o GHC, 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.

A metodologia de trabalho do grupo 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 de residência multiprofissional.

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 ruptura à hegemônica valorização social diferenciada das profissões, 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.

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 suas formações iniciais, nem nos processos contínuos de suas práticas em saúde, iniciaram um processo de rupturas nos sentidos comuns, 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 realizadas em outras instituições, que já trilhavam alguns caminhos a partir das ideias, princípios e conceitos do SUS. A respeito da criação de uma nova cultura Gramsci refere que:

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 (2204, p. 96).

Até esse momento, os participantes do grupo “se educavam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Mediatizados pelos objetos cognoscíveis que na prática bancária, são possuídos pelo educador que os descreve ou os deposita nos educandos passíveis” (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 PRIMS pela Administração Central houve grande resistência da categoria médica, que foi criando vários óbices à sua aprovação e posterior implantação. Mencionei no item 2.4 alguns exemplos dessa resistência.

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 da proposta.

Nesse sentido Gramsci refere que a hegemonia se realiza 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, que 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 como assinais no decorrer dos demais itens deste estudo, realizam seu trabalho por demandas, por 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 RIMS, 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. Na narrativa a seguir o sujeito de pesquisa expressa esse movimento:

**C/PRIMS** – 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 do Grupo 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.

Convém salientar, que no ano anterior à aprovação do projeto da RIMS, 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 4 anos não significa que haja transformações estruturais e até mesmo conjunturais. Há pequenas fissuras por onde novos processos podem fluir e até produzirem possibilidades de mudança. O PRIMS

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 PRIMS chegava a um bom termo, reforçada, nesse período, por uma política pública de governo coordenada pelos Ministérios da Educação e Saúde que determinava a criação de Programas de Residências Multiprofissionais nos diversos Hospitais Universitários Federais do Brasil:

**PN/AS/SC** – 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 da criação dessa modalidade de formação em serviço. Essa política pública legitimou, ainda mais, a implantação do PRIMS/HCPA.

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 fala abaixo desvela essa diferença entre os professores e demais trabalhadores do hospital e me faz recordar de um filme que assisti denominado *Gattaca*<sup>115</sup>. Os

---

<sup>115</sup> 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

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 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 da RIMS, 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 a professora, se por acaso ousarem transgredir o que está posto.

**C/PRIMS** – 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.

Na direção do poder dos “seres válidos” como referi 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. Como refere Gramsci “os intelectuais urbanos são bastante estandardizados” (2001a, 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.

---

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.

### 5.1.2 A gestão do PRIMS

A formação em serviço na RIMS está consubstanciada nas Leis 8.080/1990 e 11.129/2005, Portaria Interministerial 2.117/MEC/MS/2005 e Portaria Interministerial 1.077/MEC/MS/2009. “É desenvolvida no hospital e em outras instituições conveniadas, sob a orientação e coordenação dos profissionais do HCPA e docentes da UFRGS, tendo como Instituição formadora e executora o HCPA” (HCPA, 2013, p 5).

A respeito dessa questão, por algum tempo, houve um impasse entre o MEC e o Hospital de Clínicas, quanto à competência do hospital para figurar como órgão formador, uma vez que nos demais Hospitais Universitários, a formação nos programas de residência é da competência das Universidades Federais. A narrativa a seguir expressa essa situação:

**C/PRIMS** – O MEC tem uma regulamentação de que a instituição formadora tem que ser as Universidades. Todos os Hospitais Universitários (HU) estão vinculados às universidades. O Clínicas é o único HU que tem uma peculiaridade, pois está subordinado direto ao MEC, tem uma parceria com a universidade, mas numa condição diferente, é vinculado academicamente à UFRGS. Foi muito complicado, muito difícil, inclusive o jurídico do Hospital teve que se envolver. Eu não conseguia cadastrar porque havia uma determinação que a Instituição formadora teria que ser a UFRGS. Mas no fim nós conseguimos.

Essa questão vem sendo debatida entre os programas de residência nos fóruns de discussão regional e nacional sobre a formação em serviço na modalidade de residência. Há outras instituições públicas, fora do âmbito federal, no Rio Grande do Sul que vivem a mesma situação que o HCPA viveu.

No IV Seminário Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional em Saúde, realizado em Brasília em setembro de 2011, os representantes dos diversos programas de residência, após discussão sobre essa questão, chegaram a um consenso pela não obrigatoriedade do órgão formador ser uma Instituição de Ensino Superior.<sup>116</sup> No entanto, apesar do que foi consensuado nesse seminário, o HCPA ficou

---

<sup>116</sup> No relatório do IV Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional em Saúde e Área Profissional de Saúde, os participantes propuseram quanto à questão da instituição formadora e executora o seguinte: “Não obrigatoriedade de vinculação das Residências em Saúde com IES, reconhecendo que Hospitais de Ensino e Instituições de Notório Saber públicas possam ser consideradas Escolas de Governo, a exemplo da experiência das Escolas de Saúde Pública, afirmando o SUS como formador.

um bom tempo sem poder cadastrar o PRIMS no Sistema de Cadastramento e Autorização de Programas de Residência no MEC, tendo que a procuradoria do hospital intervir, argumentando que o hospital, por sua lei de criação que o difere dos demais hospitais universitários federais, também é competente para figurar como órgão de ensino:

**C/PRIMS** – Se a UFRGS fosse Instituição formadora o nosso projeto seria vinculado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação. A COREMU seria da UFRGS. Não vou dizer nem o que é melhor nem o que é o pior, mas como nós havíamos concebido, ele seria um projeto do Hospital, tanto no sentido administrativo, como de execução, com parceria da universidade e o preceptor o trabalhador do Hospital, não o professor da UFRGS. A preceptoria, aquela supervisão em serviço, do dia-a-dia é atribuição do trabalhador daquela área. O farmacêutico que trabalha na Emergência é o preceptor do residente de farmácia na emergência, não é o professor de farmácia da UFRGS. A gente vê que há um bom distanciamento dessas unidades no dia-a-dia assistencial das áreas e seria muito difícil para o professor.

Como referido acima pela Coordenadora do PRIMS, a defesa quanto ao órgão executor do programa coincidir com o formador é sustentada em razão das implicações que essa relação produz na prática, na medida em que a formação é em serviço. Portanto, materializada pelos que concebem o planejamento, o ensino e a avaliação do processo educativo, no dia-a-dia da Instituição.

Além disso, há outros argumentos que foram problematizados, talvez mais frágeis. Entre esses, a ideia de que a vinculação do programa à universidade produziria o risco da proposta original perder-se entre os caminhos ideológicos dos departamentos, pelas disputas de interesses, envolvendo outras questões para além dos campos de prática, além da morosidade nas decisões político-pedagógicas e administrativas. Todos esses aspectos desfavoráveis, mediados pelas variadas concepções distanciadas do SUS, como observamos detidamente ao analisar a prática das DCN, nos diversos cursos da saúde. Há um distanciamento entre a academia e as bases do SUS, entre a teoria e a prática. Como refere Henriques:

Há a crítica à diferença marcante entre a lógica de organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos e

---

Suprimir a concepção dicotômica de Instituição Formadora e Instituição Executora da política de credenciamento dos programas, substituindo por “Instituição” ou “Instituições responsáveis e parceiras pelos programas de residência”. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/21224389/1124861775/name/Relatorio.doc>. Acessado em: 11/11/13.

a lógica do trabalho da Instituição formadora centrada na produtividade de seus conhecimentos teórico-metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos [...]. Essa formação parece não beber daquela realidade para se construir como reflexão que avança com novos olhares (2010, p.15).

Partilho da análise de Henriques, quando refere que a lógica da organização dos serviços está centrada nos procedimentos, no conhecimento técnico operacional.

Por outro lado, o ponto crucial pela defesa da coincidência entre o órgão formador e o executor estaria na conexão entre um e outro, na proximidade entre a concepção e a prática. Na situação do hospital há essa aproximação, sobretudo dos cursos que sempre estiveram presentes na Instituição, a enfermagem, a nutrição, a psicologia, a farmácia, por exemplo.

Essa relação diminui, em alguma medida, a ênfase na dimensão do conhecimento técnico-operativo pela própria problematização dos conhecimentos teóricos metodológicos ao longo da formação em serviço. Todavia, a unidade teoria e prática não se faz inspirada na lógica do SUS, ela está impregnada do modelo hegemônico, centrada nos profissionais, sobretudo, no profissional médico, nos procedimentos e na técnica.

A residência multiprofissional foi pensada muito nessa direção de, em parte, provocar na formação em serviço os sentidos e princípios das proposições do SUS, ainda não incorporados tanto no serviço, como na formação.

A citação a seguir evidencia essa necessidade ao referir que “O cotidiano de relações da atenção e da gestão setorial e a estruturação do cuidado à saúde deveriam se incorporar ao aprender e ao ensinar, formando para a área da saúde, mas formando para o SUS” (BRASIL, 2004, p.28).

A RIMS do HCPA constitui uma modalidade de pós-graduação em saúde com caráter lato sensu, com 24 meses de duração, para profissionais da área da saúde que se graduaram nos Cursos de Enfermagem, Psicologia, Educação Física, Farmácia, Serviço Social e Nutrição e que buscam a continuidade de seus estudos como ampliação de suas qualificações para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Esta tese teve como sujeitos de pesquisa a primeira turma da RIMS. Atualmente o programa oferece a residência para mais uma profissão, a Fisioterapia. Outra ampliação vai ocorrer, a partir de 2014, em que o PRIMIS contará com mais duas Áreas de Concentração, a de Atenção

Cardiovascular e a de Atenção Integral ao Usuário de Drogas<sup>117</sup>, totalizando sete Áreas de Concentração. Abrangerá outra profissão, a de Terapeuta Ocupacional. Recentemente por determinação do Ministério de Educação estas novas áreas serão denominadas de Programas de Residência, embora estejam integradas ao PRIMS. Essa determinação causou preocupação à Coordenação e comissões pedagógicas do programa pela possibilidade de sua fragmentação e perda da integralidade nas proposições do PPP como um todo. Para que isso não ocorresse, o planejamento das novas áreas foi construído pelos integrantes das Comissões Pedagógicas do programa, em conjunto com os profissionais das áreas, a partir dos referenciais e proposições do PPP inicial, reunidas às modificações que foram introduzidas a partir de sua prática, considerando as especificidades por área.

Essa medida, no entanto, não garantirá que o percurso pedagógico seja preservado, como teoricamente proposto no planejamento curricular. Essas áreas terão os mesmos limites das demais, tendo em vista o modelo de formação, ainda fortemente baseado na fragmentação e especialização do conhecimento.

Após a aprovação do Projeto Político Pedagógico em 2009, foi formada, no mesmo ano, uma comissão oficial, nomeada pelo Presidente do Hospital, para a implantação do programa, da qual também fiz parte<sup>118</sup>. Atualmente compoño o núcleo docente assistencial estruturante do PRIMS<sup>119</sup>.

---

<sup>117</sup> A Área de Concentração em Atenção Cardiovascular justifica-se frente a realidade demonstrada por indicadores epidemiológicos que apontam que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte e de perda da qualidade de vida ao longo do tempo representando no Brasil mais de 30% do total de óbitos com causa definida. A Área de Concentração de Atenção Integral ao Usuário de Drogas foi projetada pelo fato do hospital, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), ter estruturado um centro colaborador de atenção aos usuários de drogas com fins assistência, ensino e pesquisa, a Unidade Álvaro Alvim em funcionamento desde 2012. Este centro prevê entre suas responsabilidades, desenvolver programas integrados de capacitação profissional, programas de mestrado e doutorado, graduação e programas de residência médica e multiprofissional. A Área de Concentração em Atenção Cardiovascular justifica-se frente a realidade demonstrada por indicadores epidemiológicos que apontam que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte e de perda da qualidade de vida ao longo do tempo representando no Brasil mais de 30% do total de óbitos com causa definida. (Dados da apresentação das áreas à Comissão da RIMS).

<sup>118</sup> A presença de uma pedagoga no grupo de elaboração e, após a sua aprovação, na comissão de implantação do Programa é inédito na Instituição e bastante raro em instituições hospitalares. O grupo que elaborou o Programa foi percebendo a importância de um profissional da pedagogia na proposta de um projeto de formação em serviço o que garantiu a minha permanência que, inicialmente, ocorreu a convite de duas professoras, coordenadoras do projeto que por conhecerem a natureza do meu trabalho na instituição consideraram a necessidade da inclusão de um educador na proposta e futuro programa.

<sup>119</sup> O núcleo docente estruturante é a nomenclatura utilizada pelo Ministério de Educação e Ministério da Saúde para designar os profissionais que exercem as atribuições pedagógicas da condução do programa. Compõem tal núcleo, além do Coordenador e Coordenador adjunto do PRIMS, a pedagoga e uma profissional farmacêutica que vem coordenando o processo de seletivo para residentes da RIMS na

A coordenação da comissão de implantação da RIMS, por indicação da professora que iniciou a proposição da criação do programa de residência multiprofissional, coube a uma das professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS, que também fez parte do grupo de trabalho que elaborou o projeto.

A professora que assumiu a coordenação da comissão de implantação do PRIMS e, em suma, a coordenação inicial do programa refere algumas justificativas para ter assumido essa liderança

**C/PRIMS** – Com a saída da coordenadora do projeto da residência, quando ela assumiu a coordenação de enfermagem, eu era a professora que tinha naquele momento e acho que até hoje o grupo entendia que era importante estar nesse papel um professor, acho que foi sim, não nego isso. E por outro lado, acho que por estar acompanhando desde o início e por ter um conhecimento de várias coisas, que eu acho que naquele momento...talvez outras pessoas pudessem, mas fechando as duas coisas: Conhecimento do projeto, do grupo e ser professora foram duas coisas que me colocaram nesse lugar

Os funcionários do hospital, que constituíram o tal grupo de trabalho tinham a consciência de que, mediante a racionalidade administrativa hegemônica da Instituição, *os contratados*, como são identificados pelos professores, não teriam vez e nem seriam ouvidos nas práticas de implantação do projeto, conforme refere uma das preceptoras:

**PN/AS/SC** - Na configuração do Hospital ser professor da UFRGS é ter mais poder. Se o coordenador fosse um funcionário contratado do hospital neste primeiro momento pelo menos seria bem mais difícil. Pelo fato de ser professor tem uma maior autonomia e ele tem canais de comunicação que facilitam, considerando que a residência é formação. Por exemplo: Onde a gente iria encontrar professora de metodologia de pesquisa? Essa agilidade se deu, porque a Coordenadora como professora de enfermagem da UFRGS está lá dentro.

Um professor da universidade, por ter uma posição hierárquica superior ao funcionário contratado, tem mais possibilidades de realizar, com êxito, as tramitações para implantação do programa, do que um funcionário subalterno. Essa cultura está enraizada no modelo de gestão do hospital, além de ser ratificada, a cada nova gestão.

Os funcionários conformados a essa configuração, não reagem mais. No sentido de resguardarem-se de maiores problemas ou consequências para suas vidas funcionais

na empresa, não costumam se engajar nos movimentos sociais que tentam mudar essa situação.

Com raras exceções, a maioria resigna-se. Em 2012, as associações de funcionários do Hospital, por meio de suas lideranças, fizeram um movimento junto aos candidatos à presidência da Instituição para que as chefias dos serviços ficassem ao encargo dos funcionários contratados, uma vez que estes é que permanecem nos postos de trabalho em tempo integral, enquanto que os professores da universidade, por serem funcionários com dedicação exclusiva à universidade, dispõem entre 08 a 12 horas para o cargo de gestores dos serviços no hospital, pois não desvinculam-se de suas atividades acadêmicas para o exercício de tais funções.

Administrativamente, esse tempo para a gestão de um serviço, alguns com inúmeras unidades é exíguo para uma efetiva administração. A proposta era a de que os professores ocupassem cargos de assessoria técnico-científica junto aos serviços e não mais cargos de gestão, mediante pró-labore, pago pela Fundação Médica.

Evidentemente que essa proposição não teve eco junto aos candidatos (professores da universidade). E como foi uma proposta de algumas lideranças das associações acabou não tendo impacto, pela baixa adesão dos funcionários nessa empreitada. Feito esse parêntese sobre a escolha do coordenador do PRIMS, prossigo na análise de sua implantação e gestão.

A aprovação do PRIMS foi realizada sem dotação orçamentária e sem a contratação de mais profissionais para a cobertura das novas demandas, previstas na proposta, o que evitaria a sobrecarga de trabalho. Essa foi a condição colocada pela direção do hospital para a aprovação interna do projeto. Era aceitar ou desistir.

Havia uma grande insegurança por parte dos chefes de serviço, quanto à materialização de um projeto, inicialmente frágil e não tão bem compreendido para uma realidade vivificada por um modelo de atenção que não condizia com as proposições da RIMS.

A indicação da professora, como coordenadora da comissão de implantação do PRIMS, propiciaria, em certa medida, possibilidades de que as bases político-gerenciais da proposta seriam preservadas. Na condição de chefe de um dos serviços de enfermagem e ocupando um cargo junto à Fundação Médica, essa professora teria um bom trânsito para as articulações que deveriam ser efetivadas. Não se tratava mais de conquistar os trabalhadores contratados celetistas, quanto à validade ou não da RIMS, a conquista naquele momento de implantação se daria no nível de gestão dos serviços

envolvidos, realizada maciçamente pelos professores da universidade, com exceção dos serviços de psicologia, nutrição, social e de educação física e terapia ocupacional que eram chefiados por trabalhadores contratados, mas subordinados à Vice-Presidência Médica e Administrativa, sem a mesma autonomia dos serviços médicos e de enfermagem, tradicionalmente chefiados por professores da UFRGS.

A introdução de um novo modelo de organização dos processos de trabalho, nas áreas onde a RIMS se desenvolveria, constituía uma condição imprescindível para o projeto dar certo. Quem teria voz e vez para realizar essa articulação? Teria que ser alguém que já participasse das reuniões gestoras, como chefe de serviço, agora também, como coordenadora de um programa que seria implantado.

Muitas contratualizações entre o PRIMS e os serviços, integrantes das áreas de concentração, deveriam ser efetivadas, como a liberação de horário dos profissionais para o desenvolvimento do projeto e o redimensionamento de pessoal, entre outras providências. Para tal, os trabalhadores teriam que modificar alguns aspectos de seus processos de trabalho.

Para o preceptor acompanhar a formação em serviço dos residentes, deve dispor, no mínimo, de 12 horas da carga horária que dedica a seu núcleo profissional.

A comissão desenvolveu a implantação do programa, durante dois anos e meio, definindo sua configuração político-administrativa e pedagógica de gestão.

Nesse período foram organizadas as instâncias deliberativas do PRIMS, desenvolvidas por diversos colegiados, conforme figura 5.

Os programas de residência multiprofissionais em saúde, de modo geral, desenvolvem suas gestões por meio de colegiados, afinadas com as orientações do modelo de gestão preconizado pelo SUS. Num documento expedido pelo MS com informações de “A a Z” sobre o sistema de saúde há a seguinte referência no verbete “Gestão Colegiada”:

A gestão, entendida como o conjunto de práticas para a condução do processo em instituições, torna-se qualificada quando permite e promove a socialização das informações e a participação do conjunto dos dirigentes, gerentes e trabalhadores nos processos decisórios e executivos.[...] Na implementação da gestão colegiada é importante que os gestores do SUS estejam sensibilizados e convencidos de suas vantagens. Pode ser efetivada por meio de mecanismos como colegiados de gestão, grupos de trabalhos, comitês, etc., (BRASIL, 2009, p. 169)

A gestão colegiada da RIMS se organizou em espaços coletivos para problematização, análise, avaliação, decisões e encaminhamento gerenciais dos aspectos gerais da administração do programa, do planejamento, do ensino e da avaliação do processo educativo. Nessa direção, Campos menciona que “em tese, como princípio regulador, uma vez instalado o colegiado, todos os seus membros teriam poderes iguais” (2000, p.153). A pretensão é a de que esses espaços coletivos sejam democráticos e que seus integrantes tenham poderes iguais para as deliberações. Campos define espaços coletivos como

espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade) à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os Espaços coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de co-gestão, assembleias, Colegiados de Gestão, reuniões e Unidades de Produção, etc. (2000, p. 147).

Ao longo da análise empreendida observaremos, pelo depoimento dos sujeitos da pesquisa transcritos nas páginas seguintes deste estudo, que esses espaços coletivos propostos pelo PRIMS nem sempre vem se materializando na pretensão do ideário preconizado pelo SUS e pela literatura produzida pelos sanitaristas, defensores de práticas de gestão participativas. Há inúmeras contradições entre a disposição discursiva e a prática. Tais espaços têm reproduzido, em diversas situações, o modelo de gestão hegemônico caracterizado nos itens anteriores.

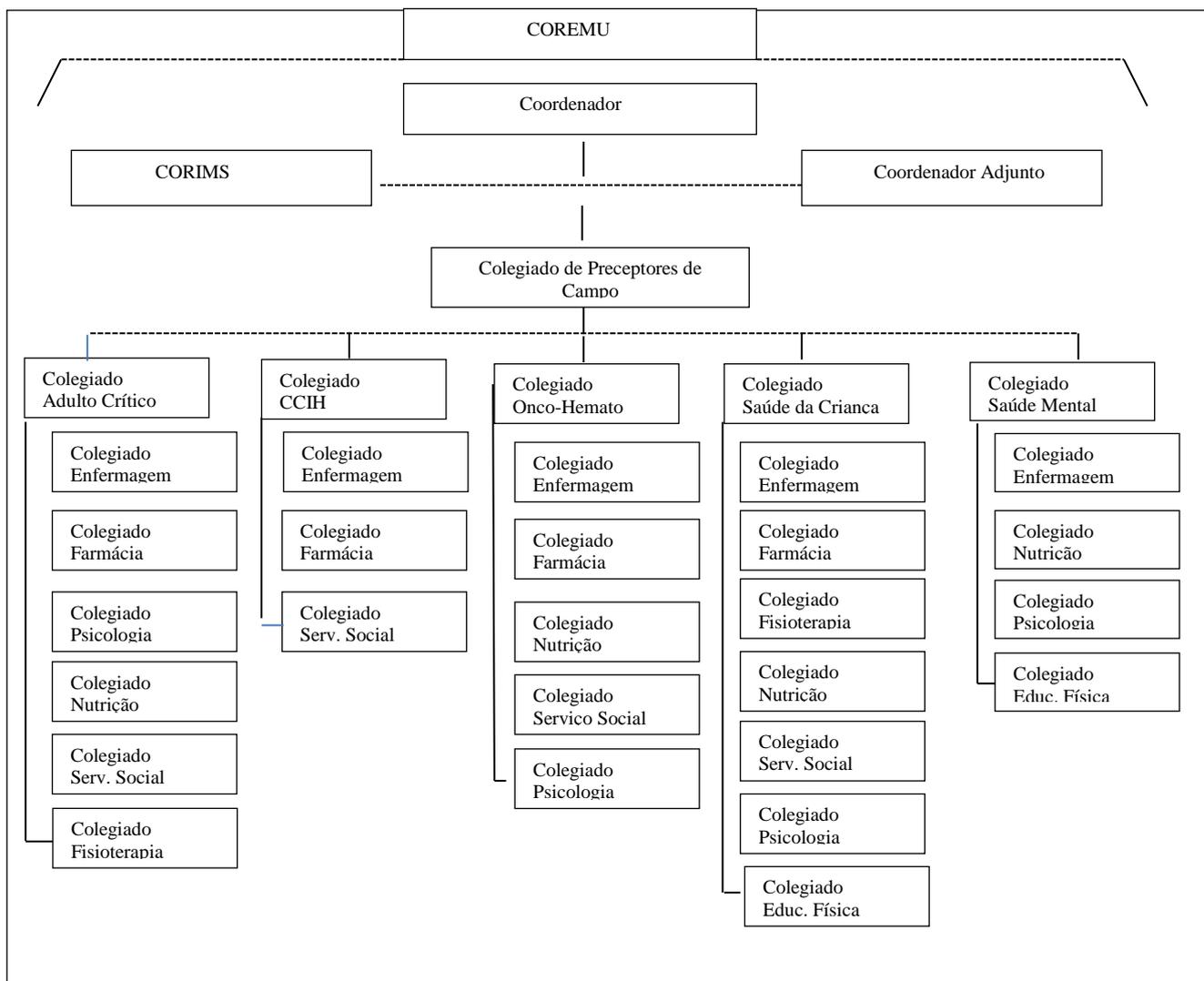
Na proposta de gestão do PRIMS, o espaço coletivo máximo de deliberação é a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) que está vinculada à Presidência do HCPA. A essa comissão cabe:

A organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento da Residência Multiprofissional em Saúde e outras atribuições previstas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), conforme Resolução nº2, de 4 de maio de 2010<sup>120</sup> (HCPA, 2013, p

---

<sup>120</sup> Esta resolução está no Anexo C.

Figura 5 - Organograma da estrutura da Gestão do PRIMS/HCPA



A COREMU tem como membros o coordenador do PRIMS, o coordenador adjunto, um representante e seu suplente dos Chefes de Serviço, um representante e seu suplente dos preceptores, um representante e seu suplente dos Residentes Multiprofissionais, um representante e seu suplente da Secretaria Municipal de Saúde, um representante e seu suplente do Conselho Municipal de Saúde.

O coordenador da COREMU é o coordenador do PRIMS, tendo como suplente o coordenador adjunto. Os representantes dos preceptores, docentes, residentes e chefes de serviço são escolhidos entre seus pares vinculados ao programa, com mandato de dois anos podendo ser renovado por mais dois. Essa comissão se reúne uma vez por mês. É a comissão que tem a atribuição de aprovar, formalmente, os encaminhamentos dos demais colegiados. Os assuntos que chegam a essa comissão já foram amplamente

acordados nas instâncias anteriores, restando a esta apreciar a matéria para ratificarem as deliberações pedagógicas e administrativas ou pedirem maiores esclarecimentos.

De acordo com o Regimento Interno da PRIMS/HCPA a gestão do programa é realizada através de instâncias colegiadas para possibilitar que as categorias profissionais e as Áreas de Concentração, “por meio de um processo democrático e participativo se integrem e se articulem com vistas a uma proposta de formação multiprofissional integrada” (HCPA, 2013, p. 23).

A estrutura de gestão é formada pela Coordenação, pelo Colegiado de Gestão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (CORIMS), Colegiado de Preceptores de Campo, Colegiado do Campo e Colegiado de Núcleo.

A CORIMS é composta por dois representantes de cada uma das profissões que integram o programa, sendo um deles o Chefe de Serviço, pelo Coordenador e Coordenador e Adjunto e pela Pedagoga. Como a enfermagem é composta por mais de um Serviço, tem como representantes um professor que integra o Grupo de Enfermagem do Hospital e um representante dos preceptores enfermeiros. Reúnem-se semanalmente. Esse fórum é o que faz a síntese dos encaminhamentos dos demais colegiados e a gestão de grande parte do programa. É caracterizada por embates políticos, pedagógicos e administrativos entre os serviços, a Coordenação do PRIMS e demais membros. As matérias tratadas estão mediatizadas pelo desenvolvimento orgânico do programa de residência, limites e possibilidades de sua práxis. É nesse espaço que se garante, por meio de negociações com os serviços e representantes da CORIMS, as condições materiais para concretização das propostas de formação.

As problematizações e encaminhamentos realizados na CORIMS<sup>121</sup> não deixam nenhuma dúvida de que é nesse espaço de gestão que são debatidos e traçados os rumos

---

<sup>121</sup> Conforme o Regimento do PRIMS cabe à CORIMS: Indicar às instâncias competentes, o Coordenador e o Coordenador Adjunto do Programa, escolhidos entre seus membros; Aprovar a proposta de credenciamento dos professores da UFRGS e dos trabalhadores do HCPA, para compor o quadro docente assistencial; Acompanhamento das condições de trabalho dos preceptores; Avaliação das propostas de abertura de novas áreas de concentração; Avaliação de propostas de inclusão de categorias profissionais; Análise do número de vagas a serem oferecidas anualmente, considerando a estrutura de preceptoria necessária; Indicação e encaminhamento dos nomes para compor a Comissão de Seleção; Discutir temas que serão encaminhados à COREMU; Apoiar a Coordenação na execução dos princípios e diretrizes do projeto político pedagógico da residência; Apoiar as atividades de educação permanente do corpo docente assistencial; Apoiar a participação dos preceptores em eventos que tratem de temáticas relacionadas à residência multiprofissional; Apoiar a participação dos preceptores no coletivo de residências multiprofissionais (HCPA, 2013, p. 16).

do programa, cabendo à COREMU o ato de legitimar tais rumos e, na dúvida, solicitar esclarecimentos à CORIMS para a posterior aprovação:

**C/PRIMS** – Nessa comissão conseguimos quebrar um pouco essa coisa do funcionamento tão compartimentalizado dos serviços. É onde estes se encontram e se colocam e dali a gente tem que tirar uma posição. Eu acho que é um espaço fundamental.

O Colegiado de Preceptores de Campo é composto pelos preceptores do campo (Área de Concentração), coordenador e coordenador adjunto do programa, representantes da CORIMS e o pedagogo. Reúne-se semanalmente e de 15 em 15 dias conta com a participação da representação dos residentes (um de cada campo /área de concentração). Neste fórum são discutidas as questões de integração do planejamento, do ensino e da avaliação do processo educativo na totalidade do programa, bem como as questões regimentais e estruturais, quanto ao funcionamento da RIMS. É um espaço de densa problematização político-pedagógica sobre o desenvolvimento da formação em serviço, de compartilhamento de necessidades, demandas e experiências. De acordo com o Regimento do PRIMS esse colegiado tem como fim precípua manter a unidade entre os diferentes campos, na execução do projeto político pedagógico.

As questões discutidas nos colegiados das Áreas de Concentração, os conflitos de gestão ocorridos nas diversas áreas são levadas para esse fórum, sobretudo as que dizem respeito ao PPP do PRIMS e a relação entre as preceptorias de campo e as chefias que os compõem.

O modo de representatividade dos residentes nesse fórum foi questionado. As deliberações acordadas neste espaço, durante os dois anos da primeira turma de residência, foco desta pesquisa, nem sempre eram realizadas de forma compartilhada. Esse desvio da proposta original do colegiado de preceptores prejudicou, sobremaneira, as relações dos residentes com a Coordenação do programa, na medida em que os residentes não vislumbraram, nesse espaço, uma possibilidade de participação igualitária nas problematizações e nos destinos políticos, administrativos pedagógicos que eram dados ao programa. A falta de um efetivo diálogo na condução e encaminhamento de alguns temas polêmicos desgastou a credibilidade no modelo de gestão do PRIMS. A residente, no entanto, referiu a diferença de conduta de outro espaço coletivo, o grupo de trabalho criado para rediscutir a proposta de avaliação do

processo ensino-aprendizagem composto pelos residentes, preceptores, pedagogo e coordenação:

**R/EF/SC** – Os residentes participam do primeiro momento da reunião colegiada com dos preceptores de campo e coordenação e depois saem. Eu questiono isso, porque todas as decisões que são tomadas num segundo momento depois que os residentes saem. Por exemplo, eles levam como pauta: a questão do PPP se vai ser exigido monografia ou artigo para as atividades de conclusão. Aí se discute, mas não se dá uma resposta e depois que os residentes saem eles decidem: “Vai ter monografia e artigo”. Na outra tarde a gente fica sabendo. A reunião nunca tem uma pauta conclusiva na presença do residente. A gente sabe que tem coisas que tem que ser discutida entre preceptores, assim como a gente tem que ter o momento só dos residentes, mas eu acho que falta um pouco de objetividade, eu já fui na reunião de terça feira, é enrolado, falta um pouco de clareza nas afirmações, não fica nada explicito, é tudo nas entrelinhas e várias vezes a Coordenadora diz: “ Eu acho que não fui suficientemente clara” e cada um entende de sua forma. Diferente disso a discussão sobre o sistema de avaliação no grupo de trabalho criado para isso foi bem clara e objetiva. Fomos contemplados nas nossas propostas.

A situação referida pela residente se prolongou por algum tempo até ser reavaliada pela coordenação do programa e integrantes do colegiado, a partir da problematização das dificuldades das relações e dos encaminhamentos e argumentos veementes realizados pelo coletivo de residentes, junto à coordenação.

À medida que o Programa se desenvolvia, o coletivo de residentes foi se articulando com os coletivos de outros programas, a partir da iniciativa da própria comissão de implantação que buscou essa integração com os demais programas no sentido de se subsidiar na materialização político pedagógica da residência.

Apesar das equipes multiprofissionais do hospital de determinadas áreas se aproximarem, em alguns aspectos, da prática da gestão colegiada, tais vivências não chegam perto das pretensões da gestão da residência, entre essas, a ruptura das diferenças de poder de decisão, de acordo com a posição hierárquica na administração. No entanto, em detrimento dessas pretensões democráticas, grande parte da proposta colegiada foi sendo absorvida pelo estilo de gestão, já existentes na Instituição. Neste modelo gerencial as questões são discutidas, a partir de uma marcada hierarquia entre as profissões, com as decisões sendo guiadas pela lógica do segmento profissional mais forte. Mediante essa realidade foi necessário a radicalização dos residentes, que por não fazerem parte do corpo de funcionários não se sentiram intimidados perante a Coordenação do Programa, avançando nas negociações no intuito de resgatarem o

sentido democrático do modelo de gestão preconizado pelo próprio programa. A narrativa a seguir é reveladora dessa situação:

**C/PRIMS** – Os residentes agora fizeram um manifesto de indignação, entendem que nestes espaços (colegiado de preceptores e coordenação da RIMS) eles não têm possibilidade de se colocarem de fato nas decisões e se retiraram desses espaços. Então nós estamos numa grande negociação deles voltarem para esses espaços. Mas eles não estando nesses espaços a sensação que dá é de grande alívio, coisa boa, como a gente consegue. E, eu estou te exemplificando isso, porque na verdade é totalmente contraditório com a formação que a gente propõe. Então a gente tem que poder fazer esse movimento de trazer de volta os residentes. Mas é um aprendizado na verdade, não é fácil.

A experiência do novo estilo de gestão pela maioria dos integrantes vem se construindo ora com avanços, ora com retrocessos no sentido da superação do que é vivido, tradicionalmente, na gestão do hospital. Como refere Campos, a base pedagógica do modelo gerencial hegemônico “é a autoridade, assentada na diferença de poder e de saber entre proprietários e chefes de um lado, e Sujeitos-trabalhadores, na outra ponta” (2000, p. 31). No caso da residência os arranjos para uma gestão democrática sofrem os reflexos dessa cultura de gestão hegemônica, de quem fala mais alto, mesmo que em nome e com o consentimento de todos. Superar esses impasses é o grande desafio.

Quando os residentes começaram a incomodar, “a não aliviarem” como expressou a gerente do PRIMs, a saída deles do espaço coletivo representou um alívio. O fato de os residentes sentirem os limites da autonomia que tinham, na condição de profissionais estudantes, fez com que se retirassem, talvez não por se sentirem fracassados, mas por não acreditarem mais no espaço que reduzia suas subjetividades. Essa ruptura produziu por parte da gerência do programa “o movimento de trazê-los de volta”.

O movimento pelo retorno dos residentes pode ter sido produzido por dois caminhos ou, até mesmo, por um terceiro caminho de transição entre os dois. De um lado, pelo caminho promissor de retomada da gestão por colegiados realmente democráticos, o que configuraria um salto de qualidade na criação de um novo consenso de gestão. De outro lado, pelo caminho pessimista, ou seja, do retrocesso ao modelo gerencial hegemônico. Se a realidade se deu por esse último caminho, a criação do consenso pela volta dos residentes pode ter representando apenas o atendimento de uma parcela dos interesses dos residentes. A racionalidade gerencial hegemônica, tanto pode valer-se de instrumentos de dominação, ou seja, de elementos coercitivos, como pode

valer-se da criação de novos consensos, na medida em que procura atender parte do interesse dos dominados (GRAMSCI, 1978). Para sabermos quais dos três caminhos foi tomado, é preciso mergulhar mais profundamente na análise da materialidade desses coletivos, o que faço a seguir.

O Coletivo dos Residentes é composto pelo conjunto de residentes do Programa, sendo coordenado pelos seus representantes junto a COREMU. Tem como atribuição “encaminhar pautas sobre conteúdos discutidos nas reuniões deste coletivo e participar de ações políticas relacionadas às Residências Multiprofissionais em Saúde” (HCPA, 2013, p.36). Este coletivo se articula com o coletivo gaúcho e nacional. O documento Guia de Informações do Residente refere: “os residentes tem direito a duas horas, de quinze em quinze dias, para se reunirem que serão computadas nas 60 horas semanais de todos que participarem” (HCPA, 2013, p. 15).

Atualmente os assuntos levados pelos residentes para esse colegiado são decididos na presença dos mesmos e, se não houver tempo após o debate para as deliberações, os temas retornarão para pauta somente com a presença dos residentes, a cada quinze dias para, finalmente, serem deliberados.

À medida que o programa se efetivava, os diversos colegiados começavam a ser formados. A conexão com as demais residências do Estado constituiu alguns exemplos para a organização do PRIMS nas questões de gestão e de articulação política em defesa dos assuntos pertinentes aos interesses de melhoria dos Programas Residências Multiprofissionais no Brasil e nas relações com os Ministérios de Educação e da Saúde. Este assunto será abordado na sequência deste item.

O Colegiado da Área de Concentração é composto por todos os preceptores e professores que compõem o corpo docente da área de concentração. Este colegiado conta com a participação, sempre que houver necessidade, da coordenação do programa e da pedagoga. Por meio desse espaço se dá o planejamento do ensino e a avaliação do processo educativo desenvolvido na área de concentração. Daqui são levadas questões para o Colegiado de Preceptores.

O profissional do hospital que integra a residência passou a acumular, ao longo de suas atividades cotidianas de seu núcleo profissional, as atividades da residência. Entre essas, a participação nos diversos colegiados do programa. Durante a semana esse profissional tem, no mínimo, três encontros, nos quais sua presença é imprescindível no sentido de suas atribuições junto à residência no que diz respeito ao planejamento do, ensino e avaliação do processo educativo da RIMS. Um desses encontros acontece no

colegiado de preceptores de campo/área de concentração, o outro no colegiado do núcleo profissional e outro no colegiado de seu campo/ área de concentração.

Quanto ao colegiado da área de concentração, nem sempre tem funcionado como foi pensado pelo PPP, tendo em vista a sobrecarga de trabalho por parte dos preceptores, conforme mencionado a seguir:

**C/PRIMS** - Eu como coordenadora avalio as condições de trabalho dos preceptores péssimas. Acho que deveria ter tempo para tudo isso. Hoje eu tenho posto algumas coisas para os preceptores de participação e isso não é muito simpático da minha parte, mas eu acho que nesta guerra tenho que, às vezes, endurecer. Então eu puxo para o meu lado, os serviços puxam para o deles que tem assistência, o preceptor puxa lá para o dele que ele não tem tempo e eu puxo para o lado dá residência que tem que ter.

Os serviços como não contaram com o acréscimo de pessoal, por vezes, não conseguem liberar o preceptor para as demandas da preceptoria, entre essas, a participação semanal na reunião de colegiado da área de concentração:

**C/PRIMS** – Se não houver um compromisso dos serviços quanto à disponibilidade dos preceptores para participar dos eventos que envolvem a residência, para mim não adianta.

Esse problema conjuntural dos serviços e estrutural da Instituição quanto a não contratação de mais profissionais para a RIMS, mas sobretudo, para os serviços das profissões consideradas de apoio na equipe de saúde, ou seja, das demais profissões além da médica e de enfermagem, que concentram o maior número de profissionais, representa um enorme entrave para o programa, tendo sérias repercussões na formação dos residentes e na educação permanente dos preceptores. As narrativas a seguir, de um preceptor e de um residente de uma das áreas de concentração, evidenciam essa situação:

**PC/ENF/SM** – Existe uma dificuldade estrutural, principalmente em relação à carga horária, eu estou agora fazendo reunião de colegiado de campo em que há quatro semanas a psicóloga não participa, isso faz grande diferença.

**R/ENF/SM** – Faltou, durante todo o ano passado, integração entre os preceptores, porque, tínhamos os encontros com a preceptoria de campo e quem deveria estar participando não é só preceptor de campo, que por acaso era meu preceptor de núcleo, mas todos os preceptores de núcleo. Acho que teve uma reunião no final do ano passado que foi uma das preceptoras de núcleo, mas todas as outras eram feitas só com preceptor de campo. O único momento que tinha um pouco mais de integração era quando tinham as aulas de campo. No planejamento nas preceptorias de campo, só quem estava era

preceptor de campo. E o preceptor de núcleo da enfermagem que era o mesmo, mas nas outras, não, nunca apareciam.

O Colegiado de Preceptores de Núcleo é formado pelos preceptores de uma mesma profissão. É coordenado pelos seus representantes junto à CORIMS. Atualmente existem sete colegiados de núcleo, tendo em vista a profissão de fisioterapia que passou a integrar o programa, a partir de 2013. Nesse fórum são discutidas as questões da formação nos núcleos profissionais em consonância com o campo. Por vezes, as atividades de núcleo se fixam na especificidade da profissão sem a devida conexão com o campo, o que limita a integração entre as práticas profissionais. A narrativa do preceptor de campo expressa essa realidade:

**PC/ENF/SM** – No início do ano passado a educadora física propôs um projeto de alongamento envolvendo todos os residentes. Escreveram em conjunto o projeto e acertamos ter um coordenador, o educador físico, e um subcoordenador, que acabou sendo da psicologia que substituiria a coordenadora quando essa faltasse. Não quer dizer que a psicóloga faria o exercício de alongamento, mas teriam a experiência em grupo de alongamento. Eu me lembro da fala da residente, que hoje é R2. Ela disse que o núcleo não sabia que ela estava fazendo a atividade com a educadora física. Eu perguntei como não sabia? Ela respondeu dizendo que não era trabalho da psicóloga fazer exercício físico. Eu disse para ela que falasse para o serviço de psicologia e a gente iria conversar sobre isso. Falei que era a função dela estar dialogando, interpretando os pacientes, mesmo num grupo de alongamento. Ela sofreu horrores chorou, porque se sentia cobrada no campo e se sentia cobrada no núcleo, mas adorou fazer o grupo, os pacientes ajudaram, construíram o grupo junto com os pacientes.

A situação relatada indica o quanto o peso do núcleo profissional se manifesta nas práticas que deveriam ser integradas e compartilhadas. Como referiu o preceptor de campo, a residência no campo em que está inserido é em saúde mental e não em determinado núcleo profissional. Nesse sentido Campos refere que:

a Gestão Colegiada não pressupõe uma Instituição impossível em que todas as diferenças estivessem apagadas e abolidas por algum decreto mágico e autoritário. Ao contrário, trabalha-se com o objetivo de que essas diferenças, posto que existam, não redundem em diferenças de poder não pronunciadas como as que se verificam em quase toda Organização de inspiração taylorista (2000, p. 153).

A força dos serviços que aglutinam determinado núcleo profissional, a partir de um modo de gestão hegemônica do trabalho em saúde, verticalizado e ensimesmado numa profissão, acaba prevalecendo, se o campo, composto pelas várias práticas profissionais, não tiver o preparo para integrá-las, em razão de um trabalho em saúde

potencializado pela busca da unidade das várias práticas. O colegiado é proposto para “se tratar dos paradoxos e ambiguidades inerentes aos Coletivos Organizados para a produção” (CAMPOS, 2000, p. 153). É nesse espaço que as diferenças são problematizadas, que os nós críticos são encaminhados, a partir da construção de consensos.

Na busca dessa direção, o funcionamento por colegiado foi se constituindo, na medida em que era implantado o programa. A respeito disso, o sujeito de pesquisa refere que:

**C/PRIMS** – A gente quer funcionar como colegiado, democrático de preceptores, que vão discutir, mas tu tens um preceptor que está discutindo uma coisa ali na reunião e tá eu vou ter que ir lá e ouvir a opinião do meu chefe. Quer dizer, ele vai lá ouvir a opinião do chefe dele e vai trazer de volta se aquilo é possível ou não. Há um peso muito grande eu acho nesta estrutura. A gente tem que fazer muito esforço para tentar minimizar as consequências que ela trás para um processo que pretende ser integrado, democrático, que possa constituir sujeitos, que possa ser um fórum de deliberação. É uma estrutura muito pesada para, dentro disso, tu constituíres, tanto espaços assistenciais, como pedagógicos, democráticos, integrados, é um grande desafio. A gente esta brigando contra a maré.

Esse modelo de gestão do PRIMIS vai ao encontro da prática de espaços gerenciais horizontalizados em que as discussões, as problematizações e deliberações coletivas vão definindo os rumos do programa, seus contornos políticos-pedagógicos, suas questões de planejamento, de ensino e de avaliação, mediatizados pela realidade da racionalidade gerencial hegemônica da Instituição e dos serviços nas cinco áreas, onde é desenvolvida a residência. Também é mediatizado pela formação dos participantes, pela reprodução dos modos de relações dos profissionais nas equipes, pelos diferentes processos de trabalho e pelo próprio prestígio social que cada categoria profissional tem na configuração do hospital.

Em meio a essas dimensões, a narrativa acima nos leva a fazer os seguintes questionamentos: Quem tem mais poder de decisão? O colegiado ou os serviços? Até que ponto as decisões do colegiado são ratificadas ou refutadas pelos serviços? Até que ponto a proposta de gestão do programa tem sido fiel aos propósitos de formação de coletivos democráticos e participativos? Nessa correlação de forças que caminhos prevalecem em meio: à proposta de gestão, ao estilo preconizado pelo ideário do SUS, a atual gestão dos serviços, guiada por outro modelo gerencial e às práticas dos profissionais desses coletivos. A fala, a seguir, assinala alguns limites dos encaminhamentos desses colegiados:

**C/PRIMS** – Hoje tu vêes que os trabalhadores estão muito vinculados ao serviço, a essa autonomia dos serviços e isso se reproduz no cotidiano. Então há um limite em minha opinião de transformação do cotidiano. Ele fica muito engessado. E na residência, claro, se reproduz

Por ser uma proposta de gestão diferente do modelo praticado nos demais projetos de ensino em serviço, existentes no hospital, o modelo gerencial do PRIMS, frequentemente, entra em choque com o modelo de gestão hegemônico das áreas e por vezes, reproduz tal modelo. As falas a seguir expressam esses movimentos:

**PN/EF/SM** – Temos dificuldades de disputas de poder, temos falta de um espaço democrático de fato. Tanto que o colegiado da CORIMS composto pelas chefias e a coordenação da RIMS que coordenam.

**PN/AS/SC** – O problema é o risco do cansaço. Desta tensão permanente dentro das duas propostas. A parte que é mais fraca, que é muito menor pode acabar sucumbindo ao modelo dominante.

**P/N/EF/SM** – Tem uma reunião dos preceptores de campo com a coordenação da residência onde eles levam uma ou outra demanda de sua área de concentração.. Eu acho que o preceptor de campo seria o representante dos outros preceptores. Só que não é. As reuniões acontecem, mas não com esse caráter. O preceptor de campo diz: “Ah, tem alguma coisa para eu levar para a reunião?” Aí os preceptores de campo vão para essa reunião e discutem as coisas do campo. Após trazem as notícias para a ênfase: Ah! a gente quer que vocês façam isso, tem que ter lista, tem que ter ata, agora a gente vai controlar a presença etc. Então, já não basta a chefia de serviço mandando, os chefes dos locais da residência, os coordenadores do CAPS mandando, vem mais a residência querendo mandar. Tudo é muito autoritário.

Os riscos de sucumbência da menor parte, em meio à totalidade da estrutura política, pedagógica, cultural e social da Instituição, como mencionou a preceptora, podem enfraquecer as possibilidades de tensionamento nas áreas, a partir das práticas da RIMS.

Os profissionais acostumados com a lógica de gestão do hospital dos serviços revelam dificuldades no manejo político dos diversos colegiados do programa, principalmente naqueles em que são discutidos e encaminhados os temas da centralidade pedagógica da formação e das relações político-gerenciais do programa. Em meio a esses espaços de conflitos e de concepções variadas, os preceptores, os residentes e a coordenação do PRIMS sofrem limitações em suas práticas.

Por outro lado, mesmo que alguns serviços avancem na lógica político-pedagógica do PRIMS estes se veem premidos, hierarquicamente, pela macrogestão da Instituição. No hospital alguns serviços estão vinculados hierarquicamente à Vice Presidência

Médica, o de Psicologia e Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional, outros à Vice Presidência Administrativa, o de Nutrição e o Serviço Social. Os serviços de enfermagem à Coordenação do Grupo de Enfermagem.

A autonomia das chefias desses serviços é relativa, sobretudo as que ainda são realizadas pelos próprios funcionários do hospital e não por professores como é o caso das chefias da enfermagem.

Outro aspecto que afeta as relações e processos decisórios nos colegiados do PRIMS é a sobreposição da enfermagem sobre as demais profissões pelo número de profissionais, tanto de professores, como de profissionais contratados, de residentes e estudantes, o que a fortalece nas deliberações. O próprio processo de trabalho da enfermagem, fixa nas unidades e equipes, confere à profissão um maior controle da situações de cuidado aos pacientes. A narrativa a seguir refere algumas nuances dessa materialidade:

**C/PRIMS** – A presença das outras profissões na residência, além da enfermagem e medicina é, até na quantidade, muito tímidas. Vemos um profissional que não tem nem possibilidade de participar de uma reunião de equipe, porque ele faz parte de 10 equipes, ou então ele vai eventualmente numa reunião de equipe. Então tu tens equipes muitas vezes de médicos e de enfermeiras que tem uma assistente social que é chamada quando tem algum paciente com algum problema que se identifica que precisa de um encaminhamento mais social. Que possibilidades essas equipes têm nessas condições de serem muito diferentes do que são. Percebo um grau de alienação que se tu fores perguntar para as equipes... Ah, não! Nós somos uma equipe. Como já tive o privilégio de trabalhar na Clínica Pinel que funcionava como equipe, percebo que pessoas que se constituíram muito nesse mundo, nem se dão conta. Não vejo um lugar que eu diga: “Esse é um lugar que tem uma equipe, que tem uma equipe articulada”. O CAPS, onde eu trabalho, que tem uma equipe mais multiprofissional, com todos os profissionais, que se reúnem sistematicamente, eu vejo com enormes limites, pelo peso dos serviços, que estão ali. E aí tu vê uma equipe que não banca mudar a sua hierarquia de empoderamento com medo de sair do guarda-chuva dos serviços. Refiro-me a todas as profissões.

A sobreposição da enfermagem é fortalecida, também, pelo forte corporativismo da profissão que para fazer frente à hegemonia médica garantiu sua presença em várias instâncias deliberativas da Instituição, entre essas, cabe à enfermagem a supervisão nos turnos da noite e finais de semana do hospital como um todo. Nesses turnos é delegado à supervisão de enfermagem o poder administrativo do hospital, representando a Presidência da Instituição. Aos poucos a enfermagem foi se integrando em vários serviços, como o Serviço de Governança e Higienização que é chefiado por uma enfermeira, o Serviço de Convênios, Serviço de Compras, Serviço de Análise Técnica

de Suprimentos, entre outros. Há também presença da enfermagem em várias comissões do hospital.

Na narrativa a seguir, o preceptor revela a forte presença da enfermagem, seu envolvimento e o consequente peso desse segmento profissional no poder de decisão nos colegiados, desequilibrando as possibilidades de uma gestão realmente compartilhada. Essa configuração é questionada pelo preceptor, sobretudo, nessa área em que a coordenação do processo de gestão no programa coube à enfermagem. A visão crítica desse profissional sobre essa situação é interessante e reveladora de sua formação. Entre os preceptores, este se destaca por ter experimentado práticas de gestão por colegiado em suas vivências de formação, sobretudo, numa residência que realizou em saúde mental fora do âmbito hospitalar, onde a gestão e participação dos trabalhadores era feita por meio de colegiados, a partir dos referenciais preconizados pelo arcabouço metodológico das práticas em saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este preceptor também participou da formação de um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Estado. As equipes de saúde dos centros trabalham nessa perspectiva metodológica de gestão:

**PC/ENF/SM** – Em relação à quantidade e possibilidade de participação eu vejo a enfermagem muito presente na residência, isso é um problema. Na saúde mental, a... é enfermeira e é a professora coordenadora do programa é da saúde mental. A outra professora de enfermagem está junto no colegiado na supervisão de campo, discute o projeto terapêutico. Quem são os preceptores? O preceptor de campo é o enfermeiro, sou eu, e o preceptor de núcleo é uma enfermeira do segundo ano de residência, na equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Eu a vejo mais próxima do primeiro ano do que a própria educadora física, a psicóloga ou mesmo a nutricionista. Enquanto as discussões vão para o lado da psicologia e da educação física, elas ficam muito no nível do núcleo e não do campo. Então parece que a residência é mais torta para o lado da enfermagem e que quem tem a preocupação de fazer a amarração da saúde mental é a enfermagem, e aí eu não concordo com isso. Por que é o enfermeiro que tem que fazer a discussão do projeto terapêutico? A discussão do projeto terapêutico vai ser torta ao olhar do enfermeiro em saúde mental. Por que não se integra o educador físico, o psicólogo e a nutricionista desde o início.. E aí vem aquela discussão, aquela questão do serviço. O preceptor diz: “O meu serviço não me dá carga horária para isso, porque eu tenho que assumir o 4º Norte, o CAPS e a emergência” e sei lá o que. Parece que sempre tem obstáculos, que eles são criados pela própria Instituição, pelos próprios serviços. Se tu queres uma residência multiprofissional, tu tens que dar condições para essa residência multiprofissional acontecer. Se não, vai ser só como se cursistas ou especialistas se ligassem só aos serviços.

As orientações da Política Nacional de Humanização referem que a gestão por colegiado “é um modelo de gestão participativa centrada no trabalho em equipe e na

construção coletiva na qual planeja quem executa” (BRASIL, 2009, p. 12) e numa perspectiva político-pedagógica em que “o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (BRASIL, 2009, p. 12).

Na situação analisada, o poder não está sendo compartilhado. A sobreposição da enfermagem acaba direcionando o rumo das decisões pela sua lógica, pelo seu olhar como referiu o preceptor.

A prevalência da opinião desta categoria profissional, quanto aos itinerários dos cenários de prática dos residentes constitui um exemplo. O relato da preceptora expressa essa situação:

**PN/EF/SM** – Na saúde mental a educação física, a terapia ocupacional e a psicologia entendiam que o residente R1 deveria passar primeiro pelo CAPS, que é um serviço portas abertas, que já tem essa ideia de atenção psicossocial para depois passar pela a internação psiquiátrica por seis meses no máximo, mas como somos uma minoria não conseguimos avançar. Fizeram o contrário, colocaram o residente R1 na unidade de internação por um ano. Não conseguimos bancar a nossa ideia, porque éramos três contra cinco do núcleo da enfermagem, que tem os professores enfermeiros, além dos enfermeiros subordinados a estes professores. Com isso tivemos 50% de desistência dos nossos residentes R1 que não resistiram ao estresse inicial pelas características da unidade de internação psiquiátrica. A enfermagem quis marcar território e ir para o embate para reforçar unidade de internação como uma unidade dos serviços de enfermagem, não só da psiquiatria médica. Os três núcleos minoritários entenderam que se os residentes passassem pelo CAPS primeiro eles viriam mais preparados para a internação.

Essa área de concentração foi uma das áreas em que, inicialmente, houve mais desistências de residentes, como revela a preceptora. Em sua avaliação esta atribui ao fato do itinerário do primeiro ano ter iniciado numa unidade de internação especializada em atenção psiquiátrica, bastante pesada, em sua opinião, para o início de uma prática de residência em saúde mental.

No período de definições das áreas de concentração do PRIMS, o segmento médico da unidade de internação psiquiátrica ofereceu muitas resistências, quanto a ter um programa de residência multiprofissional nessa área. Foi um embate bastante forte entre os serviços de psiquiatria médica e de enfermagem psiquiátrica que convivem no mesmo espaço do Serviço de Psiquiatria do Hospital, assim denominado, pela vinculação com o modelo de organização dos serviços médicos. Esse serviço tem uma prática de assistência diferenciada em relação aos demais da Instituição, talvez pela própria história da Saúde Mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica como já referi. É um serviço em que a gestão se dá por meio de colegiados. As decisões sobre o

paciente são compartilhadas por todos os membros da equipe de saúde, embora a condução seja da equipe médica como nos demais serviços. Sendo assim, a opção pelo itinerário do primeiro ano de residência, em saúde mental, recaiu na unidade de internação do serviço de psiquiatria, área que precisava ser demarcada pela residência, desde a estreia do programa.

Há outras dificuldades, quanto a essa área, em relação ao núcleo de educação física, por exemplo. Além do modelo do processo de trabalho das profissões, ditas de apoio, se realizar por consultorias sem a presença efetiva do profissional no serviço, na área de concentração em saúde mental, o profissional de educação física, que faz parte do PRIMS, não está vinculado à unidade de internação nem por consultoria. A falta da presença dos preceptores acompanhando o residente na área, também constituiu uma das razões de desistência do residente.

Outros questionamentos com relação à supremacia da enfermagem nas decisões pedagógicas dos colegiados expressam o reflexo dessa tendência na organização institucional do programa. A narrativa do residente menciona essa insatisfação:

**R/EF/SC** – A Semana de Enfermagem do ano passado que teve a participação do Merhy que falou sobre a rede aranha e tal, do Cecílio foi legal, mas tem muita coisa voltada para a enfermagem, eu já fiquei furiosa de saber que seremos obrigados a participar da Semana de Enfermagem de novo. Por que não temos que participar da Semana de Nutrição, da Semana de Recreação? Por que só da enfermagem? Acho que tu não tens que ser obrigado a participar de tudo, tens que ir naquilo que contempla tudo. A questão dos medicamentos que foi levado na reunião do colegiado de preceptores de campo por nós da saúde da criança. Eu não entendo por que nós da Educação Física temos que ir na palestra sobre medicamentos. Entendo que o medicamento interfere no corpo e interfere no paciente, mas isso não é abordado na palestra, só os tipos de medicamentos. Vou ficar boiando, porque eu não entendo nada, daí a gente vai numa coisa forçada.

Como refere Pereira “o entendimento sobre o que ensinar está definitivamente atrelado às relações de poder” (2004, p. 125). As relações entre as categorias profissionais participantes da RIMS na produção político-pedagógica ‘sobre o que ensinar’, sobre o que propor no currículo do programa estão atreladas, como bem refere a autora, nas relações de poder entre elas.

Nessa direção Gramsci nos ensina que “a elaboração das camadas intelectuais na realidade concreta não ocorre num terreno democrático abstrato, mas segundo processos históricos tradicionais muito concretos” (2001, p. 20). No contexto hospitalar com relação às categorias profissionais identificadas como de apoio, o peso do poder da enfermagem é maior.

Outros entraves enfrentados na prática do modelo de gestão do PRIMs, mediatizado pela materialidade contrária da racionalidade estrutural e gerencial da Instituição, estão configurados na formação dos integrantes e coordenadores para levarem a cabo uma prática diferente do cotidiano de suas vivências, a disponibilidade de seus integrantes para a participação nos vários colegiados, as flutuações na prática do modelo de gestão por colegiado que, por vezes, assume as características do modelo gerencial hegemônico.

Portanto, há limites que necessitam ser superados, quanto às condições de trabalho dos participantes, que não foram modificadas para o atendimento integral das atividades da RIMS e quanto à “capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de um Coletivo e não somente entre sua cúpula” (CAMPOS, 2000, p. 43). A residente e preceptor referem essas dificuldades:

**R/AS/AC** – Nesse ano, as nossas reuniões do colegiado do adulto crítico, que aconteciam semanalmente com todos juntos, não estão acontecendo. Teve só uma vez nesse ano, todas as outras não foram construídas conosco, uma proposta que não é mais participativa. Agora só tem um representante R2 no colegiado. Antes todos participavam. A justificativa por parte dos preceptores é que estão com muitas coisas para organizar e não conseguem dar conta. Acreditamos que isso se deve ao acúmulo com a turma dos R1 por tanta demanda e poucos preceptores para dar conta, pois dobrou o número de residentes e os preceptores são os mesmos. No ano passado sempre que nós tínhamos uma questão a gente tensionava, cobrava e agora nós cansamos de estar tensionando, porque isso não foi fácil. Na primeira avaliação, todo mundo ficou com uma média baixa, porque a gente foi tachada de tensionar muito. Mas o nosso tensionamento era para tentar cumprir a proposta. E agora cansamos e não vamos mais tensionar. Deixa assim, a residência já está acabando.

Em algumas situações, o retrocesso da proposta de gestão de cunho mais democrático causaram frustração, clima de desconfiança, de esgotamento dos participantes, sobretudo daqueles que estão ligados à Instituição por um tempo determinado (residentes), fato que os coloca em uma condição de vulnerabilidade nas relações travadas no colegiado.

Uma proposta de gestão colegiada em que uma das partes envolvidas se vê tolhida no seu protagonismo, em que são “reduzidas as possibilidades de exercício de uma subjetividade voltada para a resistência à dominação” (CAMPOS, 2000, p.31) o que era para ser um exercício de relações democratizadoras resulta num processo de gestão linear, sem as possibilidades que as resistências e os tensionamentos possam produzir.

Outra nuance observada na prática da gestão colegiada, vivenciada na residência nos dois primeiros anos do programa, diz respeito aos desvios que esses espaços de cogestão assumiram, enquanto produzidos por concepções híbridas fundadas em racionalidades gerenciais diferentes. Dependendo do tema que seria discutido, das implicações e repercussões que pudesse ter nos arranjos estruturais da Instituição, as possibilidades de produção de novos contratos eram relegadas, retiradas da pauta e o que era fundante para a mudança era substituído por outros temas necessários, mas não decisivos para a construção de novas relações. A narrativa do preceptor de campo expressa tal nuance:

**PC/ENF/SM** – Eu por duas vezes fui à reunião da CORIMS, colegiado em que eu não faço parte, em outubro do ano passado, porque a gente tinha agendado o processo de trabalho dos preceptores e essa reunião ainda não aconteceu. Desde outubro do ano passado e aí ficou se discutindo o regimento que eu acho que é importante. Mas não é a questão do regimento porque diversas outras pautas surgiram e foram discutidas e o processo de trabalho do preceptor está engavetado, desde outubro e eu tenho uma ansiedade muito grande em estar discutindo isso, mas parece que tem sempre pautas prioritárias e aquela que teve em duas reuniões e não foi mais tocada nesse assunto como agenda? Parece que se perdeu no tempo, isso foi em outubro, daí vem novembro o processo seletivo, vem a nova turma, vem férias. Aí a gente vai vendo as dificuldades institucionais para que isso aconteça.

Nesse sentido a força da hegemonia estrutural dos serviços em detrimento do proposto no projeto do PRIMS para as áreas de concentração parece ter falado mais alto, pois o que era central por muito tempo foi engavetado, como referiu o preceptor. A consequência vai se observar mais adiante, quando for analisada a prática da preceptoria.

Por outro lado, mesmo com as dificuldades referidas no exercício da prática colegiada pelas razões analisadas, foi observada, desde o início do programa, a importância desses espaços de gestão para a formação de seus participantes, para o protagonismo compartilhado na construção da proposta da RIMS junto às diversas áreas. A narrativa a seguir refere sobre essas questões:

**R/FARM/CIH** – No momento das reuniões com os preceptores é quando a gente tem mais contato com o projeto, onde são discutidas as questões da residência, onde muitas vezes são tomadas as decisões. É uma boa oportunidade, é onde acabamos tendo uma visão maior sobre o que está acontecendo na residência como um todo, porque se eu não participasse dessas reuniões eu não conheceria o processo todo, eu estaria recebendo a informação pronta, então a gente está participando da construção do projeto,

onde está sendo mais discutido, onde se acaba sabendo como funciona, como vai ser.

É nesses espaços colegiados pensados, a partir de um dos princípios do SUS, como o da participação social, que refere a cogestão como modo de administrar que “inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos” (BRASIL, 2006, p. 20) que o PPP do PRIMS vai sendo formulado e materializado, mediatizado pelas concepções de saúde e de educação em saúde que transitam no hospital ora limitando, ora possibilitando a transformação das práticas no sentido preconizado pelo ideário do SUS.

Passado um ano de existência do PRIMS, a Coordenadora propôs junto ao colegiado da CORIMS que a sua coordenação fosse compartilhada com uma trabalhadora do hospital. Até então, a coordenação exercida por uma professora da UFRGS pelas razões já expostas neste item, teria a possibilidade de ter como coordenadora adjunta, um trabalhador contratado do hospital. A CORIMS viu com bons olhos essa participação e, logo em seguida, foi indicada, com a aprovação desse colegiado, uma das trabalhadoras contratadas que já fazia parte do programa e da CORIMS para exercer essa função. A aprovação foi unânime:

**C/PRIMS** – Constituímos a coordenação adjunta com um profissional do hospital. Tem que ter alguém comigo para preparar para esse lugar. Eu imagino que se pensa que a colega do serviço social que está de adjunta vá assumir o meu lugar, pois não teria sentido ela estar como adjunta. Mas eu me preocupo com isso. Temos que constituir o espaço para que um trabalhador ocupe o cargo de coordenador da RIMS e correr os riscos inerentes a isso. O que nós estamos prevendo no regimento é que a COREMU escolhe entre os seus membros um coordenador.

A comissão viu na nomeação da funcionária contratada para a coordenação adjunta do PRIMS, um impulso para mudança.

De modo geral, quando um funcionário contratado assume algum cargo dessa magnitude no hospital, comumente ocupado por professores da universidade, esta ocupação não tem se dado em atendimento a reivindicações dos trabalhadores, ela tem sido sugerida e permitida pelos professores, quando estes consideram conveniente.

Essa permissão, quando da vontade da própria racionalidade gerencial dominante, reforça mais ainda a condição de fragilidade do contratado. Como refere Gramsci “toda relação de “hegemonia” é necessariamente uma relação pedagógica” (2004, p. 399). A concessão por permissão é pedagógica nesse sentido. Sendo adjunto por permissão e

não por legitimidade, a sua permanência no cargo pode ser uma questão de tempo para a racionalidade gerencial hegemônica.

Para assegurar, até certo ponto, que isso não venha acontecer, a comissão inseriu no Regimento do Programa uma cláusula que determina que o coordenador do PRIMS seja escolhido entre os membros da CORIMS, que quer dizer, entre os funcionários contratados e, ou professores. Essa cláusula surgiu para propiciar que o coordenador escolhido tenha vínculo direto com a residência e seja nomeado por um colegiado do próprio programa. Em direção contrária, no programa de Residência Médica do hospital, a coordenação é escolhida e nomeada pelo Presidente do Hospital.

### 5.1.3 Os sujeitos envolvidos no processo de formação em serviço – preceptores/docentes e residentes

O corpo docente assistencial do programa, durante a formação da primeira turma de residentes (2010-2012), objeto desse estudo, era formado por 38 trabalhadores contratados do hospital (11 enfermeiros, 06 farmacêuticos, 06 nutricionistas, 07 psicólogos, 04 assistentes sociais, 03 professores de educação física e 01 pedagogo) e por 08 professores da Escola de Enfermagem da UFRGS (01 no cargo de Coordenação do programa, 01 representando os professores da Universidade na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU, 02 coordenando o desenvolvimento do tema de metodologia da pesquisa que faz parte dos conteúdos transversais do currículo da RIMS e mais 04 professores, contribuindo no planejamento e ensino em 04 áreas de concentração<sup>122</sup>). Esses 04 professores estavam vinculadas ao Programa por já terem uma ligação com a Instituição, por meio de cargos de chefia dos serviços do Grupo de Enfermagem do hospital, ou por desenvolverem alguma atividade acadêmica nas áreas de concentração, onde o programa está sendo realizado.

Durante a formação da primeira turma de residentes, os professores contribuíram, sobretudo, no desenvolvimento dos conteúdos teóricos propostos no eixo transversal do currículo da RIMS.

A partir de 2013 foi criada a função de tutoria que está regulada na Resolução da CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. De acordo com o Regimento do PRIMS deve ser exercida por um professor da UFRGS, cadastrado no corpo docente assistencial do

---

<sup>122</sup> A respeito das Áreas de Concentração vide nota de rodapé nº8.

PRIMS. O tutor tem que ter titulação, no mínimo, de mestre e ter experiência profissional na área de especialidade do campo de, no mínimo, 03 (três) anos. Deve se dedicar 12 horas semanais à tutoria, tendo como atribuições:

a) Participar do Colegiado de Campo, nas atividades de planejamento, organização e avaliação em sintonia com demais membros; b) Coordenar a implementação, execução e avaliação das atividades de matriciamento interno e externo, em parceria com o preceptor de campo e demais preceptores, professores e residentes; c) Participar do planejamento e implementação, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, de ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; d) Participar do processo de articulação de preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo a residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; e) Participar do processo de avaliação dos residentes; f) Participar da avaliação do Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; g) Participar do planejamento, execução e avaliação das ações de educação permanente em saúde para os preceptores e docentes (HCPA, 2013, p. 11).

Essa mudança está trazendo benefícios para o programa e, de certo modo, aliviando a sobrecarga de trabalho do profissional contratado que antes assumia, além das atividades de preceptoria, as atividades teóricas prevista no eixo transversal do currículo. O que antes era mais uma atividade para o professor, além do que já realizava no hospital, passou a ser regulada por uma resolução da CNRMS, com atribuições explicitadas nos regimentos dos programas.

No âmbito do programa de residência, os preceptores e professores são os coordenadores e/ou articuladores do processo, fazendo a integração entre o Eixo Transversal do Programa, da Área de Concentração, e do específico das Profissões.

Atualmente o corpo docente assistencial do PRIMS é formado por 52 trabalhadores contratados do hospital (12 enfermeiros, 08 farmacêuticos, 08 nutricionistas, 09 psicólogos, 07 assistentes sociais, 03 professores de educação física, 03 fisioterapeutas) e 09 tutores (02 professores dos cursos de Enfermagem, 05 professores do Curso de Nutrição e 02 do Curso de Serviço Social) que dedicam um tempo maior para o programa, além de outras atividades, como participação em comissões ou em outros projetos da Instituição. O aumento do número de profissionais se deve ao maior número de residentes em formação. O PRIMS em 2013 está formando 82 residentes entre o primeiro e segundo ano do curso.

O quadro de professores da UFRGS, atuantes na RIMS, foi ampliado em 2013. Estes profissionais recebem proventos de uma bolsa, financiada pela Fundação Médica

do RS, para integrarem o corpo clínico do hospital com uma carga horária entre 6 e 12 horas. A situação desses docentes não é alterada na universidade, uma vez que continuam sua dedicação exclusiva à UFRGS, acumulando essa atividade no hospital. No computo geral de aquisições de profissionais, especificamente para o PRIMS, o número de professores foi bem expressivo.

Essa possibilidade de atuação no hospital, além da universidade, com proventos oriundos de uma bolsa tem sido um atrativo para os professores. Por essa razão, o programa tem recebido algumas propostas de docentes, oriundos de outras áreas da universidade, para integrarem o corpo clínico do hospital, via atuação no PRIMS que, por vezes, não dialogam com seu projeto político pedagógico e mesmo que fossem ao encontro não é a Coordenação do PRIMS que decide e, sim, a Administração Central do hospital, pois o professor é integrado primeiramente ao Corpo Clínico do hospital e, somente após, é designado para o exercício de suas atribuições que poderá acontecer entre os vários projetos de ensino, de pesquisa e assistenciais em andamento na Instituição.

O PRIMS tem, ainda, um núcleo docente assistencial estruturante<sup>123</sup> que é formado por uma professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, que exerce a função de coordenadora do PRIMS e de docente do Programa e três trabalhadoras contratadas do hospital: uma assistente social, uma pedagoga e uma farmacêutica. A assistente social exerce a função de coordenadora adjunta do programa, atua como docente e orientadora em pesquisa, a pedagoga do Programa, atua também como docente e orientadora em pesquisa e a farmacêutica que coordena as atividades do processo seletivo para residentes, além de outras contribuições, atua também como docente e orientadora em pesquisa junto ao corpo de residentes.

O PRIMS prevê as funções de preceptor de núcleo e de campo inspiradas nos conceitos de campo e núcleo desenvolvidos por Campos em que “o núcleo demarcaria a

---

123 O art. 9 da Resolução Nº2 da Comissão nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de 13.04.2012 define como responsabilidades do Núcleo Assistencial Estruturante o seguinte: “I - acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças, quando necessários, à coordenação; II - assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III - promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando o fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS”. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>. Acessado em 04/11/13.

identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (2000, p.53) e nos eixos orientadores citados nos incisos do artigo 2 da Portaria Interministerial/MEC-MS, Nº 1.077 de 12 de novembro de 2009<sup>124</sup>, que vão ao encontro das proposições da RSB. Nessa direção, a cogestão entre campo e núcleo se concretiza, a partir da noção de interdisciplinaridade.

O Projeto Político Pedagógico da RIMS refere as seguintes funções de preceptor de núcleo e de campo:

**Preceptor de núcleo:** função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência na área ou titulação acadêmica de especialização ou residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais residentes. **Preceptor de Campo:** função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, envolvendo saberes profissionais da área da saúde. Exercida por profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores para os profissionais residentes, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar presentes nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço (HCPA, 2010, p.3).

O preceptor é indicado por sua chefia de Serviço, a partir de critérios gerais para a escolha, tais como: interesse em exercer a função de preceptor, ter desenvolvido alguma atividade de ensino em sua trajetória profissional, ter um bom relacionamento com a equipe multiprofissional, entre outros critérios. Além disso, tem que ter titulação acadêmica em cursos de especialização, mestrado ou doutorado.

Os preceptores estreados, de modo geral, acolheram bem o ingresso no Programa, ora por convite das chefias de serviço de seus núcleos, ora por designação obrigatória de seus chefes. As narrativas abaixo indicam essas situações:

**PC/AS/SC** – Na verdade, diferente de outras profissões, eu não tive muita escolha quanto a participar do programa da residência. A minha entrada foi obrigatória, mas isso não significa que eu não goste ou não tenha motivação. Eu fui atrás, porque é uma coisa que eu gosto. Estava tendo todo um movimento no hospital com a proposta da RIMS e no nosso serviço havia um incentivo para que a gente pudesse buscar um pouco mais de informação sobre isso a fim de começarmos a pensar como que a residência se constituiria no nosso serviço.

**PN/NUTRI/SC** – Eu entrei no hospital em março de 2009 e em setembro fui convidada pela minha chefia de serviço para ser preceptora. Não tinha nem ideia de que em 2010 a residência já fosse começar. Eu achava que era uma

---

124 O texto da Portaria Interministerial encontra-se no Anexo C.

coisa para mais adiante, porque eu ainda estava me apropriando das questões mais básicas do hospital. Eu não sabia que já tinha a comissão da RIMS, o projeto, não sabia nada disso. Ela me fez o convite e eu com muito peito aceitei, porque era um desafio.

**PC/AS/AC** – A minha inserção na RIMS se deu pelo fato da área de concentração adulto crítico contemplar o serviço de emergência, onde eu faço a minha intervenção. Eu não estava preparada para entrar na residência até porque a emergência entrou no último momento.

Tão logo, a residência foi aprovada e institucionalizada com custo zero por determinação da Administração Central do hospital, as chefias de serviço não tiveram muita opção quanto à indicação dos trabalhadores que comporiam o Programa. Nesse contexto, por vezes, os critérios definidos para o exercício da função não foram considerados, entre esses, o desejo do profissional em querer participar ou não. Quanto a essa questão, uma das cláusulas do contrato dos trabalhadores nas carreiras de nível superior do hospital, determina, entre outras atividades, a de ensino. Sendo assim, o profissional não pode se furtar dessa atribuição, quando designado:

**PC/ENF/SM** – O que me motivou a entrar na RIMS foi ter sido residente. E eu tinha total interesse em participar, isso foi para a reunião e eu entrei no programa.

**PN/PSIC/SC** – A minha entrada na RIMS se deu porque foi criado um campo de residência dentro da área que eu já atuava na pediatria, na saúde da criança, basicamente todo o itinerário dos residentes da saúde da criança são minhas áreas, então não tinha muito como ficar de fora.

Embora alguns trabalhadores tenham mencionado dificuldades em torno de suas integrações ao PRIMS, seja pelo desconhecimento da proposta, seja por não se sentirem preparados ou, até mesmo, por não terem tido a opção de não participar, foram em frente, considerando as possibilidades que poderiam ser produzidas. Outros vislumbraram na RIMS um caminho estratégico para a demonstração da importância e da necessidade de suas práticas profissionais no campo da saúde ocupado, prioritariamente, pelas profissões consideradas imprescindíveis na concepção de saúde biologicista. Os depoimentos a seguir mencionam essas questões:

**PN/EF/SM** – O campo da saúde é um campo muito rico de possibilidades de intervenção da Educação Física. Quando eu estou no hospital, independente se no CAPS, ou na internação percebo que faltam muitos elementos que a educação física tem de sobra. Temos muitas propostas com significado para a saúde, prazerosas para as pessoas. Eu tenho uma responsabilidade social, talvez pela minha formação toda dentro de movimentos sociais de estar trazendo a Educação Física para dentro da saúde, e a forma que eu acho é essa. Isso me motivou para entrar nessa batalha. O meu serviço não pensava

assim. Eu convenci minha chefe de que o professor de educação física teria que participar. Insisti, pois considero a saúde uma área muito rica de possibilidades para a formação de profissionais.

**PC/ENF/CIH** – A entrada da residência no hospital me chamou a atenção, era tudo que eu pensava, ou seja, passar tudo que eu sei para os residentes. Por ser uma residência multiprofissional mais interessante ainda, até porque o controle de infecção historicamente trabalha no modo multiprofissional. Temos Enfermeiros, médicos e farmacêuticos e a gente divide o trabalho cada um na sua área, mas a gente faz tudo meio junto, tudo junto. A gente já é um exemplo de trabalho interdisciplinar bem dizer.

**PN/FARM/OH** – A minha motivação para participar da RIMS foi pela questão de ensino, a movimentação toda do hospital para a concretização da proposta, porque a residência também vai trazer à tona os questionamentos nos preceptores e demais profissionais da equipe quanto à integração no trabalho.

As expectativas otimistas dos preceptores, quanto à proposta de formação em saúde pela RIMS, constituiu, em certa medida, aspectos favoráveis em torno do processo implantação do programa. Os depoimentos, de uma maneira ou de outra, sinalizam possibilidades de mudanças nas práticas e, por vezes, certo conformismo expresso na ideia de deixar acontecer por não haver outra saída.

Os serviços, compostos pelas profissões ditas de apoio, com exceção da enfermagem, que mesmo figurando com esse sentido, na lógica médico-hegemônica, ocupa certa centralidade na equipe por ter um processo de trabalho que lhe permite permanecer na mesma unidade, possibilitando-lhe ter o controle da diversidade das atuações dos demais profissionais que circulam nas unidades, viram na residência multiprofissional uma aliada forte na valorização de suas práticas e a possibilidade de incrementarem suas ações junto à equipe de saúde, com o aumento do seu efetivo.

Nesse sentido, na visão dos serviços tais profissões passariam a atrair um olhar mais interessado dos gestores em termos de investimentos futuros, tendo a chance de provar o quanto suas atuações mais efetivas junto às equipes produziriam melhorias no cuidado ao paciente.

Outra característica a ressaltar é a de que o corpo de residentes, ao contrário dos preceptores, fica fixo nas áreas de concentração. O assistente social, residente da Área de Concentração Adulto Crítico, por exemplo, em que a formação é realizada no Serviço de Emergência e no Centro de Tratamento Intensivo, fica fixo nesses lugares. Suas atuações representam a efetividade que há muito tempo as profissões de psicologia, farmácia, assistência social, nutrição e educação física almejam. No entanto, para que a RIMS se efetivasse, os serviços tiveram que esticar as cordas das forças de

trabalho, que já estavam assoberbadas pelo número reduzido de profissionais e extremamente longe do que seria adequado para um atendimento, sem prejuízo de uma atuação integrada.

Os trabalhadores, que já se desdobravam para darem conta de suas atribuições junto às equipes, tiveram que agregar, no cotidiano de suas práticas, mais uma atribuição, a da preceptoria, um desafio inédito e desconhecido que acarreta muita preparação, estudo e dedicação em tudo que a residência propõe.

Os serviços de nutrição, de psicologia, de educação física e terapia ocupacional e o serviço social por atuarem por consultoria, seus processos de trabalho resultam em práticas profissionais fragmentadas e fragilizadas junto às equipes, maciçamente organizadas e comandadas pelo segmento médico. Além disso, são serviços que não têm a mesma autonomia dos serviços médicos e de enfermagem na estrutura do hospital, como analisei no item 5.1.1 deste estudo.

Na narrativa a seguir o residente refere o quanto a sobrecarga de trabalho dos preceptores têm se intensificado, na medida em que o programa vai se expandindo, sobretudo, quanto ao preceptor de campo, responsável pelo planejamento integrado da área. Esse profissional, de forma mais intensa, acumula duas funções no programa, a preceptoria de campo e a de seu núcleo profissional. Essa situação além de dificultar a formação do residente, gera consequências na vida funcional desse trabalhador, pois enquanto está ocupado com o trabalho na RIMS deixa de cumprir com os atos de assistência que compreendem, além do cuidado direto ao paciente, outras atividades que configuram suas atribuições do cargo, entre elas, as atividades de pesquisa, as ações administrativas e de educação permanente, a participação em comissões, grupos de trabalho institucionais:

**R/EF/SC** – Os preceptores estão muito sobrecarregados. Geralmente não conseguem nos acompanhar nas atividades que fazemos fora. A nossa preceptora de campo já era sobrecarregada e depois com a redução da carga horária das assistências sociais elas dizem: “nossa a gente não consegue!”. Fica muito difícil de conseguir. Algumas profissões como a enfermagem, que tem milhões aqui no hospital, mas na psicologia, na nutrição, na recreação o número de profissionais é bem reduzido e eles têm que dar conta da assistência e agora da residência. Eles tinham que ser só preceptores. E agora com a outra turma de residentes entrando piorou.

A carga horária para o exercício das atividades de preceptoria ficou estabelecida em 12h por dia e, na medida em que, a residência foi se desenvolvendo, esse período foi

se estendendo para dar conta da dimensão do trabalho de formação planejado. É o que referem nas narrativas abaixo:

**PN/AS/SC** – Mesmo que esteja contemplado no projeto que cada preceptor teria doze horas disponíveis para trabalhar em residência, nós não temos, eu trabalho muito mais que doze horas e a minha chefe não pode me liberar das 30 horas que eu faço aqui. É como eu te falei: é correndo um pouco aqui, um pouco ali, uma outra ali. A chefe não pode me tirar da minha carga horária, porque não tem quem faça meu trabalho. E eu não posso pedir para outra colega me substituir, porque ela vai deixar de fazer as coisas dela pra fazer as minhas. Eu estava muito dedicada à residência no ano passado.

**PC/ENF/SM** – A Instituição não está dando condições devidas para atuarmos na residência, por enquanto não. São quatorze horas que eu faço para residência. E só faço isso, porque a coordenadora do programa, também é chefe do meu serviço e me possibilita.. Eu sei que a minha condição é privilegiada, mas eu não tenho que levar a residência nas costas.

O preceptor de enfermagem mesmo vivendo uma situação privilegiada, como referiu acima, se indigna com a situação difícil que está experimentando para dar conta do trabalho na assistência e no ensino. Por ser um hospital escola, os profissionais além de, oficialmente, pertencerem a um programa de residência, também atuam junto às graduações de seus núcleos profissionais, que utilizam como campo de aprendizagem as unidades do hospital, tendo nos profissionais contratados seus co-orientadores e, muitas vezes, porque não dizer até mesmo seus professores:

**PN/NUTRI/SC** – Um dos aspectos mais dificultadores para a concretização da RIMS é a sobrecarga de trabalho, a sobreposição, pois acumulei funções. Não foi feita uma reorganização das minhas funções enquanto nutricionista assistencial, para eu poder dar conta da preceptoria. Outra dificuldade é o tempo para eu me preparar para ser preceptora, para dar aulas, fazer seminários, supervisões.

Embora o grupo que elaborou o projeto, durante as tratativas junto à Administração Central para a sua implantação, tenha ponderado a necessidade pedagógica de uma carga horária maior de dedicação à RIMS, a direção do hospital foi irredutível quanto ao aumento de pessoal nos serviços em que estão lotados os trabalhadores das seis profissões envolvidas no programa, justificando tal decisão por limitações impostas nas políticas de aumento de vagas nas empresas públicas.

Em alguns programas de residência, há um pró-labore para os preceptores no sentido de valorização e incentivo pelo exercício da função de preceptoria que vai muito além das atribuições do trabalhador com as questões de ensino num contexto de hospital

universitário. O preceptor, além de atuar como supervisor do desenvolvimento do residente em suas práticas, atua como professor e orientador. O seu trabalho se estende para além de sua jornada de trabalho, com todos os encargos pedagógicos das atividades de um professor.

A Instituição não levou em consideração esse aspecto, nem tampouco, na elaboração do novo plano de crescimento vertical das carreiras, que foi construído durante a implantação do programa, uma vez que, ser preceptor, não pontua para fins de promoção na carreira. A narrativa a seguir sinaliza essa questão:

**PC/FARM/OH** – Poderíamos fazer um trabalho melhor, se nós tivéssemos maior tempo de dedicação para a residência. Além desta, nós temos que cumprir com as nossas atividades do serviço ao qual pertencemos e em nossa avaliação de desempenho somos avaliados só pelo serviço e não pela residência. Então como é que nós vamos dar a dedicação que a residência exige se essa nem faz parte da nossa avaliação de desempenho? Sabemos que todo mundo é bem dedicado, mas ninguém ganha nada por participar do programa. Penso que seria importante que fizesse parte, pelo menos, da nossa avaliação de desempenho.

Embora, as associações dos trabalhadores do hospital tenham realizado, naquele período, o encaminhamento desse problema e a Coordenação do PRIMS também ter solicitado a revisão dessa situação, inclusive a possibilidade de um pró labore para o exercício da função de preceptoria junto à Administração Central, essa questão só passou a ser discutida por uma comissão criada, neste ano, pela Direção do Hospital, com a finalidade de revisar e alterar o plano de progressão na carreira.

A propósito disso, no ano de 2012, foi aberto pela Instituição um período de avaliação para a segunda etapa de crescimento vertical das carreiras de nível superior referente ao novo plano criado em 2010. A cada três anos o trabalhador, mediante apresentação de um currículo documentado, concorre à mudança de classe. Os trabalhadores que atuam no PRIMS não pontuaram por esse trabalho, o que poderia ter sido um diferencial não foi.

Nessa avaliação, pelos critérios de pontuação, alguns trabalhadores mudaram de classe, tiveram um percentual de aumento no salário bastante significativo. O prejuízo para os preceptores, além de material, atingiu seus ânimos, pelo não reconhecimento do trabalho realizado.

Em contrapartida a essa dificuldade, o PRIMS trouxe uma série de melhorias para áreas, mesmo que estas ainda não dialoguem com a dimensão esperada de sua proposta

inicial. Ainda que o programa reproduza o que está posto não deixa de ter um significado importante.

A condição sobre-humana do trabalho do preceptor se reflete no planejamento, no ensino e na avaliação do residente. Este fica sem o acompanhamento, sem a devida orientação e supervisão, durante o processo educativo. As falas das residentes referem essas consequências:

**R/AS/AC** – O acompanhamento dos preceptores é distante. É muito crítico. Eu tive uma melhora de preceptoria de núcleo nesse ano. No ano passado, a preceptoria de campo não conseguia arrumar tempo para estar presencialmente conosco, porque é isso, a preceptoria é mais uma função. A preceptora tem que dar conta de tudo que fazia antes e agora mais as funções da preceptoria e sem remuneração nenhuma. Teve falta de tempo e de espaço para ela trabalhar conosco e falta de capacitação. Falta de tudo. Ela queria fazer o melhor e não conseguiu por falta de investimento da Instituição nela como preceptora.

**R/NUTRI/OH** – A minha preceptora de núcleo passa o tempo inteiro correndo e sai de uma reunião e vai para outra e tem reunião de núcleo e tem reunião de campo, tem reunião da residência e daí ao mesmo tempo ela tem que me supervisionar, ela tem mais dois estagiários, daqui a pouco ela não consegue fazer mais nada direito e se embanana e não consegue dar atenção, por exemplo, ela não consegue suprir a atenção que eu preciso assim de esclarecimento, de apoio. Todo mundo está sobrecarregado só que com isso, tu perdes a qualidade em tudo que tu fazes.

Como esperar que a criação de programas de residência multiprofissionais, com bases ideológicas produzidas nos movimentos da RSB, que surgem por meio de uma política de formação para fortalecimento do SUS e como referem Rosa e Lopes “como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS” (2009, p.487), realize o que está posto nos discursos dessa política com bases materiais de existência tão precarizadas? O que se espera do Estado Educador na formação do jovem trabalhador da saúde para o SUS?

Com base na exploração dos trabalhadores-sujeitos do PRIMS, residentes, preceptores e demais profissionais que se sobrecarregaram ao integrar esse projeto de formação, justificado de antemão na lei que o cria, como “formação em serviço” e, portanto, com todas as mazelas do trabalho, sob o modo de produção capitalista, vai se desenvolvendo, a duras penas, o programa formador de intelectuais para a transformação das relações sociais hegemônicas do modelo biomédico de atenção à saúde que, contraditoriamente, também é mecanismo de reprodução do projeto de sociedade do Estado capitalista. Nessa direção Neves refere que:

Sob o domínio capitalista, a escola forma majoritariamente esses intelectuais em conformidade aos ideais e práticas de exploração e de dominação de classe, embora, contraditoriamente, possa também dependendo do nível de correlação de forças sociais em cada formação social concreta, em especial no nível de organização social alcançado pelas forças populares, prepara intelectuais para a transformação dessas relações sociais (2008, p.361).

Outro aspecto relevante a considerar sobre a sobrecarga de trabalho, quanto às profissões que trabalham por consultoria, é que este modo, de fato, não tem o sentido puramente de uma prática dessa natureza, uma vez que, o trabalhador a realiza junto com ações de intervenção, conforme relatado pela preceptora assistente social, a seguir:

**PN/AS/SC** – O assistente social que está na unidade tem que atender todos aqueles usuários que estão ali e a sua carga horária é sempre super apertada, porque não é somente aquela unidade, são vários problemas. Fizemos intervenção, embora convencionassem chamar de consultoria. Há um equívoco, pois na consultoria tu não intervéns, tu assessoras para as outras pessoas. Aqui não! Aqui vem uma consultoria para tu intervires. Então os preceptores esse tempo todo que eles estão envolvidos em atividades de ensino, eles deixam de fazer, ter tempo físico para fazer a assistência. Então o residente tem que dar conta disso.

Essa situação relatada agrava, sobremaneira, as condições de trabalho do corpo assistencial e administrativo do hospital e, também, sobrecarregando o próprio residente que está em processo de formação e, nesse contexto, figurando também como força de trabalho quase que substituta do trabalhador contratado do hospital, só que ganhando como bolsista.

Além de incrementar o atendimento à saúde que beneficia, em última instância, o Estado capitalista, pois a um custo menor, o trabalho que seria feito por um trabalhador contratado é realizado por um residente sob o argumento veemente da “formação em serviço”, que se dá em 60 horas semanais. A lei que cria as residências multiprofissionais que vem para vitalizar o SUS, também vem para

atender à plasticidade do capital, à sua dinâmica no processo de acumulação, envolvendo a apropriação, e submissão sob a égide, do desenvolvimento científico e tecnológico e as formas de organização do trabalho – que conserva, embora com reconfigurações na relação tempo-espaço, as classes sociais, a exploração do trabalho e a produção do valor (PEREIRA, 2008, p. 394).

Os trabalhadores estão no limite de suas forças para atenderem a dinâmica do processo de acumulação e a voraz ganância do capital:

**PC/ENF/SM** – Trabalhar na residência é uma carga bastante pesada. Em relação a isso, se me dissessem em 2009, se me mostrassem o Preceptor hoje, eu teria bastante medo, ficaria bastante assustado. Eu não sei como os colegas veem... tipo passar o bastão, daqui a pouco, para outra pessoa, fazendo tudo o que eu faço e em paralelo eu faço assistência. Eu tenho uma cobrança de 36 horas de assistência que, há princípio 6 horas seriam para as Ações Diferenciadas, mas nos outros horários seriam dentro do horário da assistência assim como estou agora, estou dentro do horário da assistência.

As ações diferenciadas a que o preceptor se refere fazem parte de um programa do hospital para o Grupo de Enfermagem. Os enfermeiros dedicam 6 horas de seu expediente para outras demandas fora das atividades de assistência, entre essas, as demandas de educação em serviço, por exemplo.

O trabalho extenuante do preceptor intensifica a contradição entre o que a Instituição preconiza como trabalho e cuidado humanizado, um dos propósitos da missão do hospital. Como humanizar o trabalho e o cuidado em relação ao usuário, se aquele que tem que cuidar do outro não possui as condições materiais de existência que o fortaleça para tal?

Esse trabalhador improdutivo que cuida da saúde dos corpos para a produção capitalista, trabalha no limiar do esgotamento de suas forças. Nesta dimensão

as mudanças quantitativas na extensão da dimensão não produtiva se convertem em um redimensionamento qualitativo de toda a estrutura. Como resultado, o funcionamento dos constituintes genuinamente produtivos se torna cada vez mais dependente da manutenção e do crescimento posterior dos setores parasitários (MÉSZÁROS, 2002, p. 618).

Há muitos anos os serviços de saúde do hospital, denominados como de apoio, estão funcionando de forma precária por contarem com um número reduzido de trabalhadores, como é o caso do Serviço de Psicologia que, durante a realização deste estudo tinha apenas 10 psicólogos contratados para o atendimento das demandas de assistência em psicologia para toda a Instituição. Atualmente o serviço de psicologia ganhou mais vagas, mas não o suficiente para o atendimento da demanda, que é cada vez maior.

Sendo assim, os ditos serviços de apoio tiveram que reorganizar os seus processos de trabalho, já considerados extenuantes, para acumularem mais uma frente de trabalho

que está exigindo desses trabalhadores uma dedicação especial, tendo em vista que o PRIMS é um programa novo e com uma complexa atividade de inserção junto às equipes de saúde que, até então, não contavam com uma atividade de formação em serviço com a natureza da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, inspirada em princípios pedagógicos do cuidado em saúde que contrariam a atual lógica de funcionamento da assistência fragmentada por especialidades e distante da perspectiva da integralidade. A mesma situação ocorre com os demais núcleos profissionais.

Além das funções de preceptoria citadas, cabem aos preceptores as atribuições de Orientadores de Pesquisa e de Co-orientadores. Nessa demanda, os professores da UFRGS também contribuem nas atividades de co-orientação. O PRIMS define que:

Orientador de Pesquisa: função de orientação do processo de produção da pesquisa a ser desenvolvida pelos residentes, podendo ser profissionais da Instituição e professores da UFRGS. Deverá ter pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa, devendo conhecer e seguir as linhas de pesquisa aprovadas pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA. O orientador de pesquisa terá papel fundamental no estímulo à construção do conhecimento multiprofissional e/ou desenvolvido entre as áreas de concentração constituintes do Programa. Co-orientador de Pesquisa: função de co-orientação do projeto de pesquisa. Se for necessário, o residente e seu orientador de pesquisa poderão convidar um profissional com reconhecido saber sobre o tópico escolhido para auxiliá-los no aprofundamento teórico da pesquisa. Poderão ser profissionais da Instituição ou professores da UFRGS, desde que inseridos na temática da pesquisa (HCPA, 2010).

Outros trabalhadores da Instituição<sup>125</sup>, além dos preceptores de núcleo e campo contribuem com os seus saberes e dedicação de parte de seu tempo de trabalho na formação dos residentes. Tais como os preceptores, esses trabalhadores também acumularam mais essa demanda. Um aspecto a ressaltar quanto à participação desses profissionais é que estes desconhecem, em grande parte, a proposta da residência, ainda que haja um esforço por parte dos profissionais da residência no sentido de integrá-los e envolvê-los.

Na primeira turma do PRIMS essa integração, como era prevista, foi bem sofrível, sobretudo, nas áreas em que as práticas se realizam numa lógica predominantemente biomédica, em que não se observa um trabalho integrado na perspectiva desejada pela

---

125 De acordo com a Portaria Nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005 em seu artigo 7, inciso III a orientação de serviço trata da “função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário”.

residência. As práticas dos diversos profissionais acontecem numa perspectiva multiprofissional, de soma de ações, sob o comando médico, sem o movimento dialógico que resulte em projetos de cuidado planejados e praticados, a partir de uma concepção de cuidado interdisciplinar. Todavia, também se observa, por vezes, desvios do que foi concebido no PPP do PRIMS produzidos pela própria formação biologicista dos preceptores que fala mais alto, apesar dos esforços pela mudança, a partir, da problematização teórico-prática dos campos, à luz das concepções de saúde e de educação em saúde baseadas nos princípios do SUS. A fala a seguir caracteriza bem essa situação:

**PN/AS/SC** – O projeto político pedagógico da RIMS tenciona em pequenos fluxos, porque ele é ainda muito pequeno e este Hospital é muito grande. É um trabalho de formiguinha, carregando uma folha muito maior que o seu próprio corpo, mas é em área. A gente tem que carregar folhas muito maiores que o nosso próprio corpo. É processual e eu acho que nós que trabalhamos nessa organização, na Comissão, a gente tem que ter esse trabalho de não perder o foco de onde a gente quer chegar.

Dos 10 profissionais entrevistados, um deles ocupa a coordenação e entre os 09 preceptores, que também atuam como docentes, um deles acumula também a função de Coordenador Adjunto. Entre os 10 profissionais, 04 estão formados há 28 e 30 anos, os demais há 09 e 21 anos. Todos sempre trabalharam em hospitais, com raras experiências fora do âmbito hospitalar. Apenas 04 desenvolveram o trabalho de docência. Perguntados sobre a bibliografia que costumam consultar para realizarem suas práticas em saúde e em educação em saúde, 04 referiram autores que partilham dos referenciais teóricos da RSB, os demais além de utilizarem bibliografias específicas de seus núcleos profissionais, também passaram a realizar leituras com os referenciais teóricos do SUS, a partir do curso para preceptores oferecido pelo programa. Até então, tais autores eram distantes do cotidiano desses profissionais, sobretudo, os que desenvolvem temas sobre as bases conceituais do SUS. Essa mesma situação se reproduziu entre os residentes.

O número de horas dedicadas pelos preceptores à residência varia entre 10h a 18h e a média gira em torno de 12 horas por semana. A análise desses dados figura ao longo deste estudo. As informações, transcritas nesse parágrafo, só assumem seus verdadeiros sentidos ao serem relacionadas com outras no desvelamento do real.

No intuito de preparar os preceptores que atuariam na residência, a Comissão de Implantação do PRIMS organizou um curso introdutório de formação de preceptores em que foram desenvolvidas e problematizadas as bases conceituais de saúde e de educação

em saúde para o SUS, a estrutura político pedagógica do PRIMS, a historicidade da RSB, da criação do SUS, da política pública de formação em serviço, a história da criação do PRIMS e a escolha das áreas de concentração. Também foram compartilhadas algumas experiências de programas de residências que vem sendo desenvolvidos no Rio Grande do Sul e no país.

O curso contou com a presença de alguns sanitaristas que desenvolvem práticas de educação de trabalhadores para o SUS no país e que têm uma vasta produção teórica, a partir do ideário da Reforma Sanitária, além de trabalhadores da Instituição, oriundos do grupo que escreveu e articulou a criação do programa de residência na Instituição.

De modo geral, os preceptores, ao realizarem o curso introdutório, sentiram-se mais confortados mediante a expectativa e insegurança geradas pela participação em um projeto de formação em serviço totalmente novo na Instituição e com bases conceituais que não condiziam com suas vivências, nem tampouco com suas formações iniciais e continuadas, ao longo de suas práticas profissionais na Instituição e fora desta.

A situação em que ocorreu certo desconforto para aqueles trabalhadores que não tiveram outra opção quanto a participar ou não da RIMS, acreditando ou não na proposta, no que ela pretendia e as atribuições que dela resultariam para o profissional, também foi amenizada a partir da participação no referido curso. As narrativas expressam essas circunstâncias:

**PN/NUTRI/SC** – A minha preparação para fazer parte do programa foi pelo curso de preceptores. Foi tudo muito rápido. Eu recebi o convite e junto com a informação de que na segunda-feira eu já teria que participar do curso de preceptores. Posso dizer que eu aprendi a ser preceptora na prática. Aquele curso foi super bom e válido, mas muito pouco para toda a responsabilidade que a gente tem. O curso abordou temas sobre o SUS. Eu e minhas colegas que estavam no curso perguntávamos: “Meu Deus, como é que a gente vai colocar isso na prática?” Por isso também que a gente pede tanto essa educação continuada, porque nós precisamos sempre estar estudando, lendo e discutindo. Foi bem complicado por essa falta de preparo anterior.

**PC/ENF/CIH** – A gente fez o curso de capacitação para os preceptores. Eu achei muito bom, gostei muito do curso. Acho que todos os preceptores deveriam passar por isso antes, mas não foi suficiente.

**C/PRIMS** – Um curso introdutório para preceptores é importante, mas eu falo de outra coisa que curso nenhum dá conta. É acreditar na proposta, nesse modelo de saúde e neste tipo de trabalho.

Analisando as falas acima das preceptoras e da coordenadora do programa tem-se uma dimensão do quanto participar do PRIMS mexeu com os trabalhadores, além das consequências do despreparo dos profissionais ter se refletido na formação dos

residentes. Fazer um curso introdutório funciona como um aquecimento, o que conta na realidade é o dia-a-dia da prática, é o acompanhamento realizado por pessoas que possuem algumas vivências que permitam problematizar, avaliar, subsidiar e qualificar a prática em andamento. Mesmo entre os preceptores que já tinham alguma familiaridade com as concepções do SUS houve a manifestação de muitas dúvidas sobre a prática do que conheciam, apenas teoricamente:

**PC/AS/SC** – Fizemos um curso na Escola de Saúde Pública que nos deu alguma ideia e dava cada vez mais frio na barriga pensar: “Puxa como é que isso vai se dar no nosso hospital pela forma como ele é estruturado, a questão desse modelo muito biomédico. Por sermos um grupo muito pequeno no serviço social as pessoas mais envolvidas procuraram estar juntas, circular materiais. Em alguns momentos estudando, mas pouco, mas sentando junto, tentando entender algumas coisas. Depois fizemos o curso introdutório oferecido pela RIMS antes de chegarem os primeiros residentes que ajudou e muito, mas eu te digo que nós aproveitaríamos mais o curso hoje do que naquela época em que as coisas estavam muito no ar.

Os trabalhadores do hospital por fazerem parte de um espaço que oferece, prioritariamente, serviços de saúde pelo convênio SUS, o que poderia ensejar práticas educativas de formação para o trabalho no sistema, sequer conheciam a lei que o determina, quanto mais os seus marcos conceituais. De que maneira mobilizar nesses profissionais o que suas práticas não revelavam, mesmo habitando um espaço de saúde público?

A continuidade da formação para os preceptores, programada pela comissão de implantação, além desse curso inicial, foi desenvolvida, também, por meio de encontros com aulas sobre planejamento, ensino e avaliação oferecidos em horários nos quais os preceptores pudessem frequentar, tendo em vista suas escassas disponibilidades de tempo e do próprio trabalhador que organizou e deu as aulas.

Essa possibilidade de formação, entretanto, não perdurou por algumas dificuldades. Nem sempre os preceptores puderam comparecer e quando o faziam, ao final do expediente, já não tinham o mesmo nível de atenção. Outros se dividiam, enquanto um comparecia, o outro atendia as demandas de seu serviço. O horário oferecido foi planejado em função das disponibilidades dos preceptores. As preceptoras a seguir referem essas dificuldades:

**PC/AS/AC** – Eu não tive preparação para atuar na residência, além daquele curso inicial que não foi suficiente. O que se vê são iniciativas próprias e agora a gente nem consegue ter tempo.

**PC/AS/SC** – Foi oferecida uma capacitação sobre planejamento, ensino e avaliação, nós nos dividíamos para comparecer em razão do tempo que dispúnhamos. No nosso grupo nós nos dividimos para entender um pouquinho da lógica, o que é mesmo ser preceptor.

Na medida em que o projeto avançava, a situação de despreparo dos preceptores na materialização da proposta ficava visível, principalmente quanto às concepções de saúde e de educação em saúde preconizadas no PPP, somadas às questões da avaliação do processo ensino-aprendizagem, que também demandaram boa parte da procura do pedagogo no sentido de apoiá-los nessa prática.

Outra dificuldade manifestada, foi com relação às questões didático-pedagógicas. Grande parte dos profissionais não tinha a formação para dar aulas, para planejar e avaliar, a partir de uma dinâmica educativa dialógica, como estava previsto no PPP.

Os profissionais envolvidos com a residência, com raras exceções, não haviam vivenciado práticas educativas em suas formações iniciais e continuadas que lhes permitissem desenvolver a formação para os residentes, a partir da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, preconizada no PPP do PRIMS.

A formação em saúde, mesmo após as DCN, como já analisei no item 3.1, tem permanecido em vários aspectos, afastada das estratégias didático-pedagógicas e dos modos de ensinar problematizadores. Os que trilharam formações voltadas, prioritariamente para o ensino, ou que trilharam caminhos pelas ciências humanas, que saem da clássica formação tecnicista, como a educação física, o serviço social, tiveram mais facilidade.

No entanto, apesar das mazelas de suas formações para o ensino na ótica propalada, o fato de estarem discutindo concepções do SUS que, até então, não faziam parte de seus cotidianos, contribuiu para que continuassem a caminhada.

Problematizar em suas áreas o modo como as profissões poderiam se integrar pelo trabalho interdisciplinar e/ou serem valorizadas pela contribuição de suas especificidades no planejamento terapêutico dos usuários foi seduzindo os profissionais para o estudo e prática das bases conceituais do programa. Entender melhor as ferramentas do sistema, conscientizarem-se a respeito, aproximarem a teoria da prática, responder às indagações dos residentes, na maioria recém-formados, alguns com informações sobre o SUS, mas distantes de sua materialidade, foi produzindo o desejo de investirem na proposta. As narrativas a seguir revelam tais movimentos:

**PC/FARM/OH** – Eu não me acho preparada para ser preceptora, não fui preparada, estou aprendendo. Às vezes cansa, dá vontade de jogar tudo para cima e ao mesmo tempo eu estou gostando muito do que eu estou aprendendo e também do exercício que a gente vai fazendo.

**PN/EF/SM** – Tivemos aquele curso de preparação para a residência, mas foi introdutório. Eu me sinto mais preparada pela minha formação na graduação nas questões pedagógicas e técnicas. Uma coisa é o projeto outra é a sua prática

**PN/PSIC/SC** – Eu me senti muito melhor preparada, embasada, depois que a residência começou a acontecer, porque lá no curso eu me senti muito distante daquilo que estava sendo dado. Era tudo uma coisa teórica, muito abstrata, muito árida, a gente não conseguia imaginar como seria a articulação com a prática aqui no Clínicas. Só depois que a residência aconteceu, a gente viu “Ah! então aquilo que foi dito no curso é isso”.

Sendo assim, na corrida em busca de condições que favorecessem a prática dos marcos conceituais do PPP, alguns preceptores, foram se organizando em grupos nas áreas de concentração, criando verdadeiras ilhas de força, ou nos próprios núcleos profissionais para o estudo por conta própria. Utilizaram os espaços dos colegiados de preceptores para essa demanda e, em algumas situações, quando possível levaram para casa as leituras para discutirem em outros momentos organizados por eles.

A disponibilidade dos integrantes da comissão de implantação do PRIMS e do núcleo docente estruturante também foi escassa:

**C/PRIMS** – Eu acho que esse é o nosso principal cobertor curto - a assessoria pedagógica. O ideal seria que nós tivéssemos, como eu, como preceptor, tu também não foste liberada de nada, que nós tivéssemos uma assessoria pedagógica com uma possibilidade de dedicação maior, eu vejo que precisaria um acompanhamento na verdade de cada área de concentração, no sentido de planejamento, avaliação, capacitação pedagógica do preceptor contínua.

Esses profissionais puderam acompanhar e estar mais presentes no desenvolvimento de uma só das áreas. Foi impossível acompanhar, presencialmente, as demais áreas de concentração, tendo em vista o envolvimento com as demandas de organização estrutural e pedagógica do programa que ficou ao encargo desses profissionais, além de suas atribuições, oriundas de seus setores. “O cobertor curto” devido ao baixo investimento da administração em pessoal, com relação ao PRIMS, é um dos principais nós críticos. Essa situação também é presente em outros programas. Em tempos de risco de privatização do público, de privatização da saúde, pergunto: Para que investimentos em residências como caminhos de fortalecimento do SUS numa lógica de formação pelo trabalho?

Para a receita neoliberal, as saídas para o acréscimo de pessoal para o SUS, por meio da Lei do ProJovem , que evidencia “os jovens como produtores de capital humano” (CARVALHO, 2009, p. 83), os programas de residência estão indo muito bem, ainda que a custo do sacrifício dos trabalhadores, pelo excesso de trabalho.

E mesmo com os investimentos nos hospitais universitários pela lógica do ideário neoliberal as dificuldades continuam. Sobre essa questão, a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde referindo-se a mais uma invenção desse ideário, cada vez mais concreto na saúde, menciona o seguinte:

A EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) tem sido apresentada como a única saída positiva para os hospitais. Na verdade, ela é simplesmente uma solução de mercado que abate a autonomia das universidades e constrói uma política em que os hospitais são considerados igualmente a empresas. Assim, os custos são mais importantes do que a própria Saúde, a Pesquisa, o Ensino e a Extensão.

Sendo os hospitais mais empresas do que escolas logicamente “os custos são mais importantes do que da saúde” e na carona, a própria formação dos trabalhadores para o SUS.

O PRIMS tinha o seu projeto político pedagógico pronto, mas precisava partir para a prática de sua matriz pedagógica. Cuidar do planejamento integrado das atividades práticas e teórico-práticas, pensar a estrutura regimental do programa, organizar documentos legais, orientações que possibilitasse ao residente compreender a estrutura e proposta da RIMS, pensar num sistema de avaliação condizente com as concepções de saúde e educação em saúde, a partir do ideário do SUS e, ainda produzir o processo seletivo para residentes que comporiam a primeira turma do PRIMS, constituía uma carga trabalho suficiente para ocupar os integrantes da comissão e do núcleo docente estruturante. Enfim, havia uma enorme demanda de trabalho para ser efetivada, enquanto as práticas de formação iam se concretizando. A narrativa da coordenadora revela o quanto a trajetória inicial do PRIMS foi preocupante para todos os seus integrantes:

**C/PRIMS** – Os cursos para os preceptores são importantes, mas o que eu sinto mais é o dia-a-dia em que o preceptor fica muito sozinho.

Em vários momentos o preceptor é desafiado a realizar o que está aprendendo, mediado por uma realidade contrária ao proposto. Observou-se que risco de fazer o que

sempre se fez é enorme, entretanto, em função dos encontros semanais, sobretudo, nos colegiados da CORIMS e dos Preceptores de Campo esses impasses vem à tona e são debatidos e pensados caminhos de força para os enfrentamentos do dia-a-dia. O apoio pedagógico que não pode ser dado para o preceptor no seu cotidiano é feito de forma indireta nesses espaços coletivos.

Outro obstáculo para o trabalho dos preceptores está nos processos de trabalho. A narrativa a seguir revela esse aspecto:

**PC/ENF/SM** – Acho que a nossa capacitação foi fundamental, se a pessoa tem esse olhar crítico em relação ao seu próprio eu e a seu fazer. A gente trabalha diversos conceitos e vai para as salas de aula conversar com os residentes e na prática as coisas são diferentes, assim como são diferentes para os profissionais de saúde só que eles não têm essa parte teórica que muitas vezes fica paradoxal. Estou aqui na minha prática, no meu fazer e em paralelo tendo conceitos que nem sempre tem aplicabilidade, porque a Instituição é dura, é rígida, não muda simplesmente, porque tem residentes de uma residência integrada que são atores desse cenário de prática, embora algumas coisas já mudem. Só que para mudar, vai ter que mudar o próprio processo de trabalho dos preceptores.

Como refere o preceptor, um dos entraves sentidos na prática do programa, além da própria formação dos preceptores, reside nos processos de trabalho que são estruturados, a partir da lógica assistencial dominante. Como pensar em integrar trabalhadores para uma prática interdisciplinar, ou no próprio trabalho de preceptoria, quando os preceptores das profissões de nutrição, assistência social, educação física e psicologia atuam por consultorias? Enquanto os preceptores circulam e apagam incêndios aqui e ali, os residentes de seus núcleos profissionais, pela lógica da residência, estão fixados numa determinada área.

Essa permanência numa mesma unidade lhes permite intensificar suas atuações e contribuir de forma mais efetiva no cuidado ao paciente. E ainda que continuem trabalhando no modelo de soma de saberes, sem a integração necessária para a qualificação dos planos terapêuticos junto aos pacientes, só pelo fato de estarem convivendo por mais tempo, no mesmo espaço de cuidado, já é meio caminho andado para a construção de um trabalho mais dialogado.

Essa mudança constituiu a diferença na Área de Concentração do cuidado ao Adulto Crítico. Tão logo iniciou a residência nessa área, a presença de um farmacêutico residente na unidade de emergência fez a diferença. Os demais profissionais passaram a consultá-lo sistematicamente, qualificando por meio do saber desse profissional os seus

próprios saberes. A sua presença na participação dos planos terapêuticos foi tão importante que no final do primeiro ano, a Instituição contratou um profissional para ficar fixo nessa unidade. Ainda que a RIMS não tenha conseguido desenvolver o trabalho interdisciplinar, essa mudança constituiu um ganho para área, provocada pela residência.

O programa também teve ganhos com essa mudança. O único preceptor de farmácia que se dividia para acompanhar o residente entre a Unidade de Emergência e o Centro de Tratamento Intensivo, passou a realizar o acompanhamento mais efetivo do residente que estava sob a sua responsabilidade como preceptor. Tendo dois profissionais farmacêuticos um para cada unidade, um deles ficou acompanhando o residente do primeiro ano, na Emergência e, o outro profissional farmacêutico, o residente do segundo ano, na CTI.

Em meio ao movimento dos trabalhadores, participantes diretos do PRIMS, a primeira turma de residentes correspondente ao período de 2010-2012 iniciou com a abertura de 28 vagas para ingresso no programa em 1º de fevereiro de 2010.

No pré-projeto do PRIMS, enviado ao MEC para avaliação, foram solicitadas 37 bolsas. O Ministério, após análise, concedeu apenas 28 bolsas para as seis áreas profissionais requisitadas no programa: enfermagem, educação física, psicologia, farmácia, serviço social e nutrição.

A distribuição de bolsas por área profissional seguiu a proporção das necessidades levantadas pelas equipes em suas respectivas áreas de concentração. Sendo assim, a área de enfermagem foi contemplada com 11 vagas, a de educação física com 03 vagas, a de psicologia com 07 vagas, a de farmácia com 06 vagas, a de serviço social com 04 vagas e a de nutrição com 06 vagas.

É importante referir que, em 2009, o MEC, numa ação conjunta com o MS, concedeu um montante de 500 bolsas de ensino para os novos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, implantados em 37 Hospitais Universitários (HU) do país, nesse mesmo ano. A preocupação do MEC foi a de agilizar o processo de abertura dessa modalidade de ensino nos HU, tendo em vista o fim do período de governo e assegurar, com essa medida, a concretização da política de formação pelo trabalho, pois uma vez implantados tais programas, dificilmente seriam extintos, já que, além da prática dessa modalidade de ensino impulsionar o atendimento de demandas do SUS, geraria outras demandas na Instituição pelas interfaces com os demais segmentos da rede assistencial.

As bolsas para a formação em serviço são financiadas pelo MEC, em caráter permanente e contínuo, mediante avaliação do programa e a manutenção de seu reconhecimento pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

A forma de ingresso no programa se deu por processo seletivo público de provas e títulos (prova escrita objetiva com caráter eliminatório e classificatório e análise de Curriculum Vitae) para candidatos diplomados nos cursos de graduação nas áreas profissionais mencionadas no quadro de vagas do programa. Os requisitos para inscrição no processo seletivo foram: ser brasileiro nato ou naturalizado, ou gozar das prerrogativas constantes no artigo 12 da Constituição Federal, estar em gozo dos direitos civis e políticos e ter inscrição no Conselho de classe profissional.

A hospital formou uma comissão para organização e elaboração do processo de seleção. Essa comissão foi composta por alguns membros do grupo de implantação do programa, por alguns professores da UFRGS e pelos futuros preceptores.

Durante os preparativos do processo seletivo de provas e títulos, a comissão fez vários encontros para a seleção dos conteúdos (temas referentes aos princípios e diretrizes do SUS), que comporiam as questões das provas. A bibliografia indicada sinalizava aos candidatos as bases conceituais que fundamentavam a proposta da Residência. As questões da prova abordaram as bases conceituais do SUS, das políticas públicas das cinco áreas de concentração, as estratégias pedagógicas para o trabalho interdisciplinar e dos núcleos profissionais. Os trâmites burocráticos do processo seletivo, tais como, publicação de edital, infraestrutura ficaram ao encargo de uma empresa contratada pela Fundação Médica do RS. Os residentes consideram as provas adequadas, como referem a seguir:

**R/AS/SM** – Eu gostei do tema das provas, achei pertinentes, linha de cuidados, trabalho em rede, os princípios do SUS. Eu me formei e fiquei um ano desempregada estudando para ser uma especialista, isso fortaleceria a minha profissão.

**R/NUTRI/OH** – Achei o processo seletivo bom, eu não tive muito problema. Peguei bibliografia, estudei, fui super bem na prova, mas foi muito fora da minha realidade, embora eu me lembro que tiveram vários artigos que eu gostei de ler, que eu tinha prazer de ler. Algumas coisas eu não vi na graduação em nutrição.

**R/PSIC/SC** – Um ponto positivo da seleção para residência daqui foi por ser um processo bem objetivo. Eu gostei muito. A prova deu conta de assuntos que eram bem do eixo transversal, que a gente pode retomar depois e nas questões de núcleo, a prova específica de psicologia foi muito adequada, acho que pegou bem os aspectos que eu utilizo mesmo realmente na minha assistência.

Entre as razões que motivaram os residentes a realizar a RIMS no HCPA é o fato desta Instituição ser um atrativo para os estudantes que já tiveram ou desejam muito ter uma nova experiência de formação em um hospital de grande porte que, na própria expressão dos residentes “é uma grife, uma referência”. Tendo em vista a formação ainda revelar-se fortemente hospitalocêntrica, o desejo do trabalhador em passar boa parte de sua vida profissional numa Instituição hospitalar ainda é bastante acentuado. Como referi no item 3.1 deste estudo, mesmo após as DCN, a formação ainda permanece, prioritariamente, hospitalar. Há um déficit de profissionais na atenção primária. O programa “Mais Médicos<sup>126</sup>” do governo federal é uma prova disso. No portal da saúde do MS há a notícia, quanto à formação de médicos, de que “a partir de 1º janeiro de 2015, os alunos que ingressarem na graduação deverão atuar por um período de dois anos em unidades básicas e na urgência e emergência do SUS” (BRASIL, 2013). Essa medida vem para corrigir as várias distorções na formação e significa, em alguma medida, uma melhor distribuição dos profissionais nos três níveis de atenção.

Outra razão que leva os estudantes a optarem pelo hospital é pela oportunidade de incrementarem seus currículos para tentativas futuras de colocação no mercado de trabalho. Por ser um hospital que abrange atendimentos, desde a atenção primária, pois administra uma Unidade Básica de Saúde, até à atenção terciária com atendimentos que envolvem elevados recursos tecnológicos, constitui um espaço com muitas opções de qualificação mediante a corrida para o emprego, numa sociedade marcada pelo desemprego estrutural e pela precarização do trabalho. Há também a opção pela residência como oportunidade de “emprego” e não propriamente para a formação em si. A narrativa da residente é reveladora dessa prática:

**R/NUTRI/OH** – Eu não entrei na residência tendo conhecimento do que me esperava aqui, então eu acho que foi uma surpresa muito boa, mas eu encontrei coisas que eu não sabia que eu iria encontrar. Praticamente eu não li o Edital quando eu me inscrevi. Eu me inscrevi, porque era uma possibilidade. Só que hoje em dia, muitas pessoas estão fazendo residência com o objetivo de: “é uma bolsa, é um emprego, é um título.

---

126 O Ministério da Saúde refere que: “O Programa Mais Médicos faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais”. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11828&codModuloArea=1053&chamada=home\\_-\\_como-funciona-o-programa](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11828&codModuloArea=1053&chamada=home_-_como-funciona-o-programa). Acessado em 21-11-13.

Para os sindicatos dos trabalhadores da saúde, o trabalho precário não diz respeito tão somente ao desmonte dos direitos trabalhistas e previdenciários, historicamente previstos em lei, mas à falta de processos seletivos ou concursos públicos para empregados, sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas ou funcionários estatutários no SUS (PIRES, 2008).

Em sentido mais amplo a crise estrutural do capital e as consequentes transformações no mundo do trabalho nos levam a entender que

As políticas neoliberais e a hegemonia do capital especulativo de um lado e, de outro, o desenvolvimento produtivo centrado sobre a hipertrofia do capital morto, isto é, ciência e tecnologia, informação como forças de produção, acabam desenhando uma realidade onde encontramos: *Desestabilização dos trabalhadores estáveis*. Essa desestabilização dá-se pela intensidade na exploração e pela permanente ameaça da perda de emprego. *Instalação da precariedade do emprego*. Mediante a flexibilização do trabalho, trabalho temporário, terceirização, etc. *Aumento crescente dos sobrantes*. Trata-se de contingentes não integrados e não integráveis ao mundo da produção. (FRIGOTTO, 2001 p. 78).

Em meio a essa realidade, perversamente esculpida pelo capital e pelas políticas neoliberais que perpetuam a desvantagem do trabalhador, este vai desenhando sua esperança por entre os caminhos que encontra para driblar essa materialidade e garantir no reino da necessidade, o seu lugar.

A residente, assistente social, entre um curso de pós-graduação, aligeirado de fim de semana, desses pasteurizados e inventados sutilmente pelas indústrias escolares, altamente rentáveis no mundo produtivo, preferiu as árduas 60 horas de um programa de residência, também altamente rentável para o Estado Capitalista, porque extrai dessa residente bem intencionada, ainda que num espaço improdutivo, horas de “formação em serviço”, por vezes na substituição do preceptor/colega contratado da Instituição, sobrecarregado pela intensidade do trabalho, ou até mesmo, na substituição do colega ausente que ainda não conseguiu se colocar no mercado.

A residente, mediada pela contradição de conteúdo e forma da RIMS por entre as brechas, vive algumas possibilidades de *formação pelo trabalho*. Em meio a essa disputa entre a formação em serviço e a formação, pelo trabalho, emancipatória, a residente segue satisfeita por ter conseguido estudar no “Clínicas”:

**R/FARM/CIH** – O Hospital de Clínicas é uma grife. Eu queria atuar, ter uma experiência em hospital, por ser uma área de atuação nova para outros profissionais, que não os médicos.

**R/PSIC/SC** – Estou fazendo a residência aqui, porque o Clínicas é referência.

**R/AS/AC** – O que me motivou a entrar na RIMS foi o título de especialização, sem eu ter que pagar e ainda ganhando uma bolsa para obter esse título. A inserção no mercado de trabalho do serviço social está difícil e eu senti que o título iria agregar nas notas do concurso. É bem melhor do que pagar um ano e meio uma pós que talvez não me dê qualidade de aprendizagem, porque acontece na sexta-feira à noite e sábados de quinze em quinze dias. Vi no título o crescimento e a questão do salário. E o fato de ter feito meu estágio no Clínicas me influenciou totalmente para entrar na RIMS.

O HCPA por ser um hospital escola constitui cenários de estágios, de pesquisas de ponta, pois conta com dois centros de pesquisa para diversas áreas da saúde. É vinculado a uma das mais conceituadas universidades do país e, por esse fato, passa a ser um chamariz não só no âmbito nacional como internacional, além das possibilidades futuras do estudante participar de um processo seletivo para a Instituição.

Outro aspecto que atraiu os residentes foi o oferecimento de especialização em áreas pouco exploradas, ou que ainda não é oferecida nas demais residências multiprofissionais em saúde do país, por exemplo, a especialização em área de Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Essa possibilidade cria um diferencial para o estudante, mas também pode ser um risco, se o mercado não absorver. Além das questões epidemiológicas, que devem ser obrigatoriamente levadas em consideração no oferecimento de especializações em determinadas áreas, pois se pautam nas necessidades de saúde, a definição também segue o critério da necessidade de absorção no mercado.

As necessidades de saúde da população por serem sociais, historicamente determinadas e construídas são atendidas por políticas públicas que se revestem da materialidade de determinado estágio de desenvolvimento do modo de produção capitalista. Nessa direção, “as ações voltadas para o atendimento dessas necessidades se realizam conforme a organização dos serviços de saúde, configuradas politicamente segundo o modelo de Estado” (RAMOS, 2007, p.53).

A narrativa da residente de nutrição é eloquente no sentido acima, quando ela expressa a dupla qualidade da residência:

**R/NUTRI/OH** – A residência é uma coisa boa e é uma coisa ruim. Em geral hoje virou mercado de trabalho. As pessoas entram na residência sem ter conhecimento do que é uma residência, de quanto tempo tu vais passar aqui dentro, que tipo de trabalho tu vais desenvolver. Eu me inscrevi porque sempre pensei em fazer a residência, quando eu me formasse, porque é uma

especialidade, um tipo de pós-graduação e por ser uma experiência em trabalho eu acho que ia me acrescentar muito mais do que eu fazer um mestrado, nesse momento. Também eu sei que conseguir emprego não é uma coisa fácil.

**R/EF/SC** – O que me motivou foi ter uma formação de especialização na área da saúde da criança aqui do Clínicas. Eu quero muito trabalhar aqui no futuro.

**R/ENF/SM** – Não tinha muito conhecimento sobre residência multiprofissional, eu queria uma formação na área de saúde mental, uma especialização, me assustava um pouco a questão da carga horária ser excessiva.

A dupla face da política pública de formação em serviço, por meio dos programas de residência, ora como política reafirmadora dos princípios e diretrizes do sistema, ora como possibilidade de ocupação de postos de trabalho a um custo menor para o Estado e, para o estudante, a possibilidade de um “lugar ao sol” no mercado de trabalho, torna visível a luta entre dois projetos, o projeto societário neoliberal e o defendido pelos trabalhadores que acreditam nas possibilidades de reverter a situação em que o SUS se encontra, revitalizando-o por meio de estratégias que o viabilizem, entre essas, a de uma formação que prepare o trabalhador para práticas contra hegemônicas.

Numa reportagem feita por Elisa Batalha, intitulada “Mergulho na vivência e na (dura) realidade” publicada na Revista RADIS Comunicação e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em outubro de 2012, esta cita a análise de uma preceptora que vai ao encontro do que referi no parágrafo anterior:

Em alguns lugares, o residente é apenas mão de obra, e há uma precarização. Em outros, se consegue que a residência provoque reflexões não só para o residente, mas também para a própria equipe que o recebe. Nesses casos, ela funciona como uma educação permanente (2012, p. 32).

Considerando a densidade do depoimento acima, realizado por quem vivencia a experiência de preceptoria e fala do lugar de uma prática de residência e a eloquência das narrativas dos residentes a seguir, menciono uma análise de Frigotto que vai ao encontro do que venho tentando explicitar sobre a materialidade do SUS, da saúde e das políticas públicas de educação em saúde, sobretudo, a que trata da formação em serviço em curso de residência:

Por certo, a realidade brasileira em sua dimensão estrutural não muda como gostariam as perspectivas voluntaristas ou as pós-modernas, centradas na fluidez do imediato e do presentismo, e na negação de elementos estruturais

ou de continuidade histórica das relações de poder e de classe que condicionam as práticas e políticas sociais e educacionais (2006, p. 27).

A realidade brasileira do SUS e das políticas públicas de educação para os trabalhadores em saúde, que vem com a roupagem de reafirmadoras do sistema e de propulsoras da viabilização de seus princípios, estão imersas numa sociedade capitalista neoliberal de elevado desemprego estrutural e de uma conseqüente precarização do trabalho. Essa configuração histórica “das relações de poder e de classe” resulta na atual fragilidade dos vínculos contratuais. O trabalhador perde a possibilidade de poder planejar em longo prazo sua condição material de existência, passando a viver sob a nuvem da insegurança.

Em meio a essa realidade, um e outro residente em busca de qualificar sua formação graduanda, mesmo desconhecendo “o que lhes espera”, se lançam num projeto de formação, sem sequer terem lido “o edital de seleção”.

A certeza de uma colocação no mercado que futuramente possa lhe render um emprego, a estabilidade tão sonhada e a possibilidade de viver por dois anos com os proventos de uma bolsa de ensino que cubra sua sobrevivência no caminho profissional após a graduação, acabam falando mais alto.

Nessas circunstâncias, correr o risco de ser usado como força de trabalho integral, que supre as mazelas da falta de trabalhadores no setor público, afeta seu ânimo, mas não resulta numa desistência por não ter encontrado o que pensava encontrar.

Na direção dessa realidade, os sujeitos residentes se manifestam e, na roda viva da prática da RIMS, vão expondo objetivamente as feridas, os descaminhos da proposta de residência que, discursivamente opõe-se e critica os programas de residência médica que transfiguram seus residentes em substitutos dos profissionais ou, o que é mais grave, em forças substitutas na precarização do trabalho, pois quando faltam ou se afastam do trabalho, o serviço para, a unidade fecha, conforme relatado no item 2.3 deste estudo.

No sentido de dar voz a esses residentes reproduzi na íntegra, sem cortes, os seus desapontamentos quanto a essa questão:

**R/FARM/CIH** – Os profissionais da CCIH aceitaram bem a ideia de ter residência lá. Acham que contribuimos para o serviço, porém nos delegam atividades que não fariam como profissionais, porque o serviço necessita disso. Nós somos profissionais assim como eles, mas estamos em um processo de ensino. A gente está lá para aprender e não para ser mão de obra,

fazendo tarefas repetitivas que já aprendemos e estamos cansados de saber fazer. Não é uma atividade que tem que ser desempenhada apenas pelo residente, pode ser feita por uma pessoa qualquer que seja treinada para aquilo. A atividade é ficar observando o profissional e ficar marcando em uma folha de papel se esse lavou a mão ou não. Até hoje quem fazia eram os estagiários, mas estes não estão no turno da noite e nem no final de semana e acaba sobrando para o residente fazer. Os profissionais fixos da CCIH não fazem isso.

**R/AS/AC** – No ano passado estava como residente na emergência. Como as estagiárias não param lá devido ao volume excessivo de trabalho e nós tínhamos só uma profissional assistente social, eu fazia a assistência na emergência. Agora que foi contratada outra assistente, depois que eu saí de lá. Em razão dessa assistência que eu tinha na emergência tinha muito pouco tempo. E parece que quando largava a assistência para fazer outra atividade isso não era valorizado. Então eu tentei encaixar a escolha do orientador de acordo com a disponibilidade de tempo que eu tinha que era pouca. Eu escolhi um tipo de projeto de pesquisa que seria mais fácil, o que eu sei que eu ia conseguir realizar.

No movimento das narrativas fica bem evidenciado o quanto os serviços vão absorvendo a força de trabalho do residente e o quanto a proposta de uma residência que pretendia ser propulsora de *espaços de formação pelo trabalho* vai se perdendo nos meandros das “relações de poder e de classe que condicionam as práticas e políticas sociais e educacionais” (FRIGOTTO, 2006 p.27). A residente assistente social durante o primeiro ano de residência foi a assistente social que a Instituição necessitava para atender a demanda de trabalho do serviço social. Com a sua permanência no Serviço de Emergência acabou absorvendo o trabalho que as profissionais, assistentes sociais contratadas, não conseguiam dar conta devido ao volume de demandas daquele serviço que está sempre superlotado de pacientes. A absorção da força de trabalho da residente foi tão excessiva, que esta teve que modificar seus caminhos de aprendizagem que poderiam ser mais eficazes por outros caminhos que sua situação permitia diante da carga de trabalho a que foi submetida.

No segundo ano de residência, o residente tem que apresentar um trabalho de conclusão, a partir de uma pesquisa que inicia desde o final do primeiro semestre do primeiro ano, além da publicação de um artigo. Culpar os trabalhadores contratados, que dia e noite são cobrados na corrida do alcance de metas, nos bons resultados dos indicadores de saúde que favorecem, em última instância, os usuários do sistema que esperam do poder público o oferecimento de um bom serviço de saúde, não constitui o melhor caminho para explicar os desvios apontados pelos residentes.

A quem atribuir esses desvios então? Por certo não ao trabalhador sobrecarregado como vimos, que em meio à intensidade do trabalho, à cobrança do gestor se vê forçado

a buscar alternativas, por vezes, amplamente justificáveis. A respeito disso Lima refere que:

Apesar de o trabalho em saúde não produzir diretamente mais-valia, a busca da eficiência cumpre aí o mesmo papel, visando com o aumento progressivo das internações hospitalares, por um lado, diminuir a quantidade da força de trabalho necessária para a produção da assistência, e por outro, aumentar a intensidade do trabalho por meio da diminuição da porosidade da jornada de trabalho e do tempo de trabalho necessário para a execução dos procedimentos (2010, p. 56).

Numa das narrativas a seguir, uma residente nutricionista, irritada com a incoerência entre o discurso e a prática dos interlocutores da RIMS, avalia não só o prejuízo para a sua formação, mas para a qualidade do atendimento ao paciente. A prática é o critério de verdade e, só pelo fato de estar avaliando criticamente a situação e ter a consciência de que o Projeto, em sua área de concentração, acabou sucumbindo à dura realidade, já constitui alguma esperança.

Todavia, entre tantas constatações que desnudam as limitações do real, há o depoimento da residente de psicologia, que na sua área de concentração, nunca se sentiu como mão de obra, sentiu-se como era para se sentir, “uma aprendiz”:

**R/NUTRI/OH** – Uma das coisas que me irritou, ou me decepcionou na residência foi que no início, quando a gente entrou, ela tinha um discurso muito bonito de que vocês não são mão-de-obra, não estão aqui para cumprir demanda de serviço, vocês não estão aqui para dar conta de demanda, isso aqui é um programa de aprendizado, só que isso ficou muito no discurso. Eu estava conversando isso hoje com uma das residentes, hoje em dia a gente está o tempo inteiro correndo que tu não paras para olhar o paciente, então ao invés de estar com quinze pacientes, tu tinhas que estar com oito, porque eu iria tratá-lo melhor. Só que acabou que a gente está cumprindo demanda de serviço, ou porque é confortável para o profissional que trabalha aqui, ou é porque não tem profissional suficiente e acaba caindo na gente, então, já que eu não vou conseguir dar conta nós dois juntos vamos. Acho que essa visão de que vocês não são tarefeiros, isso aqui é um programa de qualidade está meio que se perdendo.

**R/PSIC/SC** - Eu acho que eu nunca me senti mão-de-obra no meu campo da saúde da criança, sempre me senti na condição de aprendiz.

Contrariando os demais espaços, o campo da saúde da criança não programou para seus residentes a substituição dos trabalhadores, como dizem os residentes: “não os fizeram mão de obra barata”. Pelo visto esse campo compreendeu a proposta e a defendeu, mesmo que há muito custo. No item 5.1.4 desse estudo sobre o PPP da RIMS as análises prosseguirão para que se possa descobrir as razões dessa coerência entre a teoria e a prática.

A Comissão de Implantação da RIMS organizou uma atividade introdutória para os residentes, com a finalidade de inteirá-los sobre a estrutura e funcionamento do hospital e sobre o Projeto Político Pedagógico do programa (matriz pedagógica, sistema de avaliação do residente, entre outros) nas primeiras quatro semanas de início do programa, além de uma aula inaugural. O intuito desta atividade foi apresentar um panorama geral sobre as atividades de ensino, de assistência, pesquisa e extensão realizadas no hospital e, sobretudo, nas áreas de concentração, onde o programa se desenvolve, apresentar os preceptores e demais profissionais que atuam no programa. Os residentes teceram algumas críticas sobre a atividade, o depoimento a seguir é bem incisivo nesse sentido:

**R/FARM/CIH** – Tivemos um mês de introdutório na RIMS, foi muito tempo. Poderíamos estar inseridos no serviço de farmácia. Tivemos muita palestra, muita atividade sobre o funcionamento do hospital. Foram muitas atividades teóricas, penso que o ideal não é isso. As atividades do introdutório eram para conhecimento do hospital, mas não abordaram o funcionamento. Abordava separadamente. Não foi a palestra que eu tive no introdutório que vai me fazer conhecer o hospital. Teve muita informação que nós não utilizamos e nem vamos utilizar.

A inconformidade do residente é reveladora do quanto foi reproduzido o estilo pedagógico fenomenológico, predominante na Instituição, na organização dessa atividade de integração dos residentes.

Esse estilo fenomenológico pode ser sintetizado “a uma atitude mediante a qual o homem se volta para as coisas, para o mundo dado e passa a descrevê-lo tal como ele aparece à consciência de forma imediata” (SAVIANI, 2008, p. 184).

O residente, apropriadamente, deixa claro que não conseguiu conhecer o funcionamento do hospital por meio dessa integração. Embora os organizadores tenham feito esforços para fazer diferente, a atividade seguiu, exatamente, o protocolo utilizado nas integrações de novos trabalhadores, estudantes, profissionais graduados, entre outros que chegam ao hospital. O que poderia ter contribuído para o início de uma atividade dialógica, provocadora de reflexões, problematizadora não passou de uma overdose de informações, inclusive sem a conexão para compreensão das relações nesse organismo vivo que é o hospital. A insatisfação com a atividade foi levada pelos residentes nas reuniões dos colegiados das áreas de concentração e do colegiado de preceptores de campo. A comissão organizadora frente a essa avaliação, além de

agregar os residentes à comissão, construiu uma nova proposta de integração, conforme relato a seguir:

**R/PSIC/SC** – Acho que atividade de integração deu pouca ênfase ao que seria realmente o programa da residência, sentimos muita falta disso. Então tentamos reformular para receber agora os R1. Tentamos diminuir esse espaço mais geral, porque não se grava tanta coisa, tentamos aumentar um pouco o espaço que eles teriam de conhecer os campos e os núcleos em que eles seriam inseridos.. Foi uma proposta, uma preocupação nossa.

Como trabalhadora, há mais de dez anos nesse espaço hospitalar, tenho observado a frequência com que esse estilo superficial de apresentação da Instituição acontece. Há exceções que, atualmente, estão se tornando mais frequentes, sobretudo nos espaços da RIMS.

A nova proposta se aproxima de um estilo pedagógico participativo, que parte da problematização da prática social e vai sendo realizada, na medida em que o residente vai se inserindo nas atividades do programa. O conhecimento sobre o hospital e como esse materializa suas práticas é progressivamente problematizado com o residente, por meio do planejamento de inserções nas atividades, sobretudo, ao longo do primeiro semestre do primeiro ano e segundo ano, quando este muda de unidade.

Dos vinte e oito residentes que integraram a primeira turma 2010-2012 do PRIMS, oito pediram desligamento do programa por terem sido aprovados em processos seletivos públicos para emprego em outras instituições de saúde, um residente foi desligado do programa por reprovação e um residente pediu desligamento por mudança de domicílio. Um dos egressos da primeira turma foi aprovado no processo seletivo do HCPA e, atualmente, é um dos preceptores do programa.

Neste item referi, de modo geral, informações sobre os sujeitos que compõem o PRIMS na tentativa de caracterizar alguns movimentos político- pedagógicos, quanto à formação em serviço, realizados por eles no decorrer de suas integrações ao programa. A seguir, apresento algumas análises sobre a materialidade do projeto político pedagógico nas cinco áreas de concentração em que se desenvolve o programa.

#### 5.1.4 O Projeto Político Pedagógico do PRIMS - A Materialidade da Formação de Trabalhadores para o SUS – Do Concreto Aparente ao Concreto Pensado

Início este item com duas narrativas de um dos sujeitos desta pesquisa envolvido com a construção, coordenação e a prática do PPP do PRIMS. Após, refiro algumas informações sobre o projeto e na sequência, a história dos primeiros dois anos da prática do projeto contada por quem a vive com o propósito de desenvolver um caminho de interpretações e análises amparadas em estudos de alguns autores tais como Paulo Freire, Gaudêncio Frigotto, Miguel Arroyo, Marise Ramos, entre outros, que escrevem sobre o tema da formação, da educação pelo trabalho, da teoria pedagógica e do currículo e têm algo em comum, como a compreensão de que o processo educativo dos seres humanos está imbricado nas relações sociais, passando por ressignificações no âmbito das concepções, das políticas e de que não existe a educação, mas educações como pontos de partida dos seres humanos do que são para o que almejam ser.

Ao mencionar o PPP do PRIMS, a coordenadora expressa que:

**C/PRIMS** - Entendo que o projeto político pedagógico procura ter um grande norte que é a proposta colocada em termos de política de saúde no Brasil, dialogar com isso, se aproximar disso, ver dentro desse SUS que lugar seria de um hospital, qual seria a vocação, a finalidade, enfim de um hospital do SUS. Pensar nesse lugar, nessa direção também é um grande desafio, junto com o residente, junto com as equipes. Porque a gente nunca se permitiu fazer esse tipo de diálogo, sempre era “o hospital como um lugar e o SUS como algo fora dele”. Acho que o grande exercício do projeto político pedagógico é propor uma residência hospitalar e pensar nesse lugar de prática, de itinerários, como um lugar dentro do Sistema Único de Saúde.

Quando falamos sobre o projeto político pedagógico de uma determinada instituição estamos falando desse lugar e de todos os determinantes e condicionantes históricos, culturais, sociais, éticos, políticos e econômicos que o configuram nos aspectos estruturais e conjunturais.

Em sua narrativa, a gestora do programa, menciona que o grande desafio dos sujeitos da residência é ter um PPP que proponha uma formação que articule o hospital como um lugar do SUS, já que, conforme enfatizou, isso nunca havia sido pensado antes, pois “era o hospital como um lugar e o SUS como algo fora dele”. Essas palavras indicam de que lugar eu vou falar para tecer as análises a seguir, indicam também tudo que já escrevi até chegar a este item, pois fazendo parte desse espaço, sinto-me envolvida como sujeito na efervescência de sua materialidade.

O grupo de trabalho que escreveu o PPP, no sentido de conhecer outros projetos, realizou encontros com os trabalhadores de outros programas de residência do RS, principalmente, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da FACED/UFRGS e do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Esses encontros iniciais deram margem para a realização de encontros sistemáticos, por meio de fóruns organizados pelos trabalhadores dos programas. A relação do PRIMS com os demais programas foi e continua sendo muito importante para as problematizações políticas junto à CNRMS, MS e MEC, mas, essencialmente, para o hospital sair de seu lugar, “do jeito Clínicas e ensimesmado de ser” e se encontrar com o SUS, por meio de outras práticas:

**C/PRIMS** – A gente se encontra com dois coordenadores, principalmente do GHC, que eu acho que é o mais próximo, a gente se manda e-mail: “Olha nós temos isso”. A gente se liga: “Como é que vocês fazem isso? Pedimos uma assessoria. Eles pedem parcerias de estágio aqui no hospital. Então, nós indo lá, eles cá, nos temos áreas fortes aqui assistenciais que eles não têm nas áreas da Onco-Hemato. Eles têm uma integração com a atenção básica, do matriciamento que nós não temos. Então é uma troca pedagógica, política, administrativa interessante.

O PPP da RIMS ao ser elaborado, traz como proposta fundante, iniciar uma formação de trabalhadores para o SUS, desenvolvendo e articulando politicamente seus princípios, a partir das possibilidades criadas ao longo de sua prática. Para tal, refere em sua introdução que:

O HCPA [...] se propõe a desenvolver a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) que operará com os princípios de campo e núcleo de saberes, atenção integral e formação para o SUS (HCPA, 2009, p. 11).

Nessa direção, o PRIMS se propõe a desenvolver práticas de saúde que contribuam para a ruptura do modelo de atenção hegemônico curativista, materializado em ações de cuidado descontínuas, realizadas separadamente pelos profissionais, sob o manto da multiprofissionalidade e na batuta hierárquica do saber médico.

Os objetivos de ensino na RIMS são propostos com base nas orientações das políticas públicas, instituídas como um dos caminhos para vitalizar o SUS, entre as quais, a Política Nacional de Humanização (PNH), seguida pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que deriva da PNH como um de seus dispositivos para o desenvolvimento de práticas de formação em serviço que

contribuam para a mudança do modelo de atenção em saúde, na perspectiva da integralidade e, a partir das resoluções provenientes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Tais orientações entendem que a integralidade, proposta pela Lei do SUS, pressupõe

práticas inovadas em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre – e conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde. A integralidade requer a implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade, qualquer que seja o local e área de atuação, uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho (BRASIL, 2004)

O Projeto Político Pedagógico refere como objetivo geral e objetivos específicos:

*Objetivo Geral:* especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde de forma interdisciplinar, assegurando os princípios do SUS. *Objetivos Específicos:* desenvolver as competências profissionais específicas, integrando-as a uma proposta de trabalho interdisciplinar; desenvolver capacidades para analisar e propor ações visando a integralidade, a equidade, a universalidade na atenção a saúde com participação social; ampliar as iniciativas multiprofissionais visando fortalecer a pesquisa acadêmica no contexto das práticas assistenciais do HCPA; fortalecer iniciativas de gestão do cuidado em saúde interdisciplinares, favorecendo a adoção das melhores práticas assistenciais, condutas baseadas em evidências e promoção da segurança do cuidador e do paciente; articular a assistência hospitalar à Atenção Básica; articular as necessidades de formação profissional em áreas estratégicas da atenção em saúde, contemplando as demandas loco regionais (HCPA, p.15, 2009).

O processo educativo é constituído por atividades teórico práticas de formação em serviço embasadas nos conceitos de núcleo e campo.

A carga horária total do programa é de 5.760 horas (384 créditos), sendo 1.155 horas (77 créditos) destinados às atividades teórico práticas e 4.605 horas (307) créditos destinado às atividades práticas. Cada crédito corresponde a 15 horas aula.

Os módulos teórico-práticos constituem, portanto, 20 % da carga horária do programa, sendo desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe, intercalados com a formação em serviço, propriamente dita, que se desenvolve em 80% da carga horária da Residência (HCPA, 2009).

As atividades práticas da Área de Concentração são desenvolvidas em itinerários<sup>127</sup> que abarquem as unidades assistenciais que a compõem, cabendo ao residente desenvolver atividades contínuas com relação à equipe, integrando-se ao seu processo assistencial. Também são previstas atividades matriciais, entendidas como uma organização de redes de serviços matriciais de apoio,<sup>128</sup> com variadas atividades, contemplando possibilidades de proposição de projetos terapêuticos individuais e de composição interdisciplinar de tais projetos, sem a diluição da responsabilidade sobre os casos ou a criação de inúmeros percursos intermináveis de encaminhamentos para os usuários.

As atividades matriciais são pactuadas, a partir de uma concordância trilateral, ou seja, da equipe de referência<sup>129</sup>, do(s) profissional (is) que oferece(m) a atividade matricial e do usuário (HCPA, 2009). Nessa perspectiva, as possibilidades dos arranjos

---

<sup>127</sup> De acordo com o Projeto Político Pedagógico do PRIMS os itinerários previstos para o desenvolvimento das atividades práticas estão organizados em: *Itinerários da Área de Concentração* que ocorrem nas unidades assistenciais que desenvolvem o cuidado a pacientes com demandas de saúde específicas da área de concentração. Quando esse itinerário se configurar por mais de uma unidade assistencial, o tempo de permanência dos residentes, em cada uma delas, será distribuído ao longo dos dois anos da formação. O objetivo desse itinerário é que os residentes estabeleçam vínculo com uma equipe assistencial definida, atendendo usuários e familiares em comum e assumindo as responsabilidades do cuidado em saúde de forma contínua e integral; *Itinerários da Integração Matricial Interna* que se desenvolvem por meio de dois caminhos simultâneos: a) o da integração com os projetos institucionais específicos relacionados ao núcleo de competências. Nesse caso o residente desenvolverá atividades relacionadas aos serviços específicos de sua profissão b) da integração com áreas ou unidades assistenciais em interface com a área de concentração. A medida em que o cuidado ao paciente envolve outras áreas, o residente desenvolverá atividades articuladas com as mesmas, possibilitando um plano de cuidado articulado e com continuidade. Quando o paciente é transferido de uma área para outra do hospital, o residente continuará acompanhando a trajetória do paciente por meio de ações conjuntas com as equipes das áreas que irão receber o paciente; *Itinerários da Integração Matricial Externa* desenvolvidos nas instâncias de Sistema de Referência e Contra-Referência, de Intersetorialidade e de Controle Social (HCPA, 2009).

<sup>128</sup> Uma rede de atenção à saúde é formada pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde circunscritos num determinado território geográfico denominado de distrito sanitário, município ou uma regional de saúde. Os serviços são como pontos de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicossocial, um conselho municipal de saúde, entre outros. A construção de uma rede, no entanto, não se restringe somente ao oferecimento de serviços em um mesmo espaço geográfico. Para que uma rede de atenção funcione bem, é necessário que estabeleça um eficaz relacionamento entre os serviços que a compõem e uma eficiente comunicação entre eles. A qualidade de uma rede de atenção em saúde dependerá do nível de interação entre as diferentes equipes e serviços que a integram. O grau de articulação de uma rede de atenção vai assegurar um melhor atendimento às necessidades de saúde do usuário. *As redes de serviços matriciais de apoio* constituem diversas ofertas de ações em saúde, especializadas ou não, que ampliam as possibilidades de tratamento do usuário. (BRASIL, 2004).

<sup>129</sup> As equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito da seguinte forma: cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2004).

dessas matrizes se ampliam, permitindo à equipe maiores movimentos nos diálogos de campo e núcleos.

O Eixo Transversal compõe os campos de conhecimento teóricos e práticos, integrando as profissões da formação em saúde e suas relações com as dimensões históricas e políticas da sociedade, da convivência humana, do ambiente, da cultura e do trabalho em saúde. O conteúdo temático desse eixo tem como proposta “subsidiar a problematização do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, numa perspectiva integrada de construção de atitudes, de habilidades técnicas e de conhecimentos para o trabalho em saúde junto aos usuários” (HCPA, 2009). Na composição dos eixos temáticos são desenvolvidos conteúdos gerais para todos os residentes e conteúdos específicos da área de concentração para os residentes que a compõem. Há ainda, o desenvolvimento de conhecimentos teóricos práticos referentes aos núcleos profissionais.

Antes de avançar nas informações sobre o PPP da RIMS faço um parêntese para problematizar alguns conceitos centrais dessa proposta de formação em saúde.

No item 2.4 deste estudo, quando tratei da política pública de formação de trabalhadores para o SUS, na modalidade da residência multiprofissional em saúde, analisando-a do ponto de vista da realidade material em que foi produzida, referi que essa modalidade de formação, instituída pela Lei do ProJovem, ainda que motivada pela receita neoliberal, também se constitui como uma política pública de fortalecimento do SUS e, nessa contradição, refere uma proposta que alia 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 das ciências sociais e humanas.

Essa orientação, oriunda do movimento da RSB, foi inspirada, em grande medida, no pensamento marxista sobre a saúde, entendendo-a a partir dos condicionantes e determinantes sociais, contrapondo-se “à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico” (BATISTELLA, 2007, p. 64).

Nessa direção, a concepção ampliada de saúde, alia conceitos como o da integralidade, da interdisciplinaridade, de campo e núcleo, linha de cuidado, alguns já mencionados neste estudo que retomo neste item, a fim de analisá-los na materialidade do PPP da RIMS, a partir das narrativas de seus protagonistas.

O conceito da integralidade é abordado em três sentidos: da organização dos serviços de saúde, do conhecimento e práticas dos trabalhadores nos serviços de saúde e como formulações de políticas governamentais com participação dos trabalhadores envolvidos na produção do cuidado (Mattos, 2006). Esse conceito do ponto de vista do trabalho em saúde “resgata seu sentido ontológico, pois a atenção em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito da produção da existência e não como objeto da acumulação do capital” (RAMOS, 2009, p. 56). Para tanto, os caminhos de formação previstos no PPP estão inspirados nas concepções do trabalho como princípio educativo e da educação politécnica<sup>130</sup>, buscando superar a visão da formação de trabalhadores para o mercado capitalista ou a utilização de suas forças de trabalho, a um menor custo, durante os dois anos do processo de formação na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Trata-se da proposição de uma formação integral que busca se contrapor à formação de base unilateral fragmentária, tecnicista e cartesiana. Consubstanciado no princípio da integralidade, o PPP propõe uma formação para o trabalho que viabilize o protagonismo do trabalhador nas dimensões não só científico-técnicas, como ético-política e cultural.

Outro conceito que fundamenta a proposta do PPP da RIMS é o da interdisciplinaridade. Esta, como menciona Frigotto, pode ser um problema, de um lado, pela extensão dos limites do sujeito que se lança na busca da construção do conhecimento de uma dada realidade e, de outro, pela extensão de complexidade dessa realidade em sua historicidade. Além disso, acentua o autor, que a magnitude da dificuldade que se apresenta ao sujeito está relacionada com o modo com que os homens produzem sua vida em meio à sociedade de classes (1976).

Nesse sentido Mézaros, ao analisar a estrutura social e as formas de consciência dominadas pelo capital, menciona que a partir dessa perspectiva

os objetivos factíveis da atividade humana têm de ser concebidos segundo o progresso material alcançado mediante a operação das ciências naturais,

---

<sup>130</sup> Frigotto em seu artigo *Teoria e práxis e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas* refere que: “A educação politécnica ou tecnológica e o trabalho como princípio educativo, nas poucas passagens da obra de Marx e Engels, não estão vinculados a dimensões especificamente dos projetos e métodos pedagógicos, e sim à concepção dos processos sociais e educativos, que de dentro do terreno contraditório e numa perspectiva antagonista às relações sociais capitalistas pudessem desenvolver as bases sociais, culturais e científicas das múltiplas dimensões do ser humano no horizonte da práxis revolucionária, para a transição a um novo modo de produção e organização da vida social (2009, p.71).

permanecendo cegos para a dimensão social da existência humana a não ser em seus aspectos essencialmente operacionais e manipulativos (2009, p.20)

Na esteira das análises acima para que o sujeito possa investigar a realidade desnudando-a em suas contradições e mediações ele necessitaria realizar um caminho analítico da realidade social, referido pela filosofia da práxis, o que lhe implicaria penetrar nessa realidade, para além de seu espectro fragmentário.

Nesse sentido, continua Frigotto, “a necessidade de interdisciplinaridade na produção do conhecimento funda-se no caráter dialético da realidade social que é, ao mesmo tempo, una e diversa e na natureza intersubjetiva de sua apreensão” (1976, p. 27).

Para tal, o conceito de interdisciplinaridade é abordado, a partir da compreensão do que seja a totalidade concreta, em que “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” (KOSIK, 1976, p.44). Portanto, a compreensão da realidade social se viabiliza a partir da materialidade histórica a partir da “percepção da realidade social como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder a sua relação com o conjunto” (LOWY, 1987, p. 16).

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. 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).

Nessa direção, as relações orgânicas entre campo e núcleo como conceitos da clínica ampliada (item 2.4, nota de rodapé nº 63) se concretizam, a partir da noção de interdisciplinaridade. Entretanto, alerta-nos Frigotto que as limitações mais severas para o trabalho pedagógico interdisciplinar reside na predominância da formação fragmentária, positivista e metafísica do docente e nas condições de organização do trabalho no espaço escolar e na vida social em geral às quais está inserido (1976).

Outro conceito que tem sido abordado na formação para o trabalho em saúde é o da transdisciplinaridade. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS refere essa concepção como princípio: “Operando com o princípio da transversalidade, o Humaniza-SUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2009).

Segundo Piaget a interdisciplinaridade seria o “intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências”, podendo essa integração recíproca chegar à transdisciplinaridade na qual não existiriam fronteiras entre as disciplinas. Para esse autor, a transdisciplinaridade compreenderia uma integração total das ciências numa perspectiva superior à integração recíproca presente na interdisciplinaridade, uma vez que encontraria caminhos de interação em investigações especializadas, dentro de um sistema global, livre de fronteiras consistentes entre as diversas disciplinas (1981, p.52). Os temas transversais propostos nos currículos das residências multiprofissionais inspiram-se no conceito da transdisciplinaridade. Seriam temas que exigem uma abordagem ampla e diversificada, que tratam de assuntos da materialidade social, do cotidiano dos seres sociais implicados nessa materialidade.

No PPP da RIMS há a previsão dos conteúdos desenvolvidos no eixo transversal e específico das profissões estarem articulados aos itinerários de prática da área de concentração, das atividades de matriciamento interno e externo. Cada eixo temático propõe o desenvolvimento de atividades teóricas e práticas programadas no decorrer da formação para que o residente tenha a possibilidade de vivenciar os conceitos, pressupostos e princípios teóricos no trabalho, além de refleti-los com vista a modificá-los, a partir de seu envolvimento com os campos, onde se dá a formação.

Outro aspecto indicado na matriz pedagógica do PRIMS é a proposição de articulação teoria-prática, por meio da discussão de casos e utilização da metodologia do Projeto Terapêutico Singular<sup>131</sup>.

---

<sup>131</sup> O PTS constitui uma ferramenta metodológica fundamentada na concepção da “Clínica Ampliada” para o cuidado dos pacientes. É definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário [...].Contém quatro momentos: 1) O diagnóstico 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário (paciente) pelo membro da equipe que tiver um vínculo maior. 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo” Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf), 10/01/2013

Essa atividade está prevista para acontecer, semanalmente, nas áreas de concentração em que os residentes de cada área discutirão um caso real, a partir de um roteiro previamente elaborado, onde terão a oportunidade de expor uma situação desafiadora, que será problematizada e discutida por todos os participantes. A partir desses estudos poderão resultar propostas de intervenção prática nos itinerários internos e externos (HCPA, 2009). Ficará a cargo dos residentes (de diferentes profissões) a elaboração do material para os estudos de caso, contando, para tanto, com o apoio pedagógico dos preceptores ou de outros profissionais da Instituição ou fora dessa.

A matriz curricular da RIMS é composta por quatro módulos. Há a proposição de os referenciais teóricos e práticos estarem organicamente articulados com o fim de propiciar a problematização crítica da materialidade dos processos de trabalho em saúde interna e externos ao hospital.

Na perspectiva do processo educativo, mencionado acima, o PRIMS prevê 30 horas semanais para atividades práticas da área de concentração, 12 horas para atividades matriciais, 8 horas para atividades teórico-práticas do eixo transversal do programa, 4 horas para conteúdos teórico-práticos do eixo específico das profissões e 6 horas para estudos e pesquisa. Essa configuração da carga horária aconteceu para a primeira turma, foco desta pesquisa.

Durante a residência, as atividades práticas são desenvolvidas individualmente ou em grupo e a síntese compartilhada com todos os residentes e com o(s) preceptores/docente(s) em seminários de integração, ao longo da formação. Os eixos de políticas de saúde e metodologia da pesquisa, entre outros, são desenvolvidos ao longo dos dois anos da formação. Há também eixos temáticos específicos para o Residente do primeiro ano (R1) ou Residente do segundo ano (R2), contemplando aspectos singulares do itinerário prático que o residente está vivenciando no momento de seu processo de formação.

As metodologias de ensino, propostas no Projeto Político Pedagógico do PRIMS, para o desenvolvimento das atividades do programa se materializam por meio de aulas expositivas dialogadas, da pedagogia da problematização, soluções e/ou encaminhamentos; seminários, oficinas, discussão de casos, sessões de cinema, saraus literários e exposições, feiras de arte<sup>132</sup>.

---

<sup>132</sup> De acordo com o Projeto Político Pedagógico do PRIMS *as aulas expositivas-dialogadas* se desenvolvem por meio de abordagens dos temas de forma expositiva e problematizadora com a ajuda de um professor /facilitador que dialogará com os profissionais residentes, aproveitando os conhecimentos

A formação em serviço, prevista no PRIMS, se desenvolve nas Áreas de Concentração da Saúde da Criança, do Adulto Crítico, da Saúde Mental, da Onco-Hematologia e do Controle de Infecção Hospitalar. Cada área determina um corpo de conhecimento e práticas delimitado, permitindo que, ao final da formação, os residentes estejam capacitados para atuarem na área, o que os habilitará a receber o título de especialista.

As áreas de concentração foram definidas tendo em vista a necessidade de formação de profissionais para atuarem em áreas estratégicas da atenção à saúde, a partir de indicadores epidemiológicos. Outro fator importante para a seleção foi a experiência de atuação em equipe multiprofissional que determinadas áreas já vivenciam no HCPA.

O contexto das respectivas áreas justifica a importância da formação em serviço, da circulação de saberes e práticas que propiciem a assistência, a partir de itinerários que componham a articulação entre os diferentes níveis da atenção, como o proposto na modalidade de residência integrada multiprofissional. Nesse sentido, o Projeto Político Pedagógico do PRIMS refere que:

Adicionalmente, temos que pensar em ampliar as noções de cuidado como uma ação multidisciplinar, para garantir maior efetividade das políticas de atenção à saúde, o que remete à necessidade de capacitação de profissionais para atender esta futura demanda crescente e, nesse campo, inserem-se os programas de Residência Integrada Multidisciplinar (HCPA, 2009, p.12).

---

prévios e as experiências resultantes das diferentes vivências. Serão utilizados recursos multimídia (filmes, documentários), produções literárias e pesquisas, entre outros. *O Aprendizado baseado em problemas, soluções e/ou encaminhamentos* se materializa por meio de ações educativas que objetivam o desenvolvimento de conhecimentos aplicáveis às soluções de problemas com os respectivos encaminhamentos ou soluções, buscando a compreensão dos processos subjacentes, princípios e aspectos essenciais do fenômeno estudado. Os *seminários* são desenvolvidos por meio de ações coletivas de ensino-aprendizagem que objetivam a leitura, análise e interpretação de textos, a partir da escolha de uma temática. O seminário se realiza através de grupo de estudo em que cada um dos participantes debate o tema, contando com um coordenador que estimula a articulação das ideias e o encaminhamento para a síntese. As *oficinas* constituem um dos métodos para articular aprendizagens significativas, através da vivência de diferentes experiências de grupo, tendo como cenário o próprio ambiente de trabalho. A *discussão de casos* se desenvolve por meio de estudos de caso a partir de um roteiro previamente elaborado onde os residentes terão a oportunidade de expor uma situação desafiadora que será problematizada e discutida por todos os participantes. As *sessões de cinema, saraus literários e exposições, feiras de arte se materializam pela* utilização de diferentes formas de expressão do conhecimento e de práticas sociais como elementos provocadores da reflexão sobre os processos de trabalho em saúde (HCPA, 2009).

O projeto refere, ainda, que os itinerários propostos em cada área de concentração são considerados de suma importância na ampliação das ações do hospital e reestruturação da gestão de seus processos assistenciais, tendo em vista o diálogo entre diferentes lógicas, a partir de caminhos percorridos pelos pacientes, por meio de protocolos assistenciais, e a partir de linhas de cuidado (HCPA, 2009).

Outra atividade proposta pela residência são os estágios optativos com a finalidade de os residentes compartilharem conhecimentos e práticas em outras instituições de saúde no âmbito regional, nacional e internacional. Esses estágios tem duração de 30 dias. Os residentes da primeira turma fizeram 09 estágios em âmbito regional, 1 em âmbito nacional e 07 em âmbito internacional.

A avaliação do processo educativo se dá de forma contínua, cumulativa e participativa, procurando ser coerente com a proposta político pedagógica do programa. A avaliação do residente é feita por parecer descritivo emitido semestralmente. Foram propostos alguns critérios e indicadores sobre os quais a avaliação se deterá.

Os itens de avaliação do residente, dos preceptores e do programa vão ao encontro da proposta política pedagógica do programa.

Os critérios, indicadores e perfis de conclusão foram definidos por comissão representativa dos preceptores/docentes e residentes e dos demais membros que fazem parte da estrutura político-pedagógica do PRIMS/HCPA. Os critérios de avaliação deverão contemplar a exigência de frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100% nas atividades de formação em serviço.

Depois de expor essas informações sobre o PPP da RIMS, com a finalidade de proporcionar ao leitor deste trabalho, algumas noções do que foi projetado para a formação no PRIMS me reporto à Tese II de Marx e Engels sobre Feurbach que expressa:

A questão de saber se ao pensamento humano cabe alguma verdade objetiva [*gegenständliche Wahrheit*] não é uma questão da teoria, mas uma questão *prática*. Na prática tem o homem de provar a verdade, isto é, na realidade e o poder, a natureza criterior [*Diesseitigkeit*] de seu pensamento. A disputa acerca da realidade ou não-realidade de um pensamento que se isola da prática é uma questão puramente escolástica. (2007, p.533).

Trata-se, portanto, de investigar o desenvolvimento da RIMS pelo relato das vivências dos sujeitos que a estão materializando, pelos movimentos do real, das mediações e contradições do fenômeno, para simplesmente não recair numa análise

meramente escolástica. Há que se perquirir as minúcias dessa prática e como referi na introdução do capítulo 4 deste estudo há que se realizar um *détour* pela dinâmica do empírico para se chegar ao concreto pensado, atingindo como consequência o caráter prático dos achados desse estudo pelas contribuições que dele possam restar.

Como referi anteriormente, o projeto da RIMS foi pensado e escrito por um grupo de trabalho representativo das áreas em que aconteceria a RIMS. Embora essa representatividade tenha sido histórica e significativa para a criação do programa, pois até à formação desse grupo, os seus integrantes jamais tinham sentado juntos para discutir, pensar e planejar algo para o hospital, essa prática, seguramente, não foi suficiente para inteirar aqueles que seriam seus futuros protagonistas sobre a proposta como um todo. Nas narrativas a seguir, essa situação surge com muita força por meio de quase uma catarse dos sujeitos pela dimensão das consequências que teve para a prática:

**PC/AS/SC** – Não tivemos encontros presenciais para compreensão do projeto que eu me lembre. Tinham terminologias as quais a gente tinha dúvidas, volta e meia naquela reunião do colegiado dos preceptores de campo a gente trouxe para as discussões. Como é que a gente visualiza isso aqui dentro, a própria parte teórica. Acho que muitas coisas que estão contempladas no projeto inicial a gente fez ao longo desse primeiro ano. No segundo ano, a gente deu uma adaptada. Nós demos uma modificada na parte teórica, principalmente de campo.

**PC/ENF/CIH** – Eu nunca vi o projeto. Eu entendi a proposta via chefia, pois a gente acompanhou toda a batalha para que a nossa área fizesse parte do programa. Faltou, além do curso inicial que fizemos, lermos o projeto, estudá-lo. Talvez fosse de fazer ainda, afinal todos os preceptores têm que seguir a linha do projeto, não é? Mas, não é assim. Cada um segue a sua linha eu acho.

**PC/AS/AC** – Não consegui me apropriar do PPP, tu tens outras coisas, tu vais te preocupando mais com o teu campo. Tem muita coisa que vai surgindo do dia-a-dia, tem coisas que vem dos próprios residentes, até mesmo da coordenação da RIMS. A nossa interação do projeto é muito do dia-a-dia.

Durante o curso introdutório para os preceptores (item 5.1.3), o projeto não chegou a ser apresentado em seus aspectos essenciais, foi apenas informado e encaminhado, via e-mail, aos preceptores para leitura. Alguns leram e programaram estratégias para compreendê-lo melhor. Essa apropriação foi se dando ao longo da prática com todas as miscelâneas da formação dos trabalhadores, da prática biomédica, das condições materiais que, ora, lhes permitiam esticar o tempo para dedicarem-se a esse novo projeto:

**PN/PSIC/SC** – Li o projeto, algumas bibliografias, a gente também trocou bibliografia com as demais preceptoras. A nossa preceptora de campo da saúde da criança nos ajudou muito, porque tinham coisas que ela dominava mais e aí fomos construindo.

**PN/NUTRI/SC** – Eu me inteirei do projeto ao longo dos dias e no meio do trabalho. Sem lê-lo seria muito mais difícil do que foi. No início nós combinamos de lê-lo e discutíamos nas reuniões de campo. Era uma incógnita para todo mundo.

Havia a presunção, por parte dos organizadores do curso, de que os trabalhadores estavam cientes pelo fato dos representantes dos serviços terem se envolvido com a sua construção. O foco do curso introdutório para os preceptores ficou na problematização das concepções do SUS que orientariam a proposta da RIMS.

No entanto, quando uma proposta de trabalho é distante da realidade de seus futuros protagonistas a situação complica, sobretudo, quando estes, em sua maioria, não o conceberam e nem sequer tiveram possibilidades materiais, antes do início da residência, para problematizá-la no sentido de entendê-la minimamente.

Até então, para a grande maioria de sujeitos da residência, o projeto político pedagógico era uma ideia rarefeita no cotidiano de suas práticas.

A falta de disponibilidade dos integrantes do núcleo docente estruturante para acompanharem e apoiarem, pedagogicamente, o desenvolvimento do programa em todos os campos, lançado para a prática às pressas, assim que foi autorizado, aliada à dificuldade dos trabalhadores com relação ao tempo que dispunham para se inteirarem de tanta novidade, fragilizou, sobremaneira, a materialização do que havia sido proposto para o primeiro ano de sua estreia.

Além dessas razões de estrutura, algo maior pairava no ar. Que concepções tinham esses sujeitos que dariam conta da proposta? Que modelo de atenção à saúde fazia sentido para eles? Nenhum curso introdutório para prepará-los para a prática do PRIMS, por mais bem intencionado que fosse, daria conta para mudar, em tão pouco tempo, as concepções da prática de um modelo de atenção hegemônico. A fala dos sujeitos refere essas circunstâncias:

**PC/ENF/SM** – Para dialogar com o projeto temos que conhecê-lo mais e temos que nos capacitar, porque a nossa formação de graduação está mais no nosso cerne, enquanto que a especialização parece que já está mais na casca. Acho que isso é uma questão de identidade muito grande, eu sou o fulano, sou enfermeiro, vem antes do meu sobrenome inclusive ou vem colado no meu sobrenome, eu sou fulano, eu sou enfermeiro e isso me identifica.

**R/PSIC/SC** – Acho que a formação inicial dos preceptores não dá conta para o que eles estão tendo que fazer enquanto preceptores. Eu acho que a formação inicial das profissões ainda é bem voltada pra si. Isso é um grande ponto de tensão para eles. Eles tão tendo que correr atrás de muita coisa para dar conta e mais essa atividade e aí eu acho que no ritmo da assistência, que já se tinha, fica às vezes um peso muito grande. O trabalho deles na Instituição também dificulta se a gente for pensar na organização do trabalho. Foi um acréscimo de trabalho muito grande, uma sobrecarga, mas apesar disso, as minhas preceptoras e as que eu tenho contato no grupo, têm conseguido atingir esse objetivo, é uma questão de construção.

Por acreditarem que a proposta da residência seria um bom caminho para a valorização que almejavam em suas profissões, em meio ao trabalho em equipe, o esforço dos trabalhadores foi enorme, mesmo em condições materiais de processos de trabalho difíceis.

Para saírem da condição de subalternidade de seus saberes, ancorada pelo entendimento da concepção biologicista, de não passarem de forças de trabalho assessorias no atendimento às necessidades do paciente, a força de um projeto institucional que, finalmente, os instituiria a partir de outra lógica de atenção, os moveu para sublimação do sacrifício. Vislumbraram na proposição do modelo de assistência integral, veiculada pela RIMS, a grande virada. Nessa direção Campos refere que:

A expressão multidimensional das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele-processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos-requerem múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral (2007, p. 111).

Os futuros preceptores de campo que antes do início da RIMS tiveram a oportunidade de leitura e discussão do projeto para a elaboração do sistema de avaliação do processo ensino-aprendizagem, se sentiram mais seguros. Estes se reuniram uma vez por semana, durante um mês e meio, assessorados pelo núcleo estruturante pedagógico do PRIMS, para proporem como se daria a avaliação discente, docente e do próprio programa em sua totalidade:

**PC/ENF/SM-** A minha apropriação do projeto político pedagógico da RIMS se deu em função de estar trabalhando junto ao grupo do processo de avaliação. Acho que, de um modo geral, os cinco preceptores de campo acabaram tendo que se apropriar do projeto pedagógico, até para conseguirmos pensar num processo de avaliação compatível com esse projeto. Isso aconteceu no final de 2009 e início de 2010 em que a pedagoga fez as reuniões sobre o processo de avaliação. Isso foi bom, porque a gente

não tinha ainda os residentes, mas já tínhamos uma apropriação do projeto político pedagógico.

Como não foram preparados para a avaliação em programas de ensino, a não ser os que haviam realizado o curso de licenciatura, como os dois preceptores da enfermagem, os demais profissionais ainda não tinham vivido práticas de avaliação, na condição de avaliadores, num projeto de formação para especialistas em saúde. Entendiam a avaliação, a partir de uma concepção burocrática e com caráter disciplinar, uma vez que, como líderes de suas equipes de trabalho, assumem a atribuição de avaliá-los.

Alguns guardavam lembranças de suas formações graduandas, mas na lógica de processos avaliativos distantes do que é proposto na formação da RIMS que refere a pretensão de uma avaliação dialógica, a partir de uma concepção *em ato* processual, formativa (HCPA, 2009) e coerente com os pressupostos do programa e bases conceituais da RSB, dos princípios e diretrizes do SUS.

Passado esse momento de apropriação das bases pedagógicas que iriam sustentar a proposta de residência, em meio às dificuldades referidas, os participantes do projeto lançaram-se no dia-a-dia da proposta.

Ao iniciarem as atividades da RIMS, de modo geral, os residentes foram bem recebidos pelas equipes:

**PC/AS/SC** – Na saúde da criança (pediatria) a residência foi recebida de braços abertos pela equipe médica. Aquele médico da pediatria [...] é sensacional, ele contribui, participa de aula, nos dá aula. Nos rounds dele ele abre para todo mundo, ele gostou muito da proposta da RIMS. Conheceu, tentando participar, integrar. Isto foi meio caminho andado.

A boa recepção referida pelo sujeito se deve muito a maneira como a equipe de saúde se relaciona nessa área. O médico, mencionado na fala da preceptora, é um dos coordenadores do Serviço Médico de Pediatria. Os cuidados oferecidos nessa área se referem à pediatria clínica que, por vezes, tem se aproximado dos referenciais e dispositivos pedagógicos da clínica ampliada, movida pela própria natureza das atividades que realiza. Há um trabalho multiprofissional numa perspectiva de interação entre o campo e o núcleo em que se observa, em alguma medida, práticas integradas no planejamento terapêutico para os pacientes.

Embora ainda persista a centralidade médica, há uma abertura expressiva da equipe para os demais núcleos profissionais, sem a intensidade de uma postura hierarquizada do saber médico, como acontece em outras áreas:

**PC/AS/SC** - Na pediatria a gente sempre teve um trabalho multiprofissional esse é o diferencial de quem trabalha com criança e adolescente, por isso acho que lá as coisas foram mais fáceis, as pessoas nos receberam bem, mas seguindo a lógica do residente médico.

Durante a construção da proposta, nos três anos que antecederam a sua aprovação, o grupo de trabalho fez reuniões com as áreas que vinham sendo apontadas para participarem da RIMS com a finalidade de pensarem, em conjunto, o desenho de um projeto para as suas áreas, em meio a possibilidades e limites que teriam.

Embora esse diálogo, os demais trabalhadores dessas áreas, que não estavam envolvidos diretamente na construção do projeto da RIMS, não foram inteirados de suas concepções e de como se viabilizaria, em termos metodológicos, o cotidiano das práticas da residência em suas áreas.

Essa dificuldade foi surgindo, na medida em que as atividades da residência aconteciam. Na memória desses trabalhadores está presente o modelo de residência médica, que difere da proposta da RIMS em suas bases conceituais e metodológicas. A residência médica hospitalar, de modo geral, não se aproxima dos conceitos da clínica ampliada e demais referenciais da RSB, conforme já analisado ao longo deste estudo. A narrativa a seguir refere essa situação:

**PC/AS/SC** – A gente tem visto mais dificuldade e principalmente na área da enfermagem. As pessoas que não estão diretamente ligadas à residência, sabem do projeto, mas não o leram, não se aprofundaram daí a gente convida para participarem de uma reunião e a resposta é: “não posso, não tenho tempo”. Elas têm uma ideia geral da residência e a expectativa é que o residente está ali para tapar o buraco, que é mão de obra. Eles dizem: “Não estou entendendo porque que os residentes saem tanto, porque eles têm tanta aula, porque tem tanta reunião, eles têm que estar na assistência trabalhando”. Isso é geral, mas quem mais cobra é a enfermagem. É uma situação muito difícil.

A enfermagem por ter um convívio estreito com as equipes médicas e com as residências em medicina e pelo próprio processo de trabalho que é fixo numa mesma unidade, a expectativa era a de que os residentes viriam para suprir a falta de trabalhadores e, com isso, melhorar o dimensionamento de pessoal em suas equipes de enfermagem, historicamente, em déficit, como acontece nas equipes médicas em que o

residente absorve, em grande parte, o trabalho da assistência sem “as saídas frequentes da unidade” para irem a aulas e demais atividades do eixo transversal, como acontece na RIMS.

A pressão nesse sentido é enorme a ponto de os trabalhadores verbalizarem diretamente isso. Essa inconformidade se manifestou com muita ênfase, quando os residentes passaram da pediatria geral, área onde desenvolvem a formação do primeiro ano de residência, para a área de subespecialidades em pediatria, onde realizam a formação prevista para o segundo ano da RIMS:

**PC/AS/SC** – Há uma pressão atualmente que não existia no ano passado por parte das áreas, querendo resultados, dizem: “Eu quero que o residente atenda aqui das 8 da manhã às 20h da noite, se não tiver gente para cobrir que o residente cubra e que atenda tantos e tantos pacientes”. Alguns serviços como o da Nutrição tem muito isso, o da Farmácia também. O nosso (Serviço Social), o da Psicologia e o da Recreação não tem tanto essa postura. Os serviços maiores têm esse olhar e cobram muito. Eu nunca fui tão cobrada como nesse período todo de residência por essas outras áreas que não estão tão envolvidas.

**R/NUTRI/OH** – No cronograma que foi montado todas as profissões estariam passando juntas, só que pela logística da enfermagem bagunçou esse cronograma. O cronograma que foi montado proporcionaria a gente ter uma integração, porque a gente iria ter todos os profissionais com o mesmo número de pacientes e com os mesmos pacientes. Só que com essa mudança que não foi culpa do campo, foi falta de comunicação, foi atropelo da enfermagem, não sei o que aconteceu, acabou que as meninas da enfermagem saíram daquele cronograma e tendo um cronograma específico. O núcleo de enfermagem está seguindo a lógica do serviço de enfermagem, não a lógica da residência.

As narrativas caracterizam o quanto a lógica do modelo assistencial, defendida pelos serviços, supera as proposições da lógica de formação pretendida pela RIMS. Nas situações relatadas, a viabilização do trabalho pedagógico interdisciplinar sucumbe mediante aos arranjos organizacionais do modelo assistencial vigente em que as ações de cuidado das diversas profissões se desenvolvem de forma fragmentada e desarticulada.

Prevalece a cultura de que o residente deve dar conta das tarefas dos núcleos profissionais, principalmente nos serviços que se caracterizam por um processo de trabalho bio-tecnista, cuja centralidade é a execução de procedimentos.

Embora se manifestem como apoiadores do PRIMIS, seus núcleos profissionais não realizam suas práticas na perspectiva dialética da relação núcleo/campo, tendo como base, o trabalho interdisciplinar.

As dificuldades geradas pelo afastamento dos residentes da assistência, em razão de terem que participar das atividades teórico-práticas, previstas no eixo transversal, residem também na compreensão por parte dos profissionais e, até mesmo, dos próprios preceptores, formados pela lógica biologicista, do que seja prioritário na formação do residente. Há a tendência de valorizarem apenas os conteúdos relacionados com a visão instrumental e biomédica.

As atividades relacionadas aos aspectos antropológicos, culturais, sociais, importantes para a formação numa perspectiva ampliada da saúde, são vistas como assessórias, cuja falta não traria nenhum prejuízo ao residente.

Essa compreensão opaca com relação às concepções sobre as quais o PPP se fundamenta, gerou críticas ao programa, contaminando, por vezes, o residente, que em função da relação que tem com o seu núcleo e seu preceptor, também acaba reproduzindo essa visão, além da consequência de sua própria formação que, apesar das DCN, continuou sendo predominantemente biomédica, como foi assinalado no capítulo 3 deste estudo. A narrativa a seguir refere essa situação:

**PN/PSIC/SC** - Eu acho muito complicado, para a maioria dos preceptores darem conta de uma carga horária teórica tão grande, onde o residente não está na área, está dentro de uma sala de aula, tendo aula de coisas que às vezes ele nem vai aproveitar. Por exemplo, os nossos R2 agora nesse semestre, eram para ter bioestatística, eles tão desenvolvendo os TCR e é importante, porque é uma especialização, e não se sabe se eles vão ter bioestatística por falta de professor. Mas eles vão ter uma disciplina de raças e etnias, que é completamente fora, destituída.

Na ótica dessa preceptora a compreensão sobre Raça e Etnia, abrangendo a historicidade racial e étnica brasileiras, seus condicionamentos e determinantes sociais na saúde, num país de maioria negra, é supérflua, pior ainda, na sua avaliação é “destituída”.

Durante o desenvolvimento desse conteúdo, aprovado em reunião de colegiado de preceptores e coordenação, nenhum preceptor foi contrário à integração dessa disciplina nos conteúdos transversais. Esse tema foi proposto por uma das preceptoras, professora de educação física, com formação em movimentos sociais e culturais. Foram convidados para ministrarem as aulas, professores da universidade que trabalham com a questão de gênero, raça e etnia, além de outros profissionais que têm produções sobre o assunto.

Aprovado tal tema, logo que iniciaram as aulas, a coordenação e representantes do núcleo estruturante da RIMS tiveram que intervir, pois um expressivo número de residentes pressionou para que a disciplina fosse encerrada, por consideraram que existiam outros temas mais essenciais para serem oferecidos.

Além do que foi alegado quanto ao conteúdo da disciplina, os residentes também reclamaram do excesso de carga horária previsto. Quanto a esse aspecto, a coordenação considerou que, de fato, a previsão de horas foi excessiva, tendo em vista o tempo que restaria para o desenvolvimento dos demais temas.

Outra situação que comprometeu a integração entre da teoria à prática com relação aos temas do eixo transversal, foi vivenciada durante o desenvolvimento do tema políticas públicas. Neste são estudadas as dimensões históricas, éticas, políticas, econômicas e sociais do fenômeno saúde-doença, das concepções da clínica ampliada, dos referenciais sobre as necessidades de saúde, dos princípios e diretrizes do sistema.

Nos encontros sistemáticos, os participantes realizam reflexões a partir de suas práticas, discutem sobre seus processos de trabalho numa perspectiva integrada com a teoria, planejando caminhos para viabilização dos princípios do SUS em suas áreas de atuação e no hospital como um todo:

**R/PISIC/SC** – Fui me apropriando dos referenciais da residência muito em função da primeira disciplina de políticas públicas.

Neste contexto rico de proposições, a participação dos preceptores, ao lado dos residentes, constituiria um meio caminho para o planejamento participativo e dialógico do Programa, além da possibilidade de formação para os preceptores. O depoimento a seguir refere com transparência esse limite:

**PC/AS/AC** – O residente pode sair da área para estudar, o que está correto, o profissional não pode. Nós não temos tempo para assistir as aulas do eixo transversal.

A inteiração sobre os estudos realizados e proposições de intervenção na realidade ocorria, apenas, pelo relato dos residentes nos encontros quinzenais, durante as reuniões de colegiado das áreas de concentração, ou pela leitura, quando feita, do cronograma das aulas:

**P/PSIC/SC** – Não conseguimos fazer a conexão do eixo transversal com os demais eixos teóricos do núcleo no campo. A gente pouco sabe o que é dado

no eixo transversal, não é comunicado, a gente tem um programa lá do início, mas depois a gente não tem um acompanhamento do que é feito. A gente sabe um pouco porque os residentes discutem conosco, trazem.

**P/FARM/OH** - Acho que uma grande deficiência da residência é quanto aos conteúdos do eixo transversal. No ano passado nós não recebemos os programas desse eixo e depois nos exigem que o eixo transversal converse com o campo, como? O cronograma de aula de campo deveria ser elaborado de acordo com o eixo transversal, nós poderíamos trabalhar todo o conteúdo do eixo transversal conectado com o campo. Nesse ano eu recebi o programa dos R1, mas as aulas dos R2 do eixo transversal eu não sei qual é o programa. Fui convidada a assistir as aulas, mas não tive liberação.

O que aconteceu com relação ao tema de políticas públicas, também se repetiu com os demais temas. A proposição interdisciplinar não se efetivou. Os temas foram trabalhados em separado sem um planejamento integrado e problematizador da realidade que os conectasse. Além de tudo, por vezes, foram desenvolvidos por palestrantes de fora, que abordavam assuntos do interesse dos residentes, mas sem a presença dos preceptores para as mediações, a partir das informações dadas durante e após as exposições.

Frequentemente, os preceptores não puderam assistir às aulas, a não ser quando eram incumbidos de receber o convidado ou de as ministrarem. Assistir um promotor da infância e da juventude, por exemplo, informar sobre o trabalho que é feito por meio das políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente na comunidade é necessário, mas o que fazer com a informação com relação à assistência após, se as informações ficavam desconhecidas pelos implicados com a proposição da formação:

**R/PSIC/SC** – As disciplinas do eixo transversal não estão integradas com a prática da residência, tirando a disciplina de políticas públicas que foi a primeira que foi ministrada por pessoas que eram da Coordenação da RIMS, que tinham contato com o projeto político pedagógico.

**P/FARM/SC** – Acho que os eixos transversais têm que conversar mais com os campos. Acho que a gente deveria se reunir com o eixo transversal para elaborar os programas juntos. E as próprias aulas de campo, entre os campos. Tem uma coisa boa que aconteceu no ano passado em que cada campo enviou aulas que podiam ser abertas para todo mundo.

O acúmulo de atividades dos profissionais envolvidos com a organização do programa, com os planejamentos e atividades teóricas e práticas do campo, do núcleo, acrescida à falta de docentes disponíveis para o desenvolvimento dos temas transversais dificultaram e ainda dificultam a materialização do Programa, que já está se encaminhando para a quinta turma.

Os temas referentes à epidemiologia, à bioestatística, por exemplo, são desenvolvidos por docentes convidados que, embora fazendo parte do corpo clínico do hospital, não estão imbuídos dos referenciais que sustentam a proposta da RIMS, nem tão pouco da materialidade das áreas onde a formação se desenvolve para, dessa forma, efetuarem aulas problematizadoras do real. Os residentes se inteiram sobre o tema, porém sem a profundidade necessária para a proposição de intervenção na realidade, onde tramitam com seus saberes e fazeres.

Outro aspecto dificultador reside na falta de um corpo docente efetivo e com disponibilidade para o desenvolvimento dos temas que compõem o eixo transversal. A narrativa a seguir é reveladora dessa limitação:

**R/AS/AC** – No eixo transversal tivemos as políticas públicas e história do SUS e a configuração do sistema. A metodologia foi mista: com projeção, expositiva, problematizadora, em grupo para discussão. Achei a metodologia boa, achei diversificada e rica. Só que nós tivemos um mês e meio já, depois ficamos sem aula. Agora vamos voltar a ter aulas, mas todo esse tempo que a gente ficou sem aula?

Durante a formação da primeira turma do PRIMS, os trabalhadores realizaram um esforço enorme para darem conta das demandas. Havia muito que organizar, negociar com as equipes das áreas de concentração.

Questões do planejamento e do ensino que teriam que ser priorizadas nas reuniões de colegiado de campo e de núcleo pelos preceptores, pelos membros do núcleo estruturante-pedagógico e pelos residentes acabaram sendo colocadas de lado em razão da emergente organização do programa, dos conflitos relacionais, que pelas circunstâncias de estreia, se agudizavam:

**PN/EF/SM** – Quando foi proposto o eixo transversal de estar trabalhando a história da saúde, da saúde no hospital, de estar trabalhando no núcleo também se percebe uma dificuldade porque a gente não sabe nem qual é a ordem dos conteúdos do eixo transversal para planejar as nossas aulas de núcleo e do campo. A gente sabe dos conteúdos que estão sendo dados no eixo transversal, ou até no campo, mas por notícias dos residentes. Nas reuniões dos preceptores de campo em que poderíamos fazer esse diálogo não dá tempo não se senta para discutir os conteúdos. Eu acho que o momento mais pedagógico tem que ser outro momento. Nesse colegiado se discutem conflitos, estrutura da organização.

As questões de ordem político-administrativas e relacionais absorveram o tempo dos encontros, prejudicando a potencialidade desses espaços na produção da formação em outros aspectos, também importantes.

Entretanto, de uma maneira ou de outra, essa situação seria inevitável mediante as relações dos preceptores nos núcleos e nos campos, em meio à lógica da gestão das chefias de serviço e de unidade. Pela primeira vez, a partir do PRIMIS, os chefes de serviços dos núcleos profissionais, integrantes do programa, participariam de reuniões coordenadas pelas preceptoras de campo, hierarquicamente subordinadas a essas chefias:

**PC/AS/SC** – Os preceptores de núcleo não conseguem fazer a mediação entre os serviços e a proposta residência. Eu estou chegando à conclusão que não. Aqui no hospital temos a questão hierárquica. Foi falado por diferentes pessoas, que os residentes não servem para nada. Que era bom antes da residência, que era bom quando eu estava aqui, tu dava conta das coisas, eu tenho ouvido isso neste mês, só que daí é difícil, porque eu estou falando com gente hierarquicamente superior. Eu sou uma contratada que nem tu e hoje eu estou ocupando a preceptoria de campo, mas eu estou falando de gente que hierarquicamente está acima de mim. Primeiro tu te dá conta de qual é minha postura, eu não posso ir como chefia, porque eu sou o núcleo.

Nos espaços colegiados dos campos da residência, a responsabilidade pela coordenação e encaminhamentos dos planejamentos teórico-práticos da formação, não estava nas mãos dos superiores hierárquicos, mas dos preceptores de campo, trabalhadores contratados desses serviços.

As maiores dificuldades residiram com relação às chefias realizadas por professores da universidade, naquele período, as chefias dos serviços de enfermagem. Frequentemente os enfoques dessas chefias entravam em atrito com os enfoques propostos pelo PPP da residência.

Os conflitos gerados, em meio a essa nova configuração, acarretaram inúmeros entraves e para os encaminhamentos destes, por vezes, as pautas das reuniões nos colegiados se estendiam por muitos encontros, acumulando cada vez mais a lista de problemas não resolvidos que, por sua vez, geravam outros.

Todavia, esse contexto também produziu aprendizados. Para os trabalhadores do hospital, acostumados com a primazia da lógica de gestão hierarquizada, vivenciar outro modelo, em que as decisões não se efetivam rapidamente, por demandarem o debate, a discussão, as ponderações, a superação dos interesses de uns em detrimento dos interesses de outros, já constituía pequenos avanços.

Ao final do primeiro ano da residência, com base nas avaliações do processo ensino e aprendizagem pelos residentes e preceptores e, após, num seminário envolvendo todos os preceptores e coordenação para avaliação do programa, em que foi

analisada a totalidade do processo educativo, a situação referente a relações dos campos com os núcleos e chefias de serviços, a dificuldade de integração dos temas do eixo transversal com relação às demais atividades teóricas e práticas do campo e núcleo, foram levantadas com veemência, pois até então as críticas aconteciam de forma esparsa, no decorrer das reuniões de colegiado.

Todavia, mesmo tenho sido reconhecido por todos que a falta de integração constituía um entrave para o planejamento e, em consequência, para a qualidade da formação no campo e no núcleo, havia a dificuldade estrutural que tinha que ser superada.

Nos planejamentos posteriores do eixo transversal, já no segundo ano da residência, com a entrada de temas novos, a coordenação do PRIMS, em negociação com as chefias de serviços dos respectivos núcleos participantes do programa, conseguiu que alguns preceptores fossem liberados de suas atividades assistenciais para participarem de um dos temas considerados fundamentais para formação dos trabalhadores, “gestão em saúde na perspectiva dos princípios do SUS”. As aulas foram desenvolvidas por um docente de fora que foi convidado pelo programa em razão de sua vasta experiência no assunto e por estar vivenciando, em outro programa de residência multiprofissional hospitalar, do qual é preceptor, práticas de gestão na lógica da integralidade em saúde. Entre os docentes e preceptores da RIMS não havia ninguém com essa bagagem teórica e prática. Apesar desse docente não fazer parte do corpo clínico do hospital, foi considerada sua vasta experiência no trabalho em saúde, a partir dos referenciais da clínica ampliada no que se refere à gestão. Para inteirá-lo sobre as características de gestão dos espaços onde a RIMS está sendo desenvolvida foram realizadas várias reuniões com os núcleos de gestão do programa.

As problematizações realizadas pelo docente, durante o desenvolvimento do tema geraram projetos elaborados pelos residentes, preceptores e trabalhadores das cinco áreas de concentração:

**R/EF/SC** – Os preceptores não têm comparecido ao eixo transversal só agora na disciplina de gestão.

**R/PSIC/SC** – As disciplinas do eixo transversal de metodologia da pesquisa e de epidemiologia foram desconectadas do programa. A disciplina de gestão veio para mudar isso, até para ampliar o olhar e enfim o entendimento, para dar uma visão mais global, eu acho que isso fazia falta, se não a gente fica muito preso nas práticas cotidianas.

O desenvolvimento dos projetos de gestão, discutidos, planejados e executados com os sujeitos implicados fez a diferença. O objetivo foi formar trabalhadores comprometidos com a gestão pública ampliada, compartilhada.

Ainda que a formação e práticas de gestão dos preceptores no hospital esteja, tradicionalmente, pautada na lógica gerencial hegemônica, a possibilidade de vivenciarem outra proposta de gestão, sem a sobreposição de um saber profissional sobre o outro, propiciou uma densa e qualificada reflexão sobre a realidade e a própria ação para modificá-la.

A formação do docente que coordenou a prática educativa referente ao tema, a negociação realizada com as chefias dos serviços para que liberassem os preceptores para participarem, junto com os residentes, das aulas sobre o tema de gestão em saúde, a metodologia utilizada e o envolvimento dos demais trabalhadores das equipes na produção dos projetos, constituíram as condições materiais para que a proposta chegasse a um bom resultado.

Nesses primeiros anos da residência multiprofissional tem-se observado que a formação dos preceptores e docentes, ora reproduz práticas de atenção à saúde fragmentadas, não se afastando do modelo biomédico, ora se aproxima do que foi proposto em seu PPP.

As deformações nos processos de trabalho e a racionalidade gerencial dos serviços, coerentes à estrutura hospitalar verticalizada, vão criando barreiras e se contrapondo aos movimentos da residência, conforme narrado pelos trabalhadores:

**PC/AS/AC** – A lógica de funcionamento dos serviços na Instituição pesa muito, interfere e dificulta. Neste momento o que a gente observa é que o núcleo está mais fortalecido. O núcleo está se preponderando ao campo.

Nessa configuração, o que era para ser integrado se fragmenta ainda mais na lógica do fortalecimento dos núcleos, esfacelando as tentativas de um trabalho pedagógico interdisciplinar pela falta de consistência da proposta de integração.

A conformação estrutural e orgânica das áreas, diferenciada pela natureza do cuidado que realizam, também contribui para o distanciamento das perspectivas do projeto.

A formação prevista no currículo do PRIMS, de modo geral, está organizada nas respectivas áreas de concentração de maneira que os residentes, durante o primeiro ano de residência, se apropriem do trabalho em saúde nas chamadas áreas de média

complexidade e, no segundo ano, do trabalho em alta complexidade. O sistema de saúde brasileiro organiza a atenção em saúde em três níveis, conforme mencionei na nota de rodapé nº50.

Na Área de Concentração do Adulto Crítico, os residentes iniciam sua formação pela emergência e no segundo ano a fazem no Centro de Tratamento Intensivo.

Na Área da Saúde da Criança a formação no 1º ano de residência é desenvolvida na Pediatria Geral e no segundo na Pediatria por especialidades.

Na Área de Concentração da Saúde Mental a formação é ordenada para a compreensão do processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira com ênfase nos itinerários dos serviços substitutivos psicossociais em detrimento do paradigma asilar, no entanto, primeiramente os residentes passam pela unidade de internação psiquiátrica e depois, no segundo ano, no Centro de Atendimento Psicossocial. Na Área de Concentração do Controle de Infecção Hospitalar, pela natureza da atividade, o residente tem como campo de formação o hospital como um todo.

Na Área de Concentração Onco-Hematologia a formação inicia pelas áreas de média complexidade e no segundo ano a formação é realizada nas áreas de alta complexidade.

No Centro de Atendimento Intensivo e na Onco-Hematologia com processos de trabalho especializados e com elevado emprego de tecnologias duras<sup>133</sup>, o trabalho multiprofissional se desenvolve como somatório de práticas, além da primazia do saber médico, de enfermagem e de farmácia, tendo em vista a natureza do cuidado que é prestado e do próprio modelo de atenção afinado a essa natureza.

Nesses ambientes, a proposição do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, envolvendo a contribuição das profissões de psicologia, assistência social, nutrição, enfrenta inúmeras barreiras conforme relatado a seguir:

**R/AS/AC** – A lógica predominante na CTI é Médica, hegemônica, biologicista, fragmentada. Era mais fácil tentar contaminar os médicos na emergência do que na CTI. Até quanto ao espaço físico, tinha espaço para

---

<sup>133</sup> Segundo Emerson Elias Merhy para a realização das ações de saúde os trabalhadores utilizam três tipos de tecnologias: duras, leveduras e leves. As tecnologias duras referem-se aos equipamentos, consultórios e medicamentos. As leveduras dizem respeito aos conhecimentos estruturados, tais como: da clínica, da epidemiologia e do planejamento em saúde. As leves são tecnologias relacionais utilizadas pelo trabalhador: escuta, comunicação, estabelecimento de vínculo, cuidado do outro, acolhimento do outro. Disponível em: [http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/dialogos4/Dialogos\\_pag\\_17.pdf](http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/dialogos4/Dialogos_pag_17.pdf). Acessado em: 01/12/13.

gente sentar no round e na CTI não existe espaço físico, a gente fica de pé do lado de fora da porta. Quem conduz os rounds são os médicos, sempre eles, inclusive as enfermeiras elas sentam somente na hora que vão falar de tais e tais pacientes. A participação das outras profissões nesses rounds é para escutar a enfermagem e para falar algo à enfermagem.

**R/NUTRI/OH** – A gente tenta quando tem estudo de caso ter um olhar integral sobre o paciente. Só que ali na Onco Hemato a gente ainda não conseguiu fazer nenhum projeto terapêutico.

**PC/FARM/OH** – Na Onco Hemato a gente tem um fluxo de trabalho, por exemplo, do pré-transplante de medula, onde o paciente segue um fluxo, mas ele vai passar individualmente em cada profissional e a gente vai conversar depois no Round. Não fizemos um planejamento integrado. A residência poderia contribuir nessa situação, mas tu não podes exigir que as pessoas se modifiquem do dia para a noite. Tu tens quebra de paradigmas, de comportamentos e de culturas de muitos anos.

A cultura de anos, como refere a preceptora de campo da área de Onco-Hematologia, não pode ser superada de um hora para outra. No entanto, ela e o residente dessa área acenam que existem possibilidades “de ter um olhar integral sobre o paciente”.

No sentido da narrativa do residente da nutrição da área da Onco-Hematologia observo que, pelo menos na perspectiva teórica, os residentes já conseguem vislumbrar caminhos de integração pelos estudos que vêm fazendo a respeito dos referenciais da clínica ampliada, fartamente debatida e problematizada em alguns temas do eixo transversal e nas reuniões de colegiado de campo, por meio das atividades de apropriação conceitual sobre o sistema de saúde na esteira do princípio da integralidade. Historicamente mediados pelo enfoque biomédico, os preceptores e os residentes, ao problematizarem a realidade material do espaço hospitalar, descobrem algumas trilhas para o cuidado integral à saúde dos pacientes.

Uma das características da concepção ampliada está em reconhecer que num projeto terapêutico, dependendo do caso, pode haver uma atuação maior no enfoque biológico, sem que essa inclinação exclua ou negue os demais enfoques psicológico e social. Todavia, no planejamento da Área de Concentração do Adulto Crítico, sobretudo na CTI, a preponderância do conhecimento bio-tecnista, a que as profissões estão acostumadas, gera cada vez mais o afastamento dos trabalhadores do serviço social e da psicologia, por exemplo.

A enfermagem, por sua vez, para manter seu *status quo* na equipe, também vai se especializando cada vez mais, reproduzindo a lógica médica para poder fazer o enfrentamento a essa. Com esse movimento, a enfermagem se afasta do que poderia ser

um caminho mais efetivo para a proposta do *cuidado humanizado*, princípio fundante nos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem, a partir de suas DCN.

Os estudos clínicos realizados na CTI por serem, excessivamente fechados em suas dimensões bio-técnicas, não possibilitam a abertura para outros enfoques. As bases político pedagógicas da RIMS, nessa área, passam despercebidas, não só pela exuberância biomédica, mas pelas condições materiais da formação dos formadores, pelo número de pessoas envolvidas para o enfrentamento, pelas características dos processos de trabalho das profissões ditas de apoio, que atuam por consultorias.

Nessa área crítica, restou aos preceptores sucumbirem a essa feição estrutural de base cartesiana e mecanicista:

**R/AS/AC** – Identifico como uma prática negativa no adulto crítico lá na CTI as aulas exclusivamente técnicas, a maioria sobre o conhecimento técnico biologicista. Foi determinado verticalmente que nós passássemos assistir essas aulas dos médicos, no entanto, eles não assistem as nossas aulas e estas sim são voltadas para os princípios do SUS. No ano passado era misto. Neste ano é só clínico não tivemos nenhuma outra experiência. Estamos assistindo os “rounds” clínicos do “grand round” e as aulas clínicas que eles têm uma vez por semana denominada reunião clínica. Essas são as aulas do campo. Por enquanto foi isso que eles conseguiram fazer. Quem está dando essas aulas são os médicos.

Na narrativa acima, a residente refere sobre o trabalho em saúde na área de CTI, caracterizado por processos de trabalho medicocêntricos, coordenados pela equipe médica, ressaltando uma prática tradicionalmente utilizada na educação médica, o denominado “Round”<sup>134</sup>.

No primeiro ano do programa, a residente desenvolveu a sua formação no Serviço de Emergência,<sup>135</sup> onde são realizados atendimentos de urgência e emergência por meio

<sup>134</sup> A palavra “Round”, que em português significa rodada, constitui uma ferramenta pedagógica, tradicionalmente utilizada na educação médica e em espaços hospitalares, onde são realizados estudos de caso sobre um determinado paciente para estudo, análise, diagnóstico e encaminhamentos de tratamentos cabíveis ao caso. Tem como participantes os profissionais de saúde da equipe multiprofissional, mas, sobretudo, médicos, residentes e estudantes de medicina. Estas reuniões na lógica de atenção biomédica são coordenadas pelos profissionais médicos. Na concepção do ampliada do trabalho em saúde oriunda nos referenciais da RSB e das concepções da clínica ampliada estes espaços assumem outra configuração. Passam a constituir espaços de problematização sobre a saúde, denominado de Projeto Terapêutico Singular (PTS) que “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. [...] É uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (BRASIL, 2009, p. 39).

<sup>135</sup> No HCPA, as principais patologias clínicas atendidas na emergência são: as intercorrências no paciente oncológico, insuficiência coronariana aguda, pneumonia em adulto, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, diabetes melitus, pielonefrite, intercorrências clínicas em pacientes com

do tratamento inicial de doenças que, por vezes, podem acarretar ameaça à vida do paciente, necessitando de uma intervenção imediata.

O trabalho realizado pela residência foi valorizado pela equipe da Emergência em razão da presença fixa dos residentes no serviço e dos resultados que essa participação produziu para a melhoria do cuidado.

Pela primeira vez o Serviço de Emergência contou com um farmacêutico e um psicólogo em tempo integral. Os afastamentos desses profissionais só ocorriam, durante as aulas do eixo transversal ou quando tinham alguma atividade de matriciamento ou de participação em eventos fora do hospital. Como já referi anteriormente, o processo de trabalho dos residentes diferiu do processo de seus preceptores que continuaram trabalhando por consultoria.

Os residentes e preceptores da Área do Adulto Crítico, durante o primeiro ano, lotados na Emergência conseguiram desenvolver algumas práticas que se aproximaram da perspectiva do trabalho interdisciplinar em saúde, mas estas se restringiram à residência não envolvendo a equipe da Emergência como um todo. Mediante essa circunstância, como reconhecer que houve o trabalho interdisciplinar sem o envolvimento da equipe médica ou dos demais profissionais do serviço?

**R/AS/AC** – Nunca conseguimos que um médico participasse sequer de uma aula que era dada em campo no mesmo auditório onde são dadas as aulas para os residentes médicos. Os outros profissionais da emergência também não participavam. Inclusive antes da residência, a preceptora de Serviço Social, nunca teve que sentar num round e discutir, ou teve essa abertura. Discutia assim, em pé, próximo ao momento de alta do paciente. Quando nós nos identificávamos para tentar falar com a equipe médica, alguns nos davam atenção, outros não.

As relações com os médicos contratados e residentes médicos foram difíceis, como aconteceu na CTI. No entanto, pela natureza do trabalho desenvolvido na Emergência e por suas limitações em razão da constante superlotação e do elevado nível de estresse no ambiente, em certa medida, os trabalhadores se solidarizam e, em razão, disso se aproximam.

Feitas as considerações sobre aspectos gerais da formação desenvolvidos nas áreas de concentração da RIMS, nos parágrafos anteriores, passo a seguir a análises de algumas práticas nas cinco áreas de concentração.

**Na Área de Concentração do Adulto Crítico**, durante dois semestres do primeiro ano da RIMS, os residentes e preceptores desenvolveram dois projetos, a partir dos princípios da clínica ampliada. A apropriação teórica e prática foram intensas, produzindo encaminhamentos que resultaram em melhorias efetivas na qualidade do cuidado ao paciente. Nessas práticas tanto os residentes, quanto os preceptores vivenciaram situações que, até então, não faziam parte de seus cotidianos de trabalho. A coerência teórico-metodológica contribuiu para a efetivação da prática interdisciplinar, mesmo com a presença tardia do médico, convidado para as problematizações e participação na proposta:

**R/AS/AC** – Uma prática positiva da residência no adulto crítico foi a utilização da metodologia da árvore de problemas que foi com uma equipe multiprofissional, tentando agir interdisciplinarmente para buscar soluções, só que faltou a figura médica. Só num último momento conseguiram encaixar que um profissional médico, que tinha um pouquinho mais de flexibilidade, um canal de abertura, de comunicação, aceitasse nos dar uma aula sobre sequelas neurológicas sobre um dos pacientes que estávamos atendendo. A gente trabalhou com esse público o ano inteiro e quase para mais do meio do ano esse doutor veio contribuir com uma aula que nós poderíamos ter aproveitado esse conhecimento muito tempo mais para aprofundar no cuidado ao paciente em atendimento.

Os preceptores e residentes do campo referido na narrativa acima, ao darem assistência a uma paciente idosa, acometida por doença crônica e com reinternações frequentes na Emergência, propuseram-se a realizar um estudo de caso sobre essa paciente. Como já estavam estudando alguns referenciais da clínica ampliada resolveram por em prática, a partir da contribuição de uma preceptora, que já havia realizado projetos terapêuticos, na lógica desses referenciais, em outro programa do qual faz parte. Iniciaram o estudo, tendo como ferramenta metodológica a *árvore de problemas*<sup>136</sup>.

---

<sup>136</sup> A árvore de problemas (Bracagioli, Gehlen e Oliveira, 2010) é uma ferramenta metodológica que propõe analisar a relação causa-efeito de uma situação problema. As raízes da árvore representam as causas do problema; o problema é representado no tronco e os efeitos nos galhos. Na discussão da situação problema, são anotadas as causas (raízes) e os efeitos (galhos) do problema. Após são planejadas as ações que serão desenvolvidas para eliminar ou controlar as causas da situação problema em análise. Esta ferramenta metodológica constitui um dos passos do Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP). “Este enfoque metodológico foi constituído a partir das reflexões originais do ex-ministro do Governo Allende, o Econ. chileno Carlos Matus, no decorrer dos anos setenta e oitenta. O MAPP tem

A partir desse estudo, os residentes e preceptores iniciaram as primeiras tentativas para o exercício de um trabalho pedagógico interdisciplinar. Durante um bom tempo problematizaram, estudaram e propuseram intervenções, tendo como ponto de partida um projeto terapêutico para a paciente, elaborado de maneira compartilhada pelos profissionais, sem a sobreposição de um saber sobre outro, além da contribuição da paciente e de seus familiares na condução desse projeto. Todavia, houve um impasse na prática dessa proposta pela não participação dos médicos no planejamento, desenvolvimento e avaliação.

O que era para ser um trabalho interdisciplinar, envolvendo todas as profissões da equipe de saúde na lógica pensada pela RIMS, constituiu-se dessa forma apenas entre os participantes da residência multiprofissional. A participação médica foi quase inexistente.

Nessa direção, é importante referir que a política pública que legaliza a formação em Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da lei 11.129/2005 menciona em seu artigo 13 que tal formação é destinada às categorias profissionais que integram a saúde, com exceção da categoria médica (Anexo C). A contradição da política começa por aí, mesmo que essa contradição esteja justificada pelas razões que já mencionei no item 2.4 deste estudo. O que vem para fortalecer o SUS, por meio de uma nova proposta assistencial, já nasce com as pernas quebradas. A profissão médica que, tradicionalmente, já fazia sua residência, a partir do modelo assistencial dominante e sem nenhuma integração com as demais profissões, continua separada da residência multiprofissional e agora por lei. No entanto, na materialidade das práticas desintegradas entre os médicos e os “outros profissionais de saúde” há que se contar com o que disse a residente em sua narrativa a seguir:

**R/AS/AC** – Acho que o trabalho que fizemos no ano passado influenciou a equipe da emergência. Fizemos um trabalho Interdisciplinar na residência proposto no campo lá emergência, mas sem o profissional médico. Convidamos, mas não participaram. A contribuição desse trabalho na emergência vai se dando assim: “Água mole em pedra dura tanto bate até que fura”.

---

sido utilizado no contexto brasileiro principalmente nos sindicatos de trabalhadores e entidades dos movimentos sociais populares e vem se constituindo uma importante ferramenta para a organização de grupos, melhoria dos níveis de gestão interna das organizações e clarificação do seu Projeto Político de mais longo prazo” (DE TONI, J.; SALERNO, G. e BERTINI, L, 2008. p. 140).

Por meio do dito popular, a residente refere sua esperança de *um dia a pedra furar*. A participação de um médico nesse projeto da RIMS foi rarefeita, mas, de alguma maneira, aconteceu diz a residente: “*A gente trabalhou com esse público o ano inteiro e quase para mais do meio do ano esse doutor veio contribuir com uma aula*”.

Devido ao número de internações e das diferentes condutas de tratamento a que a paciente era submetida, cada vez que reinternava, seu estado de saúde se agravava, tanto pelas interações medicamentosas, quanto pelos equívocos cometidos em razão da falta de diálogo e integração entre os diversos profissionais que a atendiam no Serviço de Emergência do Hospital e no Posto de Saúde, ao qual a paciente está circunscrita.

No decorrer da prática desse exercício interdisciplinar, os residentes e preceptores realizaram atividades que, até então, não faziam parte de suas rotinas profissionais, desde as suas formações iniciais.

No sentido da compreensão da história de saúde da paciente, além das informações disponíveis no histórico de seu prontuário, das informações dos profissionais, que em alguma fase das internações a atenderam, compartilharam a realização de visitas domiciliares, consentidas pela paciente e familiares. Para tal, planejaram algumas ações que desenvolveriam durante a visita, quanto ao que seria necessário observar, as perguntas que seriam feitas, o cuidado que teriam que tomar quanto aos princípios éticos. Enfim, todas as questões que deveriam compor a proposta da visita. Conforme Takahashi e Oliveira (2001) a visita domiciliar possibilita à equipe conhecer as condições de vida e de saúde das famílias no sentido da elaboração de um melhor planejamento terapêutico.

Nessas visitas, além de se inteirarem sobre o contexto de vida da paciente, suas condições materiais de existência, moradia, alimentação, relações familiares, entre outros aspectos, aproveitaram para dar orientações à paciente e familiares que a acompanham.

Observaram que a paciente, ao contrário do que estava informado no registro de seu prontuário na sua última internação na emergência do hospital, estava se locomovendo sem a dependência de cadeira rodas. A própria paciente atendeu a porta quando os profissionais chegaram a sua residência. Nessa visita, além dessa constatação, verificaram que a paciente estava tomando uma série de medicações, que administradas conjuntamente, lhe acarretavam danos à sua saúde, entre esses, graves distúrbios nutricionais.

A partir dessa visita, planejaram a realização de uma reavaliação da paciente para a prescrição de um tratamento planejado, interdisciplinarmente, para as suas necessidades de saúde.

Restauraram, também, a vinculação da paciente ao posto de saúde em que estava circunscrita.

Após o encaminhamento da paciente para reavaliação e intervenção, procederam a contra referência com orientações à equipe da atenção primária para o prosseguimento do tratamento. Foram exercitadas algumas práticas de matriciamento externo, ou seja, a equipe do hospital orientou tecnicamente a equipe do posto, quanto aos cuidados e procedimentos cabíveis ao tratamento da paciente.

Esse trabalho resultou na melhora do estado de saúde da senhora e a conseqüente diminuição de suas reinternações.

Os residentes e os preceptores, envolvidos nesse projeto, puderam perceber a relevância do trabalho pedagógico interdisciplinar para a resolutividade e melhoria da qualidade do trabalho em saúde, puderam vivenciar o quanto é necessária a integração entre os níveis de atenção. Entenderam o quanto a formação biomédica dos trabalhadores da saúde limitam a prática integrada. Problematizaram que a produção do conhecimento em saúde não se dá pela pura adição de saberes, ou pela parceria numa perspectiva de organização taylorista da equipe multiprofissional e que há limites para elaboração de um plano terapêutico interdisciplinar, se a produção do conhecimento sobre o processo saúde doença do paciente não estiver mediado pelo caráter dialético da realidade social que o permeia (FRIGOTTO, 1997). Entenderam que trabalhar interdisciplinarmente não quer dizer “que todos façam de tudo, ou cada um o papel do outro”. (FOLLARI, 1997, p.138). Compreenderam, também, que o trabalho pedagógico interdisciplinar em saúde deve estar voltado para a realidade concreta das necessidades de saúde do usuário, levando em consideração que a saúde não é ausência de doença, mas um fenômeno resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer e acesso a serviços de saúde.

Esse trabalho rendeu muitos frutos para a formação não só dos residentes, como dos próprios preceptores e, de algum modo, sensibilizou os demais trabalhadores e gestores em razão dos bons resultados.

O fato da diminuição das internações da referida paciente na Emergência do Hospital, muitas vezes provocadas por não ter tido o adequado acompanhamento da Unidade de Atenção Básica em que estava vinculada, contribuiu para desafogar a

Emergência que está sempre com o número excedente de usuários para a sua capacidade. As orientações aos familiares para a restauração do vínculo com o posto de saúde, as orientações técnicas dadas à equipe da atenção primária constituíram os vários passos para a resolutividade do caso.

A emergência do HCPA tem capacidade para o atendimento de 49 usuários adultos e 09 usuários pediátricos, no entanto, está em média, com 100 pacientes internados. Esta superlotação diária aumenta os custos para o SUS e diminui, sobremaneira, as possibilidades de um atendimento adequado e humanizado às necessidades dos pacientes, além do sofrimento que causa aos trabalhadores por conviverem com o caos, com a sobrecarga de trabalho, sem muita perspectiva de mudança. Essa realidade também dificulta a realização de projetos terapêuticos interdisciplinares.

Nesse sentido se produz um círculo vicioso, promovido pelo modelo de atenção biomédico, pela formação cartesiana e fragmentada dos trabalhadores, pela ineficiente integralidade do sistema, pela precarização do trabalho e pelas dificuldades da atenção primária<sup>137</sup> com baixos investimentos do governo, falta de profissionais e de instalações adequadas, falta de equipamentos necessários para que possa cumprir com o que se propõe, ou seja, “responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades” (MATTA; MOROSINE, 2008, p.44).

Outro agravante que essa materialidade produz é a baixa credibilidade sobre o SUS pela população que, pressionada pela dor e sofrimento, pela precariedade da porta de entrada do sistema, busca alternativas como pode para angariar um atendimento mais rápido. Todas essas questões, entre outras, diminuem o potencial de uma política pública que pretende a universalidade, a equidade e a integralidade.

Todavia, em meio a tantas mazelas do sistema de saúde, a formação constitui um dos caminhos pensados pela RSB, materializada por uma nova concepção de educação que de concretude à concepção ampliada de saúde. Nesse sentido Lima refere que:

---

<sup>137</sup> A Atenção Primária à Saúde, orientando-se pelos referenciais da Reforma Sanitária Brasileira, é denominada pelo SUS de Atenção Básica à Saúde (ABS) para destacar a reorientação do modelo assistencial, em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (Matta; Morosine, 2008).

A formação profissional é entendida aí como uma condição *sine qua non* para a própria participação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema (2008, p.3).

A prática desse estudo de caso, realizado ao longo do primeiro ano da residência, foi um grande impulso para a reflexão sobre os aspectos estruturais e conjunturais que caracterizam a materialidade da sociedade brasileira, do SUS, da Instituição hospital/escola/empresa, onde residentes e preceptores tramitam com suas forças de trabalho e do modelo de atenção dominante.

A partir dessa vivência, os residentes e preceptores, movidos pela satisfação de terem podido, de alguma maneira, aliviar o sofrimento de um ser humano, por meio de suas intervenções interdisciplinares, propuseram outro projeto de cuidado, conforme referem a seguir:

**PC/AS/AC** – No primeiro ano da residência na nossa área do adulto crítico fizemos um projeto de trabalho com os pacientes que usam a sonda nasointestinal. Esse trabalho gerou um instrumento para avaliação e entrevista com tais pacientes, elaborado pelos residentes a partir de conversas com todos, muitas vezes fazendo avaliação e entrevistando um familiar no mesmo momento. Os residentes aprenderam a trabalhar juntos e terem respeito ao outro profissional, sabendo que eles podem estar juntos sem entrar na profissão do outro e que eles tem que ter esse olhar. Os residentes ainda são mais direcionados aos núcleos, mas agora eles não conseguem abrir um prontuário e ver a história do paciente sem perceberem: “Ah! O meu colega tem que ser acionado nesse momento, essa questão aqui eu acho que eu tenho que ver com a nutrição, esse eu tenho que ver com o serviço social”.

A narrativa da preceptora de campo é reveladora da importância de um trabalho integrado. O prontuário do paciente<sup>138</sup> é um instrumento que também demonstra até que ponto os profissionais interagem no trabalho em saúde. Durante a permanência de um paciente no ambiente hospitalar, este é submetido a muitas entrevistas, feito por instrumentos denominados de anamnese. Todas as profissões tem seu espaço para anotação de suas evoluções, dados que consideram relevantes para o planejamento de suas ações de cuidado. No HCPA este documento é eletrônico e interligado. Um

---

138 O prontuário do paciente é um documento legal que reúne sua história, a síntese de dados relevantes para a elaboração do plano terapêutico, durante sua permanência no hospital. É um meio de comunicação entre profissionais para o trabalho em equipe. É fonte de pesquisa, auditoria e contabilidade. Devem ser registrados no prontuário todos os procedimentos realizados no plano terapêutico proposto para o paciente, sua evolução e demais anotações cabíveis.

profissional de saúde tem acesso aos registros de outro profissional, por meio de um sistema informatizado e conectado:

**R/AS/AC** – No ano passado a proposta da RIMS viabilizou um trabalho integrado entre os residentes. No nosso itinerário estava previsto o atendimento ao paciente juntos. A gente se apropriou conjuntamente das questões do prontuário. Fomos colocados juntos a avaliar os pacientes, então eu vi a enfermeira avaliar todo o processo de trabalho dela e todas as questões que ela observava dos cuidados. Havia cuidado domiciliar não adequado, com a úlcera por pressão, questão das sondas; e eu via com o colega nutricionista a importância da avaliação nutricional, a importância que esse profissional tem na questão de definir uma dieta quase como medicamentosa. O trabalho com o farmacêutico o quanto é importante e indispensável; e eles viram o meu trabalho com a família. Nós realizamos instrumentos multiprofissionais. Uma anamnese multiprofissional. Esse instrumento ficou para os R1 nesse ano. Apresentamos esse instrumento para os profissionais da emergência, para os médicos não.

A prática relatada acima indica que a aproximação dos residentes, mediada pela proposta de um itinerário de formação que os possibilitou trabalhar juntos, foi um ganho para a integração entre eles. A oportunidade de atuarem juntos na análise das necessidades de saúde do paciente e de realizarem práticas não como soma de saberes e fazeres contribuiu para o entendimento de que cada fragmento do conhecimento está interligado a outros fragmentos, por uma lógica orgânica de totalidade e de que a interdisciplinaridade consiste “em processos de interação entre conhecimento racional e conhecimento sensível, e de integração entre saberes tão diferentes, e, ao mesmo tempo, indissociáveis na produção de sentido da vida” (PEREIRA, 2008, p, 263). Além disso, essa nova proposta revelou a necessidade de busca de caminhos diferentes nos processos de trabalho, como referido a seguir:

**PC/AS/AC** - A grande contribuição da residência por meio da nossa proposta do ano passado, desenvolvida pelos preceptores e residentes, foi a possibilidade de aproximar alguns serviços que não estavam lá dentro, por exemplo, a nutrição, a farmácia e hoje a psicologia. O positivo é foi sendo criado um espaço e esse espaço está sendo valorizado, isso está mostrando a necessidade, que a gente precisa desse trabalho integrado, de funcionários dessas profissões lá.

Por meio dos resultados do trabalho efetuado pelos preceptores e residentes da RIMS, a gestão do Serviço de Emergência reuniu argumentos junto à Administração Central do Hospital para justificar a contratação de mais profissionais. Contar, em tempo integral, com profissionais de saúde que antes exerciam seus processos de trabalho por meio de consultorias, em ações desconectadas e distantes de uma prática

integrada, qualificou o atendimento ao usuário. O trabalho do farmacêutico por consultoria causava prejuízos ao paciente, frustrações ao próprio profissional que nada podia fazer, a não ser evoluir no prontuário do paciente, o que lhe cabia, numa ação pontual e pouco efetiva.

A aquisição de um profissional de farmácia para o Serviço de Emergência foi decisivo na agilidade dos processos de análise e acompanhamento das prescrições de medicamentos, sobretudo, nos casos das frequentes reinternações de pacientes com doenças crônicas. Ter uma nutricionista em tempo integral, avaliando a paciente, em diálogo com os demais profissionais, resultou na melhoria do atendimento e dos resultados.

Antes da RIMS, o farmacêutico se equilibrava na corda bamba, entre a CTI e a Emergência, para conseguir realizar a avaliação das prescrições de medicamentos. Ter um farmacêutico para dialogar com a equipe médica, em tempo integral, repercutiu na qualificação das intervenções da equipe de saúde, como um todo.

A prática do PPP do PRIMS resultou, ao longo de seus dois primeiros anos de existência, em algumas experiências exitosas, considerando os limites que venho analisando neste estudo, mas também revelou práticas que reproduziram a lógica assistencial, a qual quer superar.

Além dos projetos da área de concentração do adulto crítico analisados nos parágrafos anteriores, nas outras áreas de concentração da residência, as atividades do campo, do núcleo e as metodologias que materializaram o trabalho em saúde, proposto pelo PRIMS, estiveram ora próximas aos referenciais da clínica ampliada, ora bem distantes do que foi preconizado no projeto da residência.

**Na Área de Concentração da Onco Hematologia** os preceptores não conseguiram desenvolver nenhum projeto terapêutico singular, o que poderia possibilitar o exercício de uma prática integrada entre as profissões, ou, pelo menos, próxima das características de um trabalho pedagógico interdisciplinar. Houve a mobilização para o estudo dos referenciais da clínica ampliada, mas essa iniciativa não foi suficiente para que eles o colocassem em prática. Por ser uma área que abriga muitas especialidades médicas, em processos de trabalho variados, tendo em vista as peculiaridades patológicas atendidas, essa configuração se reflete no trabalho em equipe caracterizado, principalmente, pela atuação de cada profissional em separado e, por vezes, por uma parceria, quando necessária, para a efetivação das prescrições médicas.

Com modelo assistencial eminentemente biomédico, as profissões ditas de apoio, atuam por demandas pontuais e determinadas pela prescrição e orientação médica:

**R/NUTRI/OH** – No primeiro ano da residência tentamos trabalhar com o PTS, mas não conseguimos. A gente viu em teoria, mas fica muito vago quando tu não colocas as coisas em prática e quando, inclusive os profissionais que querem fazer aquilo dar certo, não sabem como fazer. Fica teórico para nós que temos que aprender e para eles que têm que conduzir e eu acho que isso é o maior problema. Como vou conduzir o desenvolvimento de um projeto terapêutico se eu nunca fiz. Na onco pediatria todos os profissionais trabalham na lógica de que cada um faz a sua parte. No [...] não conseguimos estabelecer projetos integrados com os residentes da medicina. Dependendo do caso, quando era necessário, quando eu tinha dúvida, o médico tinha dúvida, sentávamos para ver que iríamos fazer com determinado paciente.

Os profissionais da Onco-Hematologia também perceberam os residentes, como um reforço da força de trabalho da equipe, tendo como consequência a melhoria da efetividade dos atendimentos, pela permanência, deles, no serviço, o que não acontece com os profissionais da psicologia, nutrição e assistência social que prestam consultoria nessa área. A presença dos profissionais residentes, em caráter integral e à disposição da gerência médica, evidentemente, foi ressaltada, conforme referido pelo residente:

**R/NUTRI/OH**– De certo modo acho que os residentes impactaram alguma coisa na equipe. Quando saímos de lá os profissionais do [...] disseram: Vocês estão fazendo falta aqui, justamente por a gente estar o tempo inteiro presente ali dentro. Então nós éramos disponíveis. No [...] a gente tinha uma integração muito boa. Com certeza houve a contribuição da área de concentração para essa integração, os momentos de round, de discussão de caso.

O diálogo promovido durante as reuniões de colegiado de campo e de núcleo, o planejamento dos itinerários em que os residentes fariam suas práticas produziu, até certo ponto, uma liga maior entre os residentes e preceptores, porém, na mesma perspectiva assistencial dominante na área.

A equipe da Onco-hematologia pela especificidade da natureza do cuidado que realiza aos pacientes, geralmente, debilitados e abalados emocionalmente por doenças graves e de tratamentos de longa duração, tem um expressivo envolvimento com os familiares. Com a presença dos residentes, de forma fixa nas unidades, a agilidade nos atendimentos foi bem maior, também aliviou, sobremaneira, o desgaste diário dos

profissionais que atuam sobre consultoria junto às especialidades médicas. Todas essas questões, evidentemente, resultaram nas boas vindas aos residentes.

**Na Área de Concentração do Controle de Infecção Hospitalar (CIH)**, em razão de suas características, eminentemente, de controle e supervisão sobre as demais áreas do hospital, os processos de trabalho dos profissionais dessa área são interativos e de interlocução permanente com os trabalhadores da Instituição. Atuam diretamente nas áreas críticas, onde o risco para a ocorrência de infecção hospitalar é maior, tais como: no Centro de Tratamento Intensivo, na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico, na Neonatologia e na Unidade de Oncologia Pediátrica. Nas áreas com menor risco para ocorrência de infecções hospitalares, o monitoramento é feito, rotineiramente, por estagiários em visitas às unidades. A partir da residência, o monitoramento das áreas, nos finais de semana, passou a ser executado pelos residentes, em substituição dos profissionais da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o que causou indignação por parte daqueles. Por serem profissionais formados se sentiram subutilizados. Essa questão já foi referida no item 5.1.3 deste estudo.

Na CIH são desenvolvidas ações de prevenção e controle, de acompanhamento dos indicadores de infecção hospitalar, monitoramento de processos críticos que apresentam potencial impacto sistêmico, tais como a vigilância no processo de liberação de leitos de isolamento, dos quartos individuais como medida indireta de adesão aos protocolos institucionais de tuberculose e medidas preventivas, sob o controle da CIH. Nessa área também são realizadas auditoria clínica de antimicrobianos, avaliação dos indicadores monitorados de adequação técnica nas diversas fases das atividades prescritivas de antibióticos e antifúngicos e ações de vigilância, entre outras (HCPA, 2013).

Trata-se, portanto, de um trabalho peculiar pela conexão que realiza com as demais áreas do hospital e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nas situações de comunicação das doenças de notificação compulsórias ocorridas na Instituição (HCPA, 2013).

A residência nessa área trouxe algumas mudanças para as práticas dos trabalhadores. A narrativa a seguir refere o quanto a apropriação dos referenciais teóricos, políticos e pedagógicos da proposta da residência produziram modificações nas análises dos processos de saúde doença dos pacientes acometidos por infecção hospitalar. De uma análise puramente biologicista, a trabalhadora partiu para uma

análise ampliada, considerando os condicionantes e determinantes sociais do adoecimento, na materialidade dos processos de infecção:

**PC/ENF/CIH** – A residência produziu mudanças na minha atitude profissional, porque eu comecei a pensar os princípios do SUS dentro do controle de infecção. Como não é uma prática no hospital eu tento em todas as discussões de casos de pacientes que fizemos com os estagiários, residentes, profissionais começar dizendo primeiro: “paciente tal, idade tal”, porque senão a tendência do residente, do médico é dizer: “Eu vou discutir essa infecção urinária do Seu Fulano aí o paciente vira uma infecção urinária, entendeu?” Estudamos o paciente como um todo, até a questão familiar. Ainda não fizemos uma integração fora do hospital, mas com a residência nos aproximamos mais do paciente e família. Agora estamos fazendo grupos de familiares. Isso desde que começou a residência. E a nossa proposta é junto com a residência fazer parte das visitas que outras áreas já fazem, mas o que a gente quer muito não é só ir na visita e orientar o paciente e família, mas ir no posto de saúde que o paciente frequenta e orientar os profissionais, porque é essa a nossa maior função. A gente ainda quer fazer esse link com alguns postos de saúde, mas ainda não encontrei o caminho.

Entre os programas de residência multiprofissionais de todos os Hospitais Universitários, o único a realizar residência em Controle de Infecção Hospitalar foi o HCPA. Havia um desejo muito grande por parte dos trabalhadores dessa área em oferecer residência para as profissões de farmácia e enfermagem. É uma área de muita produção em pesquisa. A presença de mais profissionais intensificaria esse processo, além de ser um espaço de práticas não explorado em cursos de residência multiprofissional. As tramitações para aprovação dessa área pelo MEC e MS foram difíceis, pois seria uma residência multiprofissional em apenas duas profissões, enfermagem e farmácia, o que não estaria justificado legalmente, pois a determinação é de, no mínimo, três profissões. No entanto, por uma negociação com os Ministérios que comprometia o hospital à abertura de vaga para uma terceira profissão no ano seguinte, a de assistente social, foi aceita a proposta de residência nessa área.

Essa estratégia forçou a entrada de outra área de conhecimento no setor. Desde o período de construção da RIMS, das discussões sobre os marcos políticos pedagógicos que fundamentariam a proposta, a CIH manifestou interesse, inicialmente atraída pelo aumento de força de trabalho para a equipe, mas na medida em que avançavam os estudos e análises, os gestores e trabalhadores viram na residência uma possibilidade de ampliação dos saberes da área, até então, bio-tecnista pela própria natureza de formação das profissões que a integravam (médica, de farmácia e de enfermagem). A entrada de um profissional do serviço social contribuiria para qualificar as análises feitas, a partir de outros referenciais:

**PC/ENF/CIH** – A diferença a partir da residência é ver o paciente como um todo, o paciente como um ser social. Uma das situações mais significativas na preceptoria foi um caso que a gente começou a discutir, de um paciente real, que estava internado na UTI em estado grave e que veio transferido de outro hospital. O paciente veio com uma bactéria multirresistente no pulmão. Ele tinha uma infecção grave, daí os residentes disseram: Vamos pensar o que fazer com essa infecção. Eu falei para eles: Não... vamos além...Por que esse paciente veio parar no hospital? Quis mostrar para eles que a proposta de residência é outra. Fui me dando conta disso com a residência.

A repercussão das concepções de saúde e de educação em saúde trazidas pela residência resultou em mudanças nas análises, nas orientações às equipes de saúde e no monitoramento dos indicadores de infecção junto aos serviços. A partir da residência, a CIH do hospital espera avançar, para além dos muros do hospital, em atividades de matriciamento externo junto à atenção primária, proposição impensada antes. As ações dessa área sempre estiveram voltadas para o matriciamento interno, como prioridade. As pretensões de fazer visitas domiciliares, acompanhando as demais áreas de concentração da residência que utilizam essa ferramenta pedagógica para ampliarem o conhecimento das condições de vulnerabilidade dos pacientes com doenças crônicas, ou acometidos por patologias graves, também constitui uma mudança na cultura do CIH do hospital.

**Na área de Concentração da Saúde da Criança** o desenvolvimento das propostas da residência foi gradativamente envolvendo os trabalhadores em estudos dos referenciais e proposições práticas a partir do que o PPP propunha. Em certa medida, as profissões do PRIMS já realizavam, nessa área, um trabalho dialogado com a equipe médica, mais aberta às contribuições das demais profissões no sentido da composição de seus diagnósticos e práticas de atenção, principalmente, no serviço de pediatria geral, organizado numa perspectiva clínica menos centralizadora e biomédica. Já nos serviços de pediatria por especialidades pediátricas (adolescentes, gastropediatria, nefrologia, neurologia, pneumologia), a interlocução entre a equipe médica e as demais profissões de saúde se constituía como no restante da Instituição, de maneira fragmentada e pela lógica médico-centrada, com algumas exceções pela própria natureza das especialidades:

**PN/NUTRI/SC** – O nosso hospital é voltado para o SUS, mas algumas práticas que nós precisaríamos desenvolver não fazem parte do modelo do hospital. A equipe das especialidades na pediatria não trabalha, a partir do que a proposta da RIMS propõe, mas a gente quer que pelos menos os residentes do segundo possam, entre eles, chegar à proposta, até para que

tudo que trabalhamos no primeiro ano não acabe se perdendo no segundo ano.

O trabalho com adolescentes e com crianças requer um contexto de atendimento, necessariamente multiprofissional, devido a essas fases do desenvolvimento humano, bem como da produção de vínculo da equipe de saúde com os familiares desses pacientes e com outras instituições a que eles estão associados, durante seus períodos de formação escolar.

Como informei no início deste item, nas áreas que contemplam atendimentos clínicos gerais, ambulatoriais e atendimentos por especialidades, os itinerários de formação dos residentes aconteceram no primeiro ano, em pediatria geral, e no segundo ano, nos serviços especializados.

Para desenvolverem os projetos de formação dos residentes na lógica dos fundamentos da clínica ampliada, os preceptores organizaram nos encontros colegiados, além das atividades de gestão da área e dos núcleos profissionais, atividades de estudos para apropriação teórica das concepções, já propondo algumas práticas nesse sentido.

Embora o esforço dos trabalhadores, as condições no que diz respeito ao tempo e disponibilidade limitaram o desenvolvimento do processo de apropriação conceitual:

**PN/NUTRI/SC** – Como preceptora me sinto frustrada realmente de não ter mais tempo. Quanto à metodologia na residência a gente está tentando mudar.

Era uma nova proposta, um novo modo de atenção à saúde. Mesmo os trabalhadores formados, a partir das DCN que, supostamente, teriam algum conhecimento sobre os marcos conceituais do SUS, não tinham noção do que, agora, tardiamente tentavam se apropriar. Considerando a narrativa, expressa acima, da preceptora de núcleo da nutrição: *“O nosso hospital é voltado para o SUS, mas algumas práticas que nós precisaríamos desenvolver não fazem parte do modelo do hospital”* é oportuno dizer que o hospital é o SUS que não é SUS e que, desde 2010, por meio de um projeto de residência, fragilizado pelas condições materiais de sua existência, tenta se aproximar daquilo que tornaria o hospital, até certo ponto, um espaço de saúde, realmente, SUS.

A área da Saúde da Criança, a exemplo da área do adulto crítico, que desenvolveu dois projetos que se aproximaram de uma prática pedagógica interdisciplinar, também

realizou práticas nesse sentido, utilizando para tal, a metodologia do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

**PC/AS/SC** – A metodologia de ensino que estamos procurando desenvolver em nossas práticas é sem dúvida, diferente da nossa formação.

Esta proposta difere dos estudos de caso realizados, a partir do modelo assistencial biologicista que tem na figura do médico o coordenador do trabalho em saúde. No PTS o centro é o usuário e o objetivo é produzir um plano terapêutico que o atenda de forma integral.

Essa metodologia sugerida pela Política Nacional de Humanização constitui um dispositivo pedagógico para proposições de caminhos terapêuticos, por meio do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde com a participação do usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade da situação problematizada.

O projeto inicia pela realização do diagnóstico. Nessa fase os profissionais analisam, problematizam e avaliam as necessidades de saúde do usuário, inspirados na concepção ampliada de saúde. Por meio de uma densa reflexão compartilhada, dialogam suas compreensões, mediadas pelos conhecimentos acumulados de suas práticas de vida e de trabalho, pelas relações teórico-práticas com os demais profissionais, pelas suas vivências nos espaços de saúde, pelas relações com usuários e familiares que já cuidaram, entre outros aspectos. As várias avaliações são lançadas numa roda de conversa, coordenadas por um dos profissionais escolhido pelos participantes. Nesse movimento integrado, iniciam a produção de caminhos terapêuticos pensados a curto, médio e longo prazo que serão negociados com o usuário por meio de um profissional da equipe que tiver um vínculo maior com aquele. Nessa fase dividem as responsabilidades, definindo objetivamente as atribuições que cada um terá no decorrer das práticas dos caminhos terapêuticos acordados. Ao longo da prática do plano, os profissionais realizam as avaliações, a partir da discussão da evolução, fazendo as correções dos rumos do plano (BRASIL, 2004).

Entre as atividades de formação no campo, a pretensão com o PTS tem sido unir as dimensões teóricas e práticas em torno de uma situação real. A narrativa a seguir, situa o desenvolvimento dessa proposta:

**R/PSIC/SC** – A gente tem a prática do Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, que a gente instituiu como atividade de campo dentro da área da criança. Isso foi uma construção da residência. Apareceu como uma atividade

teórico-prática da residência. Então era o lugar que a gente discutia os casos e as preceptoras também repensavam as suas práticas. E isso apareceu mais como uma atividade de ensino do grupo inicialmente. E aí a gente começou a se dar conta de que o que se fazia ali era realmente a assistência desses casos, então tínhamos que ampliar essa proposta do projeto terapêutico e aí a gente foi convidando todos os outros profissionais a participarem. Entrou o fisioterapeuta, entrou o médico, a gente discutiu os casos enfim, mas tem muito ainda a melhorar nesse sentido. Ainda fica muito isso como uma atividade dos residentes multiprofissionais. Mas eu acho que o espaço já serviu para isso. E aí a gente vê coisas institucionais acontecendo, movimentos do resto da equipe. A pediatria instituiu então um Round multiprofissional também em que estão todos os médicos professores, pediatras e acontecem semanalmente. Antes não tinha estruturado assim, tinha eventualmente.

A introdução dos projetos terapêuticos singulares, pela residência, em alguma medida, tem provocado como bem referiu a residente, o *repensar das práticas*, sobretudo, as dos preceptores.

Nesse sentido, as narrativas a seguir referem os caminhos percorridos pelos preceptores e residentes em busca de fundamentação sobre as bases conceituais do SUS, tão distantes deles e de suas formações iniciais e continuadas, apesar de agirem nesse espaço SUS que não é bem SUS, tal como foi projetado na luta dos movimentos sociais, nos sonhos eloquentes e conscientes dos sanitaristas e, quando uso essa expressão “sanitaristas”, estou falando de homens e mulheres que ousaram lutar e acreditar que as boas práticas em saúde não podem se inspirar na ideia de que a saúde do corpo está separada da saúde da alma, ao contrário disso, acreditam que as boas práticas, se materializam no corpo e alma do ser social:

**R/EF/SC** – Para iniciar o PTS a gente estudou princípios do SUS dentro do campo, os preceptores estudaram junto, a gente estudou sobre o Projeto Terapêutico Singular, sobre clínica ampliada. Todo mundo trabalhou junto.

**PC/AS/SC** – Antes de entrar na RIMS nunca tinha lido sobre os conceitos da Clínica Ampliada. Nunca havia lido sobre Projeto Terapêutico Singular, porém quem trabalha com criança e adolescente leva uma vantagem, já tem esse olhar mais interdisciplinar. Não tínhamos o PTS, pois neste a gente aprofunda mais e aqui no hospital tu não consegues aprofundar pelas demandas, portanto isso é um grande diferencial e esse olhar maior da clínica ampliada, de entender a criança, a família, desde o início. A questão da linha de cuidado sempre foi um olhar que a gente teve, é da formação do assistente social de ter isso muito enraizado.

**R/PSIC/SC** – O Projeto Terapêutico Singular foi muito significativo para minha formação foi essencial. Tivemos um caso de uma criança com várias questões hospitalares preocupantes, tinham muitas questões do contexto social que a família vivia, questões que envolviam a justiça, era muito intersetorial. Havia questões da atenção básica, de um município que não tinha uma rede de saúde estruturada, não tinha PSF (Programa de Saúde da Família). Fomos levantando todas as questões de vulnerabilidade desse caso

e podemos ir vendo o que cada um poderia contribuir, que práticas a assistência poderia se programar para darmos conta dessa realidade. Avaliamos esse PTS como mais bem sucedido no ano passado

**P/NUTRI/SC** – Na minha formação não tinha ideia dos princípios da clínica ampliada. Eu fui ter ideia e usar a partir da residência até porque o modelo do hospital é médico.

**R/EF/SC** – Os preceptores e residentes da Saúde da Criança foram aprendendo juntos.

Os estudos realizados em conjunto pelos preceptores e residentes, durante as atividades de campo, aliados ao exercício da construção de projetos terapêuticos singulares foram produzindo nesses trabalhadores um sentimento de solidariedade, de liga pelo não vivido e pelo desejo de viverem outras práticas em saúde.

A narrativa a seguir enfoca o envolvimento dos trabalhadores nas novas construções e o anúncio de pequenas possibilidades de mudanças estimuladas pelas práticas da RIMS.

Entusiasmados pelas boas repercussões na qualidade do cuidado ao usuário, por meio dos PTS e pela consequente utilização de ferramentas pedagógicas inerentes a essa nova proposta, os preceptores e residentes, movidos pelos atos de reflexão-ação-reflexão, iniciam um processo de questionamentos sobre a lógica assistencial do hospital e em consequência sobre seus próprios processos de trabalho que alimentam tal lógica:

**PC/AS/SC** – Com o PTS houve, sem dúvida, uma melhoria na qualidade do serviço prestado no hospital, porque nos obriga, eu falo nós trabalhadores e preceptores, a estudarmos mais, a nos inteirarmos de coisas que talvez a gente passasse batido e não se desse conta. Teve um dos primeiros casos do projeto em que a gente queria fazer uma visita domiciliar e nós estudamos a fundo a visita domiciliar. A maior parte dos preceptores queria fazer a visita junto, porque nunca tinha experienciado isso, pois só quem faz visita aqui são os assistentes sociais e os enfermeiros. Fizemos o planejamento e a maioria queria ir. Temos alguns resultados das atividades do PTS que foram muito bons, a criança não voltou a internar, daí se vê o impacto. O PTS abriu mais a conexão com a rede. Com os residentes estamos podendo aprofundar, sair mais, discutir com a rede e trazer retornos. Com o PTS nós estamos tendo um retorno excelente da farmácia, antes não tínhamos, porque não tinha o olhar específico da situação desse paciente propiciado pelo projeto terapêutico. Na estrutura daqui fica difícil para um farmacêutico, por exemplo, sair daqui para fazer uma visita lá na casa do paciente, avaliar adesão ao tratamento medicamentoso, pois teria que ter alguém que ficasse aqui no lugar dele.

As visitas domiciliares, citadas pela preceptora, constituem uma ferramenta importantíssima na compreensão ampliada do profissional sobre o modo de vida do

paciente, sobre sua materialidade. Nesse sentido, Pustai, ao analisar em sua tese a formação do médico na lógica da medicina científica moderna e a formação hospitalocêntrica, refere que:

Saindo do hospital, fica impossível ignorar as condições em que vive a população. Na “cristaleira do saber”<sup>139</sup> é perfeitamente possível se desfazer de todos os elementos que caracterizam a situação de pobreza das pessoas, porque o paciente, colocado dentro desse tipo de Instituição, mostra somente a hiper-transparência orgânica. Tudo o resto que ele traz da vida- sujeira, pobreza, desgraça- pode ser descartado, pode ser deixado do lado de fora sem prejuízo algum, porque ali somente interessa aquilo que pode ser visto na transparência do corpo (PUSTAI, 2006, p.118).

Ao visualizarem outras possibilidades de apreensão da realidade social, os preceptores e residentes, formados pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, iniciam processos de ruptura da visão apenas no foco da “hiper-transparência do orgânico e da intransparência da humanidade do paciente” (PUSTAI, 2006, p. 19). Começam a enxergar para além do que as lentes turvas e fragmentadas da formação cartesiana lhes permitiam enxergar.

Pelos referenciais do conceito ampliado de saúde o usuário, ser biológico, torna-se o usuário, ser social, com os determinantes e condicionantes de seu processo de saúde-doença. O paciente, portador da “patologia x”, passa a ser um sujeito social, que tem nome, endereço, alma, sentimentos e demais singularidades que compõem sua materialidade.

Normalmente quem se encarrega das visitas domiciliares no hospital são as assistentes sociais e as enfermeiras. Essa prática não faz parte do cotidiano dos demais profissionais. No entanto, movidos pelos êxitos alcançados nas práticas de PTS, os demais profissionais manifestaram o desejo de viver a experiência da visita domiciliar, como referiu a preceptora de campo, na narrativa anterior. Todavia, tiveram que enfrentar alguns obstáculos, quanto à obtenção de recursos para a efetivação dessa experiência (pagamento para cobrir as despesas com transporte até os locais onde residem os usuários).

No entendimento da administração do hospital, essa atribuição é dos assistentes e enfermeiros, não cabendo ajuda de custo para os demais profissionais. Essa visão deriva

---

<sup>139</sup> O apelido “cristaleira do saber” refere-se ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Segundo Pustai o HCPA é conhecido pelos estudantes de medicina e residentes médicos por esse apelido. O autor refere que: “O estudante de medicina que tem sua principal vivência de ensino nesse hospital universitário está inserido num processo com as seguintes características: Ele tem alta preferência pela “cristaleira do saber” em detrimento da vivência em postos de saúde” (2006, p.118).

das características da própria formação das profissões. No curso de farmácia, por exemplo, “a visita domiciliar” não faz parte do contexto curricular de formação do farmacêutico. Segundo Perin “para chegar a sua essência, o assistente social tende, a partir da atitude investigativa, chegar o mais próximo possível da vida social dos sujeitos, conjugando-a à capacidade interventiva pela qual direciona sua práxis” (PERIN, 2008, p. 2). O enfermeiro no cotidiano do cuidado que realiza tem muito presente o seu papel como educador de pacientes e familiares “volta-se para a educação em saúde de modo mais detalhado e aprofundado, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, para a realização de atividades assistenciais da enfermagem” (KEBIAN e ACIOLI, 2011, p. 405).

Por um bom tempo, movidos ora pela premente necessidade de apropriação teórica e prática da ferramenta pedagógica referente ao PTS, ora pela insegurança, ora pelo desconhecimento e, por vezes, pelo simples cumprir no intuito de seguir o ritual que deveria ser seguido, esses projetos ocorreram ensimesmados nos sujeitos da RIMS.

À medida que a residência avançava e que eram propostos os PTS nas atividades de campo, os preceptores e residentes foram se dando conta que ao discutirem o “real” não podiam deixar de fora todos que o produziam.

No entanto, e, apesar de tudo isso, só pelo fato de estarem envolvidos com essa novidade que lhes causava ora receio, ora prazer, ora indignação pela falta de condições para um mergulho mais profundo e efetivo na teoria da clínica ampliada e de seus dispositivos, residentes e preceptores, unidos por essas circunstâncias não viram outra saída, a não ser, a de trazer para essas discussões os demais trabalhadores, entre esses os médicos:

**R/EF/SC** – Agora com o PTS os preceptores estão tentando levar para a equipe, incluindo os médicos. No meio do ano passado a gente começou a problematizar, parecia que era um trabalho paralelo e que não tinha uma ligação, uma coisa é o round do médico, outra o PTS que os médicos não sabiam o que a gente fazia. A minha preceptora, por exemplo, não ia nos rounds, mas a da nutrição ia em determinadas equipes. A preceptora do serviço social às vezes vai, a enfermagem que está mais ali e sabe, então elas iam levando assim. Ou quando participamos dos rounds, eu não participo muito, mas as gurias da psicologia e do serviço social participam, elas levavam isso para o residente médico e para um professor da equipe médica.

Entre as razões que motivaram a criação da Área de Concentração da Saúde da Criança, a natureza do trabalho em equipe, despontou como uma das mais relevantes.

Essa área é a que concentra o maior número de residentes, contemplando seis profissões (enfermagem, assistência social, educação física, psicologia, farmácia e nutrição).

O Serviço de Pediatria, nomenclatura dada à área pelo modelo estrutural médico, é um dos serviços do hospital que se caracteriza por desenvolver um trabalho em equipe mais dialogado entre as profissões. Há por parte do núcleo médico uma valorização significativa dos demais núcleos profissionais. Entretanto, a centralidade do trabalho ainda se expressa na figura do médico.

As narrativas dos sujeitos indicam que num mesmo espaço de saúde coabitam duas equipes, a da saúde da criança, no contexto da organização da RIMS e a equipe de pediatria, no contexto da organização biomédica dessa área:

**PN/PSIC/SC** – Acho que não tem como haver integralidade sem a articulação com a área médica. A residência está sendo um trabalho paralelo que é necessário, mas que não é completo. As lógicas diferentes de trabalho pode ser que limitem a integração, mas a não integração com os médicos complica, pois se a gente toma, por exemplo, a perspectiva da linha de cuidado do paciente, não tem como tu fazeres, tu desenvolver isso sem a presença do médico.

**R/EF/SC** – O nosso PTS não é junto com a equipe médica, é uma coisa paralela que é uma situação que a gente sempre questionou se é benéfica. Até que ponto as pessoas sabem o que a gente faz lá e não sabem até que ponto a gente pode propor encaminhamentos que depois a equipe médica vai barrar porque não é em conjunto. É um trabalho paralelo

De um lado as atividades da residência, orientadas pelo arcabouço conceitual da clínica ampliada, o PTS, as visitas domiciliares planejadas e compartilhadas pelas diversas profissões, as atividades de matriciamento externo, a partir dos PTS, a construção de linhas de cuidado estabelecidas para o paciente pelas profissões da RIMS, a partir dos projetos terapêuticos, o trabalho interdisciplinar desenvolvido pelas profissões que integram a RIMS e de outro lado, a equipe médica com seus dispositivos de trabalho pertinentes à lógica biomédica, os rounds, em que nem todos os profissionais estão presentes, como menciona a residente de educação física em sua narrativa a seguir:

**R/EF/SC** - Os residentes vão aos “rounds” coordenados pelos médicos, mas os preceptores não vão, nenhum deles. Só a preceptora, assistente social, que vai de vez em quando porque ela estar com determinado caso do Serviço Social, mas a gente vai sozinho. A preceptora ia lá só para nos apresentar.

Em meio a tudo isso, de que maneira desfazer essas fragmentações? Como desmistificar a ideia de que são mundos paralelos, como referiu a residente, se na realidade estão entrelaçados pelas contradições que constituem a totalidade desse organismo vivo que compõe a saúde da criança? Como desenvolver o trabalho pedagógico interdisciplinar, sem envolver todas as profissões que habitam esse espaço? E quanto às profissões que convivem com a divisão parcelar do trabalho entre os trabalhadores de nível superior e os de nível médio, como aproximá-los?

Também existem as especializações no interior de uma mesma profissão, no entanto, “entre especialistas do mesmo grupo corporativo não implica perda do controle do processo, trata-se de uma divisão de áreas do conhecimento” (PIRES,1998, p.86).

Em meio a este contexto repleto de fragmentos, reuni-los numa perspectiva de integralidade constitui um enorme desafio.

Na narrativa a seguir, a preceptora do campo da saúde da criança refere algumas aproximações que foram feitas entre os profissionais da RIMS e os médicos:

**PC/AS/SC** – Na pediatria os residentes médicos estão se integrando em parte, com os nossos residentes da multiprofissional, nós temos chamado para as atividades. Nós tivemos experiências de discussões que em algum momento há a necessidade da presença de um médico, eu os chamo e eles vêm e vêm muito bem. Na pediatria todas as terças-feiras têm uma aula que é para todos os residentes médicos e para os nossos da multiprofissional.

A integração em parte com os médicos, como referiu a preceptora, realmente, não é suficiente, mas já é um começo. Reuni-los para assistirem uma mesma aula pode também ser um caminho, desde que os temas desenvolvidos sejam passíveis à compreensão de todos, sejam compartilhados, planejados, a partir das necessidades de aprendizados demandadas do que estão vivenciando, em conjunto, num processo de trabalho integrado.

Outros aspectos que limitam as possibilidades de um trabalho interdisciplinar entre os integrantes da equipe de saúde, além da lógica que orienta os processos de trabalho das diferentes profissões, diz respeito à forma como está organizado o serviço. A narrativa a seguir refere essa questão. Para que o trabalho seja integrado na área da saúde da criança é necessário criar condições que o possibilitem. Essas condições passam por um planejamento participativo entre os diversos núcleos profissionais que compõem o campo, passa também por processos gerenciais de co-gestão, sem sobreposições hierárquicas.

De que modo organizar a área, convivendo com racionalidades gerenciais diferentes? O projeto da RIMS gerenciado por co-gestão, a área, com seus demais núcleos, pela racionalidade gerencial hegemônica, fortemente concentradora de poder de decisão nas cúpulas. Tudo isso aliado às lógicas dos programas de residência multiprofissional e de residência médica que não dialogam. Partem de conceitos de saúde que se opõem e se materializam em planejamentos de formação, inspirados em ferramentas pedagógicas divergentes. A residência médica, como força de trabalho substitutiva dos profissionais contratados, cujo efetivo, não comporta as necessidades da área. A residência multiprofissional lutando para não recair nesse último aspecto.

Como conciliar a falta de base material orgânica para um trabalho que realmente aconteça de forma integrada e conjugada, desde um planejamento que viabilize a comunicação entre as duas modalidades de formação? De um lado, a residência integrada multiprofissional com uma proposta de formação diferenciada, mas também mediada pela sobrecarga de trabalho de seus protagonistas, de outro lado, a residência médica com as mazelas já referidas.

Todavia, a narrativa a seguir revela pequenas pistas de que a materialidade do trabalho da RIMS, na Área de Concentração da Saúde da Criança, de algum modo, está contagiando, atraindo e despertando um questionamento por parte do residente médico sobre a sua formação. A queixa do residente médico, querendo viver as experiências dos residentes da RIMS, são indícios disso:

**PN/NUTRI/SC** - Nas atividades do Projeto Terapêutico Singular a gente já chamou os residentes da medicina. Não estamos conseguindo a presença deles de forma fixa em função dos horários. Teríamos que futuramente planejar junto com a medicina, tanto que vários professores e os próprios residentes da medicina falam isso. Eles às vezes perguntam: “Pode ver tal coisa para mim à tarde?” E os nossos residentes dizem: “Não dá, eu vou estar em aula” e eles dizem: “Como? Vocês vão estar em aula? A gente também quer ter aula”. Os residentes da medicina têm outro modelo de residência que não é o modelo da RIMS.

Apesar dos óbices mencionados acima, se observa algumas nuances favoráveis para a viabilização de um trabalho integrado que, ao mesmo tempo, denunciam outros aspectos dificultadores. Nas narrativas a seguir são referidas algumas mudanças que precisam ser valorizadas entre os limites e possibilidades da potência de um programa de residência multiprofissional na contramão da lógica hegemônica biomédica no espaço hospitalar em estudo. A preceptora de núcleo diz:

**PN/NUTRI/SC** – Hoje em dia eu enxergo a integração da equipe na pediatria já diferente, antes o olhar era bem médico. Tinham pessoas que às vezes iam lá para falar de paciente e saíam. A essência da discussão era médica. A residência veio contribuir porque os profissionais são mais presentes nas equipes em função da participação dos residentes. Agora nós temos mais braços. Então, se eu não posso estar presente, o meu residente está. E dessa forma, a gente não está deixando a equipe descoberta.

A mudança do “olhar que antes era bem médico” para uma visão ampliada a partir de outros olhares, a mudança no conteúdo das discussões terapêuticas, a partir de outros ângulos e pontos de vista profissionais, indicam, em certa medida, que a RIMS tem contribuído para alguns avanços na perspectiva de suas proposições. Centrar a discussão no paciente está produzindo alguma diferença mesmo que incipiente.

No entanto, a preceptora acentua que as mudanças ocorreram, também, pelo fato da residência possibilitar a presença das demais profissões (farmacêutico, assistente social, nutricionista, educação física, psicólogo) em maior tempo na área.

Isso quer dizer que enquanto os processos de trabalho dos profissionais das referidas profissões não forem modificados, ou seja, saírem do processo de trabalho fragmentado por consultoria, para processos de trabalho em que o profissional permaneça na área, atuando em tempo integral e se apropriando da totalidade dos movimentos na integração com a enfermagem que é fixa e com a profissão médica, esperar só pela presença do grupo de residentes, que a cada ano é renovado, limitando a consistência das mudanças, pois cada vez que se inicia uma turma de residentes, tem-se novamente todo um processo de formação, de apreensão processual da realidade pelo residente, que demanda algum tempo, é reconhecer que há muitas fragilidades estruturais a serem superadas:

**R/EF/SC** – Agora eu acho que os R1 já estão mais integrados, eles estão indo nos rounds. Então eu acho que para eles está valendo.

Aliado aos aspectos processuais do trabalho dos profissionais, a sobrecarga dos trabalhadores já amplamente analisada neste estudo, dificuldades referentes à estrutura física para as programações pedagógicas: salas de aula, salas para reuniões colegiadas, salas para grupos de estudos, computadores, auditórios, gabinetes para atendimentos que requerem a privacidade do paciente, enfim, tudo o que se refere a infra-estrutura, além dos recursos financeiros para financiamento de pesquisas, entre outras dificuldades, também limitam os resultados esperados com a RIMS:

**PN/PSIC/SC** – A falta de estrutura física é um aspecto que dificulta. A Instituição não criou condições para que os residentes fossem absorvidos, agora são 42, ano que vem vai dobrar.

Gramsci ao escrever os “Apontamentos para uma introdução e um encaminhamento ao estudo da filosofia e da história da cultura” (2004, p.93) no volume I da coleção *Cadernos do Cárcere*, inicia a Nota IV com o seguinte argumento:

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 bases de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral (2004, p. 96).

Para que se configure uma mudança de cultura na Instituição, pautada por um modelo assistencial biomédico, pela fragmentação dos processos de trabalho, por uma gestão que concentra o poder nos estratos sociais mais valorizados na ótica do capital, se torna necessário além do tempo, um trabalho incansável e persistente por parte de seus intelectuais orgânicos de conscientização, tendo como base as novas descobertas e caminhos apontados como estimuladores e reafirmadores das concepções que produziram o SUS desde a RSB. Para que uma nova hegemonia seja produzida, tendo por lastros teórico-práticos, os referenciais da clínica ampliada há que ser superado o senso comum em torno das concepções vigentes. É necessário superar o contraste entre o pensar e o agir.

Gramsci ao falar sobre a hegemonia como “direção intelectual e moral” que dizer que essa direção se desenvolve também no plano das ideias e da cultura, produzindo a partir daí a formação do consenso e de uma base social, uma vez que hegemonia como refere Gruppi “é algo que opera não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e sobre os modos de conhecer” (1978, p.5).

Entre as fragilidades da RIMS em busca de novas práticas assistenciais e gerenciais do trabalho em saúde, a formação dos preceptores constitui um dos óbices para algumas rupturas com o modelo biomédico. A superação do pensar agir de maneira fragmentada, para um pensar agir integrado, ou seja, para uma formação na perspectiva da integralidade passa pela compreensão da realidade como uma totalidade concreta, resultante de múltiplas determinações. Como refere Kosik: “Totalidade significa: realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer

(classes de fatos, conjuntos de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (1976, p.44). As narrativas abaixo denotam tais dificuldades:

**R/EF/SC** – Eu não consigo ver o núcleo planejando junto com o campo, é bem difícil, o núcleo não funciona assim. O núcleo não está se integrando. Não só o meu (educação física), tem outros. Eu acho que por já não ter essa participação em determinadas equipes como da pediatria geral, o trabalho acaba ficando também paralelo.

**C/PRIMS** – Eu tenho escutado muito isso dos preceptores: “Eles estão muito no núcleo, eles estão muito no campo, o campo tá puxando muito”. Nós nos apropriamos de um conceito que o Gastão trás e eu acho que a gente tem que revisitá-lo para ver do que a gente está falando, do que eles estão falando, eu vejo falar muito em núcleo e em campo. O que é estar muito no núcleo, o que é estar muito no campo. Eu acho que é uma boa discussão, entende. Acho que é um bom tema. Muito aquilo que eles chamam de estar muito no núcleo é aquele trabalho multiprofissional que tu tens várias profissões cuidando de um paciente e não há um diálogo de cada uma delas. Cada uma entendendo que se fizer a sua parte, o que foi estabelecido como sua competência profissional ele vai dar conta daquilo, do outro. Na verdade não há um cuidado integrado. Para mim não é estar muito ou pouco no núcleo. Para mim o grande desafio é integrar esses trabalhos de núcleo, no cuidado das pessoas, no cuidado da família.

Campos (2000) para explicar a dialética entre campo e núcleo, utiliza a metáfora da imagem que se forma ao jogarmos uma pedra em água parada. Os núcleos seriam os círculos concêntricos que se formam e o campo seria a própria água e tudo a volta, ou seja, um espaço que possibilitaria práticas multiprofissionais interdisciplinares. Pensar a relação dialética entre campo e núcleo, para além do positivismo e do entendimento equivocado de que o trabalho interdisciplinar é a soma das partes vai requerer o desafio da busca dessa compreensão pelos sujeitos da RIMS.

Nessa direção, Ramos refere que ao consideramos que os conhecimentos desenvolvidos pelos trabalhadores é o que lhes proporcionará a compreensão da realidade material que os envolve e, a partir dessa compreensão e de uma inserção política e produtiva, a busca da construção de novos conhecimentos, é necessário “promover a apropriação dos conhecimentos científicos no âmbito epistemológico, metodológico e produtivo” (2006, p.217).

Um dos caminhos para a apropriação epistemológica e metodológica dos princípios do SUS, dos referenciais da clínica ampliada tem sido a prática dos projetos terapêuticos singulares, sobretudo na Área de Concentração da Saúde da Criança. As narrativas a seguir referem esse aspecto:

**PN/NUTRI/SC** - Na avaliação que estamos fazendo do primeiro ano na saúde da criança é que os pacientes que foram atendidos no projeto terapêutico singular, teve alguns que durante todo esse tempo não reinternaram em função de toda essa rede de atenção que foi feita pelos residentes.

**R/EF/SC**– O grande ganho da residência foi a partir do PTS. É como realmente se contempla os princípios do SUS, a proposta toda das políticas de saúde. Eu percebo o trabalho pedagógico interdisciplinar no Projeto Terapêutico Singular que fizemos nas atividades de campo. Nesse a gente percebe que há uma integração dos profissionais

**PC/AS/SC** – A compreensão das conexões com a rede pelo residente se dá nas atividades do PTS, ali surge a necessidade deles saberem, por exemplo, os níveis de atendimento de baixa, média e alta complexidade, eles têm um paciente de uma cidade x que é um caso que estamos preparando, daí se vê o que existe nessa cidade, como é a sua Unidade Básica de Saúde (UBS), quem são os seus profissionais. Aqui em Porto Alegre eles vão ao local, fazem a conexão. Nós já fazíamos isso, a residência não inovou, o diferencial é que os residentes conseguem fazer com uma qualidade maior, tem que ser tudo muito bem discutido.

Os exercícios realizados nos PTS estão promovendo a compreensão pelos profissionais, preceptores, residentes e, em parte, pelos trabalhadores que os articuladores da RIMS conseguem envolver nessa prática, dos dispositivos da clínica ampliada, tais como a ferramenta do apoio matricial externo, das conexões com a rede, das possibilidades e limites para a concretização dos princípios do SUS.

A produção do conhecimento e a prática de que dela resulta com resultados favoráveis tem sido um dos mecanismos incentivadores para seguirem em frente.

A diminuição das reinternações de pacientes, a satisfação pelos bons resultados trazem consequências positivas para o programa junto à área. Mesmo com pequenas amostras de que um trabalho em saúde realizado, a partir de referenciais não usuais no modelo dominante de atenção do hospital, tem proporcionado alguns bons resultados, só por essa razão, já angaria valorização e crédito pelos trabalhadores, pelos gestores e usuários, que se sentem melhor acompanhados em suas necessidades de saúde.

**PC/AS/SC**–A prática de preceptoria mais significativa é o projeto terapêutico singular e quem muito batalhou por isso, ou seja, pela ideia geral foi uma colega da recreação. Eu nunca me esqueço dessa colega trazendo isso e ela colocava no itinerário, pessoal tem que ter uma coisa aqui, pois nós fazíamos os itinerários de modo vertical, e ela dizia tem que ter alguma coisa horizontal, que todos ao mesmo tempo sentem, discutem.

**PN/PSIC/SC** – Uma das atividades em situação de preceptoria mais significativa para o alcance dos objetivos da residência é o PTS é uma metodologia muito interessante, acho que tem dado muito certo na saúde da criança. É um momento em que dá certo ali porque todos os preceptores estão presentes, então, assim, não existe confusão de papéis, não existe invasão no

território do outro, cada um compartilha seu conhecimento da maneira como pode, compartilha até o limite que pode também.

A satisfação dos preceptores pela possibilidade de produzirem uma organização diferente nos processos de trabalho de suas profissões, via residentes, por meio do planejamento de itinerários de formação em que tais profissionais tem a chance de desenvolver ações de cuidado não como soma de tarefas, mas como produtoras do trabalho interdisciplinar e os resultados que essa mudança vem produzindo na área, tem representado para os preceptores a prova de suas teses, quanto a ineficácia do modelo de processos de trabalho por consultoria.

Todavia, o ganho pela permanência dos residentes na área, resultando em efetividade do trabalho, a não permanência dos preceptores que circulam de equipe em equipe para realizarem suas consultorias tem trazido prejuízos para a formação do residente e para o próprio preceptor, que liberado até certo ponto de suas atribuições, agora, desenvolvidas pelo residente, é absorvido em outras demandas que sugam a possibilidades de um exercício qualificado de suas funções como preceptor.

As dificuldades com relação ao acompanhamento mais efetivo dos residentes, geralmente recém-formados, alguns apresentando falhas nas dimensões técnicas e relacionais da formação profissional e, por vezes, o próprio despreparo do preceptor no manejo de situações conflituosas nas relações do trabalho em equipe, geram sérios prejuízos ao andamento dos processos de formação propostos pela residência.

A pressão dos serviços e o nível de exigência da área, aliados à falta de prática do condutor do processo de formação em serviço, pois em algumas situações, os preceptores são nomeados para o cargo sem terem passado por uma preparação pedagógica que lhe proporcione condições mínimas para assumir a função, causam os embaraços relatados a seguir:

**C/PRIMS** - Eu tive uma reunião com uma preceptora de campo. Temos um grupo de residentes com enormes dificuldades teórico-práticas, que estão produzindo problemas na área assistencial. A equipe começa a reclamar, porque o residente não está preparado, não está acompanhado. Uma chefia solicitou uma advertência para um residente, porque ele teve uma conduta inadequada. Eu vejo que isso é uma supervisão do preceptor de núcleo que muitas vezes não está preparado para fazer. Então tem que ter um acompanhamento para o preceptor, ali na ponta junto com o residente. Eles ficam muito sozinhos para encaminhar essas demandas.

A situação relatada pela coordenadora aconteceu em uma das Áreas de Concentração do PRIMS, que não identifiquei por considerar desnecessário na proposta deste estudo.

Embora haja o reconhecimento, por parte da gestora, das dificuldades, há problemas estruturais do programa para a prática de um acompanhamento e apoio pedagógicos permanentes para os preceptores que, em certa medida, os prepare para a função e para as dificuldades decorrentes do exercício diário de suas atribuições.

Por outro lado, quando são oferecidos cursos para os preceptores, o programa se depara com dificuldades para liberação dos preceptores pelos seus serviços de origem para mais essa atividade, além das 12 horas previstas para o trabalho no PRIMS.

**Na Área de Concentração da Saúde Mental**, como nas demais áreas, os preceptores e residentes conviveram com altos e baixos no processo de implantação e desenvolvimento da RIMS, a partir do que preconiza o PPP. As dificuldades apontadas referem-se às questões estruturais da Instituição, à hegemonia médica, mesmo nessa área que, há mais tempo, vem procurando realizar práticas horizontalizadas nas relações do trabalho em equipe pela própria historicidade dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira já relatada neste estudo nos itens (3.2,3.4,5.1.2 e 5.1.4):

**R/ENF/SM** – Um dos aspectos dificultadores para a concretização dos objetivos da residência foi o ambiente, como o hospital funciona, a hegemonia médica, isso tudo é um fator que dificulta o desenvolvimento da residência. A formação dos preceptores com certeza também, tem muito preceptor que não sabe nem o que é que é residência, nem tampouco o que são as diretrizes do SUS.

**R/ENF/SM** – No hospital e nos serviços eu vejo uma briga muito grande, uma batalha muito grande para a gente conseguir implementar uma atividade multiprofissional integrada dentro de um hospital que segue um modelo biomédico.

Nessa área há uma forte crítica da primazia da estrutura político-pedagógica e de gestão do Serviço de Psiquiatria em detrimento das propostas pedagógicas das RIMS. Durante as negociações junto aos serviços que compõem a Área de Concentração da Saúde Mental existiram vários embates políticos, por não haver concordância, por parte das chefias médicas, quanto à implantação de um programa dessa natureza. O mesmo não ocorreu com o Serviço de Enfermagem Psiquiátrica que apoiou, desde o início, a implantação do programa em suas áreas de atuação.

Na narrativa a seguir, a preceptora refere algumas dificuldades oriundas da estrutura do serviço que obstaculizaram o desenvolvimento do projeto da residência:

**PN/EF/SM** – Chegou num momento da execução que o pedagógico ficou, por isso que eu falo que o projeto da residência foi rasgado e começou a funcionar nas estruturas do serviço, porque o hospital funciona assim, porque têm muitas outras questões em jogo, muitas outras disputas de poder nessa Instituição que inviabilizam.

A próxima narrativa de um residente de enfermagem vai ao encontro do depoimento da preceptora, reforçando sua análise quanto ao modelo de gestão dos processos de trabalho, consolidados na área de psiquiatria, e a atuação dos trabalhadores, a partir dos referenciais conceituais que o sustentam.

As tentativas de mudar essa rota político-pedagógica de funcionamento dos serviços tanto o médico, quanto o de enfermagem, pelos organizadores e protagonistas da residência multiprofissional, ainda não apropriados nos princípios político-pedagógicos do programa, ficam materialmente limitadas.

Embora, historicamente, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a saúde mental seja “o primeiro campo da medicina em que se trabalha intensiva e obrigatoriamente com a interdisciplinaridade e a intersetorialidade<sup>140</sup>” (ALVES, 2006, p. 170), há o modelo biomédico se sobrepondo e conduzindo os processos de trabalho nas relações estabelecidas na equipe de saúde, reforçados pela formação da profissão médica e das demais profissões, ainda fortemente reprodutoras do modelo flexneriano (ver nota de rodapé de nº 9):

**R/ENF/SM** – Eu acho que não tem como tu fazeres uma atividade que tem uma forma de se fazer, se aquela equipe que está ali consolidada, que vai ficar ali depois que tu fores embora, se ela não faz, entende? Não dá para ser uma coisa só para os residentes aprenderem, não dá para fazer o estudo de caso do paciente tal, ver o que ele precisa, olhá-lo de uma maneira integral, se os outros profissionais não fazem isso. Não há uma prática dos próprios preceptores de um trabalho interdisciplinar, como é que eles vão ensinar o que não fazem.

**PC/ENF/SM** –. As minhas situações mais difíceis são com os preceptores no sentido de entendimento de algumas coisas, às vezes parece que eu estou chovendo no molhado. Atribuo isso às formações. São profissionais de

<sup>140</sup> Segundo Machado “A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e outros” (2010, p.6). Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=construindo+a+inters&ordering=&searchphrase=all&Itemid=293&option=com\\_search](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=construindo+a+inters&ordering=&searchphrase=all&Itemid=293&option=com_search). Acessado em 15/12/13.

muitos anos no hospital, e de práticas repetidas, e muitas vezes sem um tensionamento de muitos anos também, são coisas bastante cristalizadas. Mas a residência proporcionou que os preceptores se conhecessem porque, até então, eles trabalhavam no mesmo cenário, mas trabalhavam em faixa própria. A residência agrupou essas pessoas para discussões

A proposição do trabalho intersetorial, como uma das condições imprescindíveis para o cuidado integral no campo da saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, aliada à proposição de construção de linhas de cuidado centradas nas necessidades do paciente, pela RIMS, que potencializariam tais conexões intersetoriais não vem se concretizando pela própria dificuldade de compreensão dessas estratégias pedagógicas pelos preceptores:

**PN/EF/SM** – A gente quer que os residentes façam grupos, que vão à Unidade Básica, que façam matriciamento, mas como? Eles não sabem, os funcionários também não sabem, porque estão dentro do hospital e não fazem isso. Discuti sobre isso, eu bati muito nessa tecla. Isso é metodologia de ensino e não foi trabalhado com eles, porque só ensina metodologia quem estuda metodologia de ensino.

Retornando à Alves (2006) quanto à referência que faz sobre o trabalho em Saúde Mental, ter que ser “intensiva e obrigatoriamente interdisciplinar” (2006, p.170) e relacionando essa consideração do autor ao propósito da RIMS, quanto a desenvolver o trabalho pedagógico interdisciplinar por meio de estratégias pedagógicas afinadas com os conceitos da clínica ampliada, observo pelas narrativas a seguir que, apesar de os preceptores e residentes estarem numa área que, supostamente, trabalharia numa perspectiva integrada isso não vem acontecendo, pelo menos na dimensão esperada:

**R/EF/SM** - Não houve um trabalho interdisciplinar, o que havia eram as reuniões com a equipe toda que já ocorriam em que tinha espaço para a gente se manifestar só que muitas vezes não nos sentíamos à vontade. Nessas reuniões não é nem uma questão de os médicos vão estar decidindo, é que quando tu entras para uma Instituição que tem a sua conformação, para mudarmos aquilo, precisamos de muita coragem, de muita vontade e de estar resguardado. Tentamos ter alguma intervenção ou mudar alguma coisa que considerávamos que era totalmente contra o princípio e objetivos da residência, não sentíamos muito essa retaguarda dos preceptores.

**PC/ENF/SM** – Acho que o trabalho na equipe de saúde e nas equipes por profissão, ainda é bem fragmentado, mas eu acho que a residência está sendo capaz de fazer alinhavos, por exemplo, não tinha psicóloga, no 4º Norte, a psicologia só se fazia representada pelos estagiários da psicologia aplicando testes. Hoje a gente já tem a psicóloga participando das reuniões de equipe

A fragmentação acentuada dos processos de trabalho das profissões da saúde, sobretudo, daquelas que atuam por demandas, aliada ao modelo assistencial biomédico diminuem a potência das atividades da área, orientadas pela lógica do modelo de atenção psicossocial (HCPA, 2013), tais como: reuniões de equipe em que participam todos os trabalhadores para discutirem situações clínicas e demandas do serviço, entre outros assuntos; as atividades de grupos de discussão com pacientes e familiares; a assembleia de pacientes<sup>141</sup> e as atividades envolvendo práticas de educação física, lazer, psicologia, nutrição.

Embora os limites referidos nas narrativas dos sujeitos de pesquisa sobre as práticas de formação em serviço, pela RIMS, se observa que, através das vivências no planejamento, no ensino, nas problematizações e encaminhamentos dos colegiados de gestão do programa, tanto os preceptores, como os residentes, em boa medida, têm repensado a realidade material de suas áreas, de seus processos de trabalho e das relações em seus serviços de origem que, por vezes, impõem seus modelos de atenção, contrários ao modelo preconizado na RIMS. A narrativa a seguir sinaliza esses movimentos:

**PC/ENF/SM** – O programa de residência está impactando o fazer do preceptor através das próprias críticas e questionamentos que vai fazer como parte de uma equipe assistencial. Por meio do preceptor acaba tendo algum reflexo na equipe assistencial. Neste caso fora da residência. O preceptor ao se questionar sobre alguns conceitos e alguns fazeres começa a questionar os seus colegas e suas chefias. Os residentes vão estar com isso muito mais nítido na cabeça para irem trabalhando. E através de tudo isso uma construção é possível.

Antes da residência, o desenvolvimento das práticas de cuidado pelos núcleos profissionais era realizado sem o envolvimento das demais profissões no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades propostas. A partir da residência, os preceptores e residentes passaram a planejar juntos, a conhecerem os saberes e fazeres dos demais profissionais mediados por proposições de cuidado integradas.

**PN/EF/SM**– Gostei muito de uma atividade de preceptoria de campo em que os residentes estavam discutindo qual era o sentido de eles estarem numa

---

<sup>141</sup> Segundo informações disponíveis no porta web do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a assembleia de pacientes tem como objetivo “ampliar a discussão, diminuir dúvidas ou sugerir alterações das normas e rotinas da Unidade e da forma como estão sendo implementadas. Também é o fórum em que se analisam, em grupo, problemas de relacionamento entre os pacientes ou dos pacientes e equipe, assim como se examinam situações especiais”. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/528/768/>. Acessado em 15/12/13.

atividade de alongamento. Os meus da Educação Física também não entendiam porque que todos os residentes tinham que estar ali. Aí em supervisão de núcleo eu comecei a explicar que papéis as outras áreas poderiam estar ocupando, numa atividade que envolva o corpo.

No primeiro ano de residência, os preceptores da Área de Concentração em Saúde Mental não conseguiram desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares. Os ganhos do PRIMS, nessa área, residiram, sobretudo, no repensar das práticas, como referiram nas narrativas e na aquisição de um profissional da psicologia para o trabalhar especificamente na área. Atualmente preceptores e residentes da 3ª e 4ª turmas avançaram nas práticas de matriciamento externo e no planejamento de atividades integradas.

Nos parágrafos anteriores busquei analisar mais especificamente as propostas político-pedagógicas que cada Área de Concentração desenvolveu, no decorrer dos dois primeiros anos do PRIMS, mediadas pelos limites e possibilidades de ordem estrutural e conjuntural da Instituição. Para encerrar esse item apresento, ainda, algumas questões sobre os aspectos metodológicos das práticas, a avaliação do processo ensino-aprendizagem e os aspectos referentes à formação para pesquisa proposta pelo programa.

**Quanto aos aspectos metodológicos** é importante referir que, durante a formação em serviço realizada na 1ª Turma do PRIMS, as metodologias de ensino materializaram-se com limitações em relação à proposta pedagógica problematizadora, pelo fato de ser um programa novo, numa Instituição pautada, hegemonicamente, pela lógica de referenciais metodológicos tecnicistas e transmissivos. A narrativa a seguir refere essas limitações:

**C/PRIMS** – Estamos aprendendo, mas eu acho que é importante e é muito difícil também fazer essa transformação, de trazer pedagogias mais ativas, estratégias problematizadoras, a gente tentou fazer árvores de problemas, PTS, enfim. Mas ainda estamos caminhando. Reproduzimos muitas vezes o modelo de uma aula teórica muito distanciada da discussão proposta. Ainda vivemos a prática de uma forma muito alienada, sem criar espaços daquela prática que o residente tem e a partir daí estar discutindo, problematizando e buscando a teoria que possa dar subsídios de análise. Mas é muito difícil, bancar fugir disso, temos que aprender. Eu como professora sou formatada nesse modelo, os preceptores aprenderam com os professores deles que se aprende desse jeito. Então tem pequenas iniciativas que eu acho que hoje seria o espaço do PTS que tem potencial para mexer nisso.

Em algumas áreas, as práticas educativas se aproximaram mais das proposições do PPP, quanto ao trabalho interdisciplinar, sobretudo com os PTS. No entanto, embora o

esforço realizado em algumas áreas, as mudanças ocorridas não foram suficientes para a ruptura com a lógica fragmentada, cartesiana e centrada nos procedimentos.

Outros entraves observados, ao longo das práticas desenvolvidas com a primeira turma de residentes que, em alguma medida, interferiram nos resultados do programa, se devem a algumas resistências de preceptores que não se identificaram com as propostas da RIMS, por considerá-las distantes de seus cotidianos de trabalho e o não envolvimento dos demais profissionais na área nas execuções do projeto:

**C/PRIMS** - Ser uma residência multiprofissional não significa que se exige integração entre as profissões. Eu vejo que alguns preceptores se pudessem colocar o residente reproduzindo exatamente o que ele faz aqui dentro da Instituição, se tivessem autonomia para isso, estariam fazendo isso. Não o fazem, porque aí eu acho que entra o nosso trabalho de fato de dizer que não é isso, não é essa a proposta.

**Quanto à avaliação do processo ensino-aprendizagem no PRIMS**, após a primeira experiência de avaliação, empreendida pelos preceptores e residentes, ao longo do primeiro semestre da RIMS, e as críticas que resultaram, o núcleo estruturante pedagógico do programa organizou rodadas de conversa sobre o sistema de avaliação, para discussão, problematização e encaminhamentos, a partir dos itens sugeridos.

Embora os preceptores tenham sido orientados sobre a concepção de avaliação da RIMS, coerente às proposições do PPP, num primeiro momento, com exceção de duas áreas, as demais manifestaram algumas dificuldades, pois nunca haviam vivenciado, em suas formações iniciais ou, no decorrer da vida profissional, um modelo de avaliação como o proposto pelo programa:

**PC/AS/SC** - Eu acho que a avaliação vai ao encontro da proposta da residência. É um momento de parada para a gente avaliar a residência como um todo.

**PN/NUTRI/SC** - Na ênfase da saúde da criança nós praticamos o modelo de avaliação como previsto no projeto e sem querer acabamos servindo de modelo para outras ênfases.

Acostumados com avaliações somativas, classificatórias, realizadas por meio de provas e notas, avaliar a partir de uma concepção participativa e dialógica, com parecer descritivo e conceitos foi inicialmente difícil:

**R/AS/AC** – Penso que num primeiro momento os preceptores interpretaram a proposta de avaliação de uma maneira que não era adequada e isso criou respostas negativas dos residentes que reconheceram e que lutaram para isso

mudar. Num segundo momento da avaliação eu achei grandioso. Foi feito um trabalho em conjunto para retomada da proposta de avaliação. Houve a participação de todos e se não existisse aquele momento nos iríamos continuar sendo avaliados da forma inadequada que foi na primeira avaliação.

**C/PRIMS** - A avaliação foi ótima, mas a única coisa que eu fiz em relação à avaliação é apoiar o grupo que estava trabalhando nela. Teve um envolvimento de “n” pessoas, que participaram, que trabalharam nisso, na tua batuta junto com o grupo. Com todas as dificuldades que como tu disseste de reunir, de chamar, saiu um instrumento que eu vejo bom.

**PC/ENF/CIH** - Eu acho que a equipe que se formou para o sistema de avaliação foi muito boa. Tudo que nos era passado eu passava para os outros preceptores. A gente fez vários debates, foi democrático, bem aberto.

A atividade de revisão do projeto de avaliação contou com a participação de todos os segmentos que compõem o processo educativo (residentes, preceptores de campo, de núcleo e coordenação do PRIMs). Preliminarmente, cada Área de Concentração apresentou sua experiência, sugerindo o que deveria ser modificado. Após esta etapa foi formado um grupo de trabalho, com representantes dos residentes, preceptores e docentes para a construção das modificações, a partir dos consensos resultantes das discussões anteriores:

**PN/EF/SM** – Eu acho que no processo de avaliação do ensino a gente caminhou bacana. Eu acho que se trabalhou bacana.

**R/PSIC/SC** - A nossa avaliação foi bem participativa. Eu recebi o retorno das preceptoras e pude dar também a minha opinião e fui ouvida, eu consegui mudar um conceito que eu não concordei. Existiu espaço para me ouvirem. Foi visto o que estava bom e quais os pontos que eu podia melhorar e de que forma. Discutimos como isso podia ser alcançado e se registrou as combinações. Eu nunca tinha participado de um processo avaliativo assim.

**R/FARM/CIH** A proposta participativa da avaliação na qual preceptor e residente discute sobre o processo ensino aprendizagem e chegam a um consenso dos pontos que precisam ser reforçados é muito boa.

O projeto de avaliação vem sendo aperfeiçoado, a cada ano, sempre com a participação dos segmentos envolvidos. Os preceptores avaliam os residentes, estes por sua vez avaliam os preceptores e o programa. As avaliações são discutidas por meio de um Conselho de Avaliação do Processo Educativo com a participação de todos os segmentos e são feitos os encaminhamentos para as melhorias do processo. Os conceitos e pareceres descritivos emitidos para o residente só são finalizados após o consenso entre aquele e o preceptor. Durante o semestre, caso o residente manifestar dificuldades no seu aproveitamento são realizadas atividades de retomada dos objetivos

não alcançados, construídas pelo preceptor e residente. A avaliação do preceptor pelo residente é discutida no campo, observados os aspectos éticos.

No ano passado foram feitas algumas alterações para aprimorar o projeto de avaliação por meio de um grupo de trabalho, com representações de todos os segmentos. Cada tema sugerido foi discutido nas bases e, após, levado para o grupo de trabalho para alteração da proposta de avaliação. Esse grupo construiu no ano passado um instrumento de avaliação geral do programa, que é preenchido pelo residente de forma anônima. O instrumento tem itens objetivos e descritivos. Essa avaliação é discutida nos colegiados e coordenação do programa, onde são realizados os encaminhamentos.

Ao final do segundo ano da primeira turma foi feito o primeiro seminário de avaliação do programa como um todo, conforme narrativa a seguir

**C/PRIMS** - A avaliação do programa como um todo tem que ser contínua. Teve um seminário de avaliação agora que a gente fez e que na verdade foi o primeiro, sem a presença dos residentes. Mas uma das avaliações para mim desse programa vai acontecer, a medida que nós tivermos os primeiros residentes saindo. A medida que o mercado receber o nosso residente que fez a formação dele aqui e como é que isso vai impactar no trabalho dele, acho que é meio a avaliação do egresso do programa. Para mim é para isso que estamos trabalhando.

A prática da avaliação no PRIMS tem sido bastante positiva, no entanto, os encaminhamentos que dela resultam têm sido discutidos, geralmente, no âmbito da RIMS, o que limita a concretização de várias reivindicações. Outro aspecto dificultador é quanto aos seminário anual de avaliação. Essa atividade deveria ser estendida para a participação todos os trabalhadores das áreas de concentração, inclusive da equipe médica. O envolvimento de todos os trabalhadores nesse processo produziria um maior comprometimento da área com os encaminhamentos sugeridos.

**Quanto ao aspecto da formação para pesquisa.** Inicio as análises sobre essa proposição do Programa com duas indagações: Como fazer pesquisa numa modalidade de formação em serviço com duração de 24 meses, que prevê dentro das 60 horas semanais, apenas 20% dessa carga horária para as atividades teórico-práticas e de pesquisa, e, 80% para as atividades práticas?

Que resultados se espera de um processo de pesquisa, com dispensa de apenas um turno da jornada total para as atividades de revisão de literatura, elaboração do projeto, qualificação deste, coleta de dados, defesa de Trabalho de Conclusão da Residência e

encaminhamento de publicação de artigo em Revista Científica, como item obrigatório para conclusão da formação?

A narrativa a seguir é eloquente no sentido do questionamento que faço

**R/AS/AC** - O programa está me estimulando para pesquisa, mas ele não oferece condições materiais. Eu tive menos de 30 dias para decidir sobre o que eu iria pesquisar. Esse tempo foi para todos. Foi estipulado sorteio para as apresentações e eu fui uma das primeiras, foi nos avisado um mês antes desse cronograma e eu fui a primeira. Sabíamos desde o início que desenvolveríamos uma pesquisa no segundo ano da RIMS. Eu escolhi o orientador e a minha pesquisa de acordo com o que eu iria conseguir realizar. O projeto de pesquisa era muito mais uma formalidade para que eu possa me formar como especialista e residente desse programa do que propriamente para eu pesquisar, conhecer, agregar conhecimento e produzir conhecimento novo.

A avaliação da residente sobre a precariedade do tempo, das condições materiais para a pesquisa não deixa dúvidas sobre a nova pedagogia da hegemonia do Estado Educador capitalista, como assevera Neves (2008) em seu artigo intitulado: *A política educacional brasileira na 'sociedade do conhecimento'*:

A nova pedagogia da hegemonia consiste em uma série de formulações teóricas e de ações político-ideológicas utilizadas pela burguesia para assegurar, em nível mundial e no interior de cada formação social concreta, a dominação de classe, a partir da redefinição de seu projeto de sociedade e de sociabilidade para os anos iniciais do século XXI (2008, p. 358).

Outro aspecto limitador para os residentes, quanto ao desenvolvimento de suas pesquisas durante a residência, diz respeito aos orientadores e co-orientadores, funções que têm recaído, geralmente, nas mãos dos preceptores do programa, além das demais atribuições dos encargos da preceptoria. A orientação é feita no tempo que sobra tanto do residente, quanto do orientador.

A frágil formação dos preceptores em pesquisa, como analisei no item 3.6, aliada à falta de prática em pesquisa nas áreas onde trabalha, pela indisponibilidade de tempo e pela carência de uma política institucional adequada que estimule o trabalhador para tal prática, produzem ainda mais a precariedade da formação do residente como pesquisador. A mesma situação do trabalhador contratado, que pelas demandas não tem tempo para pesquisar, se reproduz na formação do residente:

**R/PSIC/SC** - Estamos com pouquíssimas condições para fazer pesquisa na RIMS. O foco está sendo muito mais na questão da assistência. Eu não percebo os profissionais capacitados. Tanto os preceptores ou mesmo a parte

acadêmica fica muito na Escola de Enfermagem. Acho que a gente não tem espaço, as demandas do hospital e da assistência acabam tomando conta. O tempo que sobra para pesquisa é muito pouco.

Um trabalhador da Instituição, com jornada de trabalho de 40 horas semanais, só tem liberação de 4 horas para as atividades inerentes à prática de pesquisa. Como dizia um professor que tive durante a realização dos créditos de mestrado: “Quer matar um pesquisador, dê-lhe 40 horas de jornada de trabalho e mais as atribuições de pesquisa”. Essas são as condições que o Estado Educador capitalista oferece aos trabalhadores. Imaginemos um residente com 56 horas de atividades gerais da residência e 4 horas para atividades de pesquisa. As 60 horas semanais de suas jornadas de formação em serviço lhes sugam mais de um terço do dia, o que sobra é demasiadamente pouco para o tempo de viver.

As políticas governamentais no neoliberalismo e nestas incluiu a política que instituiu o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem e a Residência em Área Profissional da Saúde, segundo Neves buscam convencer a classe trabalhadora por meio de dois pontos de vista ideológicos:

a ideologia da educação como panaceia e a ideologia da empregabilidade. A primeira, levando-os a acreditar que quanto mais treinada e educada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda. A segunda, difundindo a ideia de que, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores as suas chances de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho (2008, p. 368).

Imbuídos pelas ideologias anunciadas por Neves, os residentes do PRIMS buscam a formação em serviço para aumentarem as suas possibilidades de ingresso no mercado de trabalho com baixa oferta de vagas. Por outro lado, fazer residência tem sido uma possibilidade de sobrevivência, enquanto não conseguem o emprego desejado.

Apesar dos limites da formação para pesquisa, os vinte residentes da primeira turma que concluíram o curso em 2012, realizaram duas pesquisas na modalidade de revisão de literatura e dezoito pesquisas empíricas. Destes trabalhos resultaram nove artigos publicados em revistas científicas nacionais e um publicado em revista científica internacional.

Para encerrar este item sobre a prática do Projeto Político Pedagógico do PRIMS refiro a narrativa de uma preceptora de campo que sintetiza, em seus argumentos, uma

das principais limitações do programa, a formação dos preceptores para a prática da preceptoria, a partir do que é esperado deles.

Nas realizações da Área de Concentração do Adulto Crítico, que mais se aproximaram da proposta, o trabalho dos preceptores e residentes foi bastante facilitado pela contribuição de pessoas, que mesmo fora do campo, mas fazendo parte da RIMS, tinham, em suas histórias profissionais, desenvolvido algumas práticas inspiradas nos referenciais da clínica ampliada, entre outras vivências nesse sentido. Havia entre os preceptores um forte sentimento de insegurança, quanto às bases conceituais propostas pelo programa de residência, pela natureza biologicista de suas formações.

**PC/AS/AC** – Para nós, enquanto preceptores, ficou meio complicado não estarmos preparados para desenvolver algumas metodologias na preceptoria. Inicialmente uma colega da comissão da residência, que já tinha conhecimento teórico prático sobre uma metodologia, denominada de árvore de problemas, propiciou para nós, preceptores e residentes, o uso dessa metodologia numa análise e proposição de ações num caso de uma paciente da nossa área de concentração. A gente não entendia, a gente não trabalhava muito na teoria da problematização.. A gente dependia de alguém que veio e fez para nós. A gente não conseguia fazer sozinho depois.

Essa dificuldade constitui um dos sérios problemas vivenciados pelo programa. Embora os preceptores se esforcem no sentido de propor práticas, a partir do que a teoria concebe, falta-lhes uma “clara consciência teórica” (GRAMSCI, 2004, p 103) das atividades educativas que eles propõem. Para elaborá-la os trabalhadores vão precisar de tempo, de possibilidades de formação que os fortaleça, de muita problematização da realidade imbuída por uma curiosidade epistemológica, do otimismo da vontade de mudança, embora o pessimismo da razão, da proposição e concretização de um trabalho em saúde fundamentado naquilo que esperam mudar. Nesse sentido, Gramsci analisa que:

A compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de “hegemonias” políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real (2004, p. 103).

Mudar o modelo assistencial, a partir do entendimento de que o trabalho em saúde é muito mais do que o olhar sobre o funcionamento do corpo biológico, muito mais do que a ausência de doença é um processo, um devir histórico que passa por fases. Nesses quase quatro anos de RIMS, os protagonistas de seus movimentos estão ainda vivendo a “fase elementar e primitiva no sentimento de “distinção”, de “separação”, de

independência quase instintiva, e progride até a aquisição real e completa de uma concepção de mundo coerente e unitária (GRAMISCI, 2004, p. 104).

E a vida segue, mediada pelas mazelas do capital e como diz Lukács em seu livro *História e Consciência de Classe* “a divisão do trabalho, estranha à natureza do homem, faz os homens se ossificarem em sua atividade, faz deles autômatos nos seus trabalhos e os transforma em escravos de uma rotina” (2003, p. 335). Amenizar a divisão do trabalho mesmo que ainda não possa ser superada, por enquanto, é preciso. Tentar a integralidade no trabalho em saúde, por meio de uma prática de formação em serviço, apesar de suas inúmeras contradições pode ser, pelo menos, um estímulo para que os trabalhadores da saúde se sintam menos ossificados em suas atividades.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: FORMAÇÃO DO RESIDENTE NO, PARA OU PELO TRABALHO?

Ao chegar ao encerramento deste estudo, ainda que provisoriamente, considerando a dimensão do inacabamento do ser humano, de seu devir, retomo os objetivos da tese, desenvolvida ao longo deste trabalho, na busca de *Conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes, e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição; analisar e explicar as práticas dos preceptores e docentes enquanto materializações do Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA, orientado pelos Princípios e Diretrizes do SUS; analisar e explicar como os residentes interpretam a formação desenvolvida em serviço em meio à materialidade da Instituição; analisar e explicar a materialidade das práticas pedagógicas de avaliação do processo educativo pelos residentes, preceptores, docentes e gestor; contribuir, a partir da pesquisa, com a proposição de sugestões para uma formação de residentes que os prepare para uma atuação integrada e multiprofissional no trabalho em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.*

Durante o período de doutoramento dimensionei a minha vida entre as 40 horas de trabalho semanais e o trabalho de pesquisadora realizado no tempo restante dos dias da semana e, em boa parte, dos sábados, domingos e feriados. Para a condição dos trabalhadores, mediados pelas sempre renovadas formas de controle e dominação burguesas, viver com essa realidade material de existência é algo recorrente.

No entanto, movida pelo otimismo da vontade, embora o pessimismo da razão, tal como referiu o mestre da Filosofia da Práxis, Gramsci, e, certa do enorme desafio a que me propunha pela implicação comprometida que tenho com a RIMS, lancei-me numa incessante busca de desvelamento de suas contradições, perquirindo os pormenores de seu concreto real para chegar, por meio da intensidade desse exercício de abstração, ao seu concreto pensado no intuito de, a partir desta pesquisa, contribuir para que o PRIMS, realmente, possa constituir um dos caminhos de fortalecimento do SUS.

No intuito de uma breve retomada sobre as configurações analisadas neste estudo, acerca da formação dos residentes da primeira turma do PRIMS, sintetizo nestas considerações finais, os movimentos que fiz com relação à hipótese que formulei para orientar este estudo: *As contradições do Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa, mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição tendem a limitar a materialidade de uma formação integrada e multiprofissional em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.*

Sendo assim, para investigar *A Formação em Serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre* fui em busca da compreensão dos conceitos de prática social, da formação em saúde, da totalidade, da historicidade e da contradição, mediados pelos aspectos estruturais e conjunturais que a afetam.

No sentido de apreender que concepções e práticas orientaram as políticas públicas de formação para os trabalhadores do SUS, fiz o que Kosik recomenda, a partir das lições aprendidas com Marx e Engels, ao explicar como se processa a destruição do mundo da pseudoconcreticidade. Por meio de um “détour” pela historicidade do SUS (1976, p. 13) imbuída em destruir sua pseudoconcreticidade, fui compreendendo as limitações do PRIMS para viabilizar uma *formação pelo trabalho*, tendo como base um dos princípios fundantes do SUS, a integralidade.

No final dos anos 70 a início dos anos 90, da proposição do SUS pelas forças sociais democráticas a sua criação legal, o povo brasileiro vai “do caráter aglutinador e difusor do debate crítico em âmbito nacional” (FRIGOTTO, 2006, p.39), ao caráter pálido, hostil e regressivo dos anos 90 marcado pelo neoliberalismo. É nesta realidade que o SUS inicia sua caminhada.

Problematizada na RSB, a concepção ampliada de saúde, passa a requerer, também, uma concepção ampliada de educação em saúde na qual os trabalhadores deveriam ser formados “não apenas para compreender o seu papel como membro de uma equipe de saúde, mas principalmente para participarem da gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle” (LIMA, 2008, p.3).

No entanto, sob a hegemonia do capital e do plano societário neoliberal Neves assinala que “a ideia de capital humano na saúde – o homem como recurso e a educação em saúde como insumo de mão de obra ganha roupagem nova ao chegar nos anos 90 e já no início do século XXI” (2008, p. 409).

Projetado para operar a integralidade nas dimensões das práticas profissionais, do modo de organização dos serviços e das respostas do governo aos problemas de saúde (RAMOS, 2009), o Sistema Único necessita de uma proposta de formação em serviço que alie à dimensão do conhecimento técnico, a dimensão política e social. A formação pelo trabalho em saúde tem que partir da compreensão da realidade, tendo como fontes de produção de conhecimentos, além das ciências biológicas, as ciências sociais e humanas. A residência, na modalidade multiprofissional, pode ser um desses caminhos mesmo com todas as contradições analisadas ao longo deste estudo.

Nessa direção, embora o PRIMS tenha projetado um modo de formação na perspectiva do trabalho interdisciplinar, por meio de uma relação orgânica entre trabalho, educação e saúde, a sua prática encontrou limites na medida da alienação da divisão do trabalho, além da reprodução de relações historicamente hierarquizadas. O gerenciamento do ato assistencial, inspirado na racionalidade científico-sanitária ligada à especialização e à lógica biologicista da saúde do corpo, produziu e produz obstáculos para a integralidade.

Numa perspectiva ampliada de saúde, o processo saúde-doença se materializa no corpo e na alma do ser social em suas múltiplas relações. Sendo assim, o trabalho em saúde assume o desafio de reconhecer o ser humano na sua dimensão integral. O trabalho em equipe multiprofissional não pode ser um somatório de práticas com a sobreposição de uma sobre a outra.

Entendendo que a constituição da formação dos sujeitos pesquisados e sua manifestação real é um processo histórico que se realiza por meio de uma prática social concreta, em permanente mudança, recupero, a partir da história oral de suas formações, o passado mais distante dos sujeitos da RIMS e o mais próximo que continua se realizando, no PRIMS, e nos demais processos de seus modos de trabalho (MEIHY, 1996).

A despeito das mudanças efetuadas pelas políticas públicas de educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde, a partir dos anos 2000, no sentido de adequar a formação aos princípios e diretrizes do SUS, as instituições

formadoras têm materializado formações conservadoras, ainda inspiradas na lógica biomédica e sem a necessária mediação de práticas interdisciplinares.

As formações iniciais e continuadas em saúde dos protagonistas do PRIMS, mediadas pelas configurações estruturais e conjunturais analisadas, no decorrer das investigações deste estudo, resultaram em práticas de saúde e de educação em saúde, ora demasiadamente reprodutoras da lógica cartesiana, positivista e fragmentária, ora produtoras de práticas de cuidado que se aproximaram do trabalho pedagógico interdisciplinar, inspirado nos princípios e diretrizes do SUS. No entanto, ainda que as práticas de formação tenham se configurado nessa dimensão integral, estas se constituíram num trabalho ensimesmado em torno das práticas do programa, sem o necessário envolvimento dos demais trabalhadores das áreas de concentração.

O Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, pensado para propiciar um caminho de formação multiprofissional integrada e pelo trabalho, entendendo-a na amplitude de seu aspecto ontocriativo, quando praticado por seus sujeitos, mediados por suas formações iniciais e continuadas no e para o trabalho, na medida da alienação de suas práticas em razão da divisão do trabalho e da acentuada parcelização das tarefas, da precarização do trabalho, da destituição do poder de suas falas e de decisão pela racionalidade gerencial hegemônica da Instituição, ficou limitado em sua perspectiva de formação, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, confirmando assim a hipótese deste estudo.

Todavia, as limitações observadas na materialidade das práticas da RIMS não anularam sua força, como uma das possibilidades de mudança das práticas em saúde e do modelo assistencial. 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, a residência tem feito pequenas fissuras na “cristaleira do saber” (apelido dado ao HCPA pelos residentes de medicina) para um trabalho interdisciplinar numa perspectiva ainda precoce, mas com possibilidades de avançar.

Para encerrar as considerações finais, porém provisórias, como referi no início, menciono algumas contribuições a partir das análises feitas neste estudo:

- É necessário fortalecer “a corporeificação das palavras pelo exemplo” como refere Freire (1996, p.34). Para tanto, torna-se imprescindível os educadores serem educados para as práticas de saúde e de educação em saúde na perspectiva da integralidade. Tais processos de educação dos formadores da RIMS têm que,

necessariamente, serem facilitados pela coordenação do Programa, pela Instituição como um todo no oferecimento de condições materiais para a formação permanente dos preceptores, por meio da reflexão crítica sobre a prática. As atividades de educação permanente passam, também, pela organização dos preceptores das áreas de concentração com os demais trabalhadores, tal como se deu em algumas áreas em que os preceptores junto com os residentes foram se apropriando dos conceitos da clínica ampliada, e pela problematização crítica de suas práticas, à luz da teoria, desenvolveram projetos que se aproximaram do trabalho interdisciplinar. Mas essa prática não pode ficar ensimesmada entre os sujeitos da RIMS, deve integrar os demais profissionais da equipe de saúde, sobretudo, a equipe médica.

- Para que a residência potencialize seu trabalho como princípio educativo, no sentido da integralidade, deve realizar sua prática de gestão, para além dos limites pedagógicos da residência, por meio de estratégias políticas de gestão que viabilizem o envolvimento dos trabalhadores e das forças de poder de decisão das áreas. O planejamento do programa nas áreas de concentração deve envolver os gestores de todas as profissões, inclusive das profissões que não estão contempladas no PRIMS, como a médica, num processo de escuta ativa, problematização e encaminhamentos. Ainda que haja conflito entre o preceptor de campo, funcionário subalterno, e os gestores dos serviços, professores da universidade, este enfrentamento tem que se estabelecer no cotidiano dos planejamentos. Essa sugestão está ligada ao fortalecimento da primeira sugestão. Quanto mais os educadores e trabalhadores da área de concentração forem educados para integralidade, tanto mais fácil será para a RIMS veicular as suas estratégias pela integralidade, que deverão se materializar não só pela via de um programa de residência, mas pela via dos diversos segmentos que compõem a área de concentração.

- Outro caminho para a educação dos educadores, a partir das bases conceituais da RIMS, está em viabilizar a integração dos preceptores aos temas desenvolvidos no Eixo Transversal. Embora a coordenação tenha feito um esforço pedagógico nesse sentido, a pressão dos gestores dos serviços, que compõem as áreas pela não liberação do preceptor para estar nas aulas do eixo transversal com os residentes, se sobrepôs. Uma estratégia para viabilizar a integração dos preceptores ao eixo transversal seria realizar seminários integrativos, durante as aulas do referido eixo, responsabilizando a cada período, um dos campos para organizar a problematização dos temas, a partir das realidades práticas vivenciada nos campos. Essa aproximação estabeleceria a

perspectiva dialógica entre a teoria e a prática, a partir não somente dos docentes em suas aulas e residentes, também dos preceptores que organizam o planejamento da formação para as suas respectivas áreas. Por meio dessa estratégia político pedagógica de corresponsabilização, uma vez para cada campo, com a participação dos demais campos nesses seminários constituiria um dos caminhos de integralidade nas três dimensões que mencionei acima: das práticas profissionais, da organização dos serviços e como encaminhamentos de resoluções dos problemas de saúde enfrentados pelos campos.

- Outro caminho para a melhoria dos processos da residência seria o de fortalecimento do coletivo de preceptores, como segmento político importante nas negociações junto à Administração Central da Instituição. Atualmente o PRIMS conta com 52 preceptores, um número bastante expressivo de potenciais articuladores na luta em busca de melhores condições de trabalho. No entanto, esse segmento ainda não conseguiu construir uma identidade de coletivo organizado para reivindicações não só junto à Coordenação do Programa, mas com relação aos movimentos de trabalhadores junto à administração central.

- Outra possibilidade de fortalecimento das práticas de formação que intensificaria a adesão orgânica dos preceptores e residentes aos valores e princípios de reafirmação do SUS seria estabelecer um caminho curricular integrado do programa com as demais instâncias do SUS. A previsão de 20% da carga horária para o desenvolvimento da teoria e 80% da carga horária para a prática, assim determinada pelo MEC/MS, poderia ser destinada, em alguma medida, para práticas nas instâncias do controle social. Previsão de atividades nas redes de cuidado do sistema, nos movimentos sociais, na administração das linhas de cuidado resultantes dos projetos terapêuticos singulares, nas atividades de militância pelo SUS. Os residentes e preceptores teriam que participar dos espaços de controle municipais, estaduais e nacional de saúde com maior ênfase, não só no sentido de conhecer, mas de contribuição e de aprendizagem. A formação por meio residência é para o trabalho no SUS, sendo assim o planejamento da formação tem que responder às necessidades do sistema.

Por enquanto, são essas as contribuições, pois a cada dia surgem possibilidades de outros caminhos a serem percorridos, que serão tão mais profícuos e reais, na medida em que forem sugeridos pelos residentes e preceptores no decorrer de suas problematizações coletivas.

Por fim gostaria de deixar registrado neste estudo que apesar de os trabalhadores, no modo de produção capitalista, estarem imersos numa materialidade em que a educação e a saúde são vistas como mercadorias, há possibilidades para o trabalho e formação em saúde, sob o eixo da integralidade, bem como para o desenvolvimento de uma formação ampliada pelo trabalho numa dimensão humanamente criativa.

Fomos Acreditados Internacionalmente<sup>142</sup>. As pesquisas dos residentes foram publicadas em revistas nacionais e internacionais. Como disse a minha orientadora, Carmen Lucia Machado, em nota entregue aos seus orientandos: “Qual nossa finalidade: realimentarmos os dados na Plataforma Lattes e nosso valor individual de Mercado? Ou sermos o melhor do que somos individual e coletivamente na relação social que estabelecemos”? (2013). Inspirada nos ensinamentos de minha professora eu pergunto: O que é mais importante, recebermos a certificação que nos chancela como Hospital Acreditado Internacionalmente, ou sermos os melhores trabalhadores da saúde na dimensão do trabalho que humaniza....e a luta continua!!!.

---

<sup>142</sup> O HCPA, em dezembro de 2013, recebeu o selo de acreditação da JCI por seguir padrões internacionais na assistência, ensino e pesquisa. O time dos trabalhadores venceu a partida.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.
- AGGIO, Alberto. **Gramsci: a vitalidade de um pensamento**. São Paulo, UNESP, 1998.
- ALMEIDA, M. C. P. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- ALVES, Giovanni. **Tempos Modernos e o fordismo**: Análise do Filme "Tempos Modernos" (Modern Times), de Charles Chaplin (1936). 2005. Disponível em: <[http://www.telacritica.org/temposmodernos\\_trabalho.htm](http://www.telacritica.org/temposmodernos_trabalho.htm).> Acessado em 20/06/2007.
- AMARANTE, Paulo Eduardo e GULJOR, Ana Paula. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re) construção no corpo social. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- ANDRADE, Selma Maffei. SOARES, Darli Antonio, JÚNIOR Luiz Cordoni (organizadores). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez, 2011.
- ARROYO, Miguel G. **Ofício de Mestre – Imagens e Auto-imagens**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- \_\_\_\_\_. Miguel. Trabalho – Educação e Teoria Pedagógica. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e crise do trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- BATALHA, Elisa. Mergulho na vivência e na (dura) realidade. **Revista RADIS Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, N°133, Out. 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/133>.> Acessado em: 19/11/2013.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira e CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? In: **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.
- BONETTO, Helena. et al. Lógica meritocrática e práticas pedagógicas na universidade: qual é a função do mérito nas nossas universidades? In: SILVA, Jailson de Souza et al. **Práticas Pedagógicas e a lógica meritória na universidade**. Coleção Grandes Temas

**do Conexão de Saberes.** Rio de Janeiro: UFRJ, Pró-Reitoria de Extensão, 2006. p. 110-119.

BRACAGIOLI Neto, Alberto, GEHLEN Ivaldo e OLIVEIRA Valter Lúcio de. **Planejamento e gestão de projetos para o desenvolvimento rural.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS - Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

BRACHT, Valter. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. In: **Cadernos Cedes, ano XIX, n. 48, Agosto/99.** Disponível em: <<http://cev.org.br/biblioteca/cadernos-cedes-1999-n48>> Acessado em: 04/08/2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do ensino superior. Programa de integração docente - assistencial - IDA. Brasília: **MEC-SESU-CCS**, 1981. 32p. (Caderno das ciências da saúde, n.3).

BRASIL, Ministério da Saúde. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo / [André Mota et al.]. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004a.

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 22/11/2009.

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 nºs 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](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)> Acessado em 22/11/2009.

BRASIL, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Cartilha de Vigilância Sanitária. Núcleo de Estudos de Saúde Pública - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar- Universidade de Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cartilha.pdf>> Acessado em: 08/12/2010.

BRASIL. Aprender SUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges/Sgtes/MS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>> Acessado em 08/11/2010.

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

BRASIL. Diretrizes curriculares nacionais para a formação de professores da educação básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Parecer: **CNE/CP 009/2001**. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL, **Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)**. Educação Permanente em Ato. In: SILVA, Mara Níbia; CONTE, Marta; VIAL, Sandra Regina Martine. A política de Educação Permanente em Saúde: a trajetória no Rio Grande do Sul. Série Educação Permanente. V. 1, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à de obra Maria Cecília Donnangelo / [André Mota et al.]. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)> Acessado em 01/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do **Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portal da Saúde. Profissional e Gestor – Cidadão - Programa Mais Médicos para o Brasil – Mais saúde para você. 2013. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=417>> Acessado em: 21/11/2013.

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.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. SGTS. Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. **Parecer CNE/CEB Nº 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>> Acessado em: 22/11/2009.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Cartilha da PNH, material de apoio**. 3ª edição, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>> Acessado em: 31/10/2010.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007**, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - CNRMS, órgão deliberativo de caráter colegiado. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca&nota=447.>> Acessado em 22/11/2009.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077**, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

BRASIL. **Portaria Nº 198/GM** em 13 de fevereiro de 2004b. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>.> Acessado em 15/11/2010.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acessado em: 4/09/2006.

BRASIL, **SESU** – Residências em Saúde – Residências Multiprofissionais. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12501&Itemid=813](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813).> Acessado em: 10/09/2010.

CAMARGO, Maria Cristina von Zuben de Arruda. Ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Bioética**, Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, p. 47-52, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: **Campo e Núcleo de Saberes e Práticas**. Sociedade e cultura, Vol. 3, n. 1 e 2, jan/dez, 2000, pp. 51-74. Universidade Federal de Goiás.

\_\_\_\_\_. 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.

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997.

CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élide Azevedo. Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de saúde: Uma construção à espera pelos sujeitos de mudança. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, supl.1, p 85-112, Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

CARVALHO, Flávia Xavier de. **Análise da configuração de políticas públicas para a juventude a partir de 1990: evidenciando concepções e estratégias neoliberais**. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Faculdade de Educação, Programa de Pós- Graduação em Educação, 2009, Paraná, BR-RS.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto da integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.

\_\_\_\_\_.Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis* [online]. 2004, v. 14, n. 1, pp. 41-65. ISSN 0103-7331.

\_\_\_\_\_.Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol. 20, n. 5, pp. 1400-1410. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>> Acessado em: 09/6/2013

\_\_\_\_\_.Ricardo Burg. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva**. In: Boletim da Saúde v. 16, n. 1 - jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=10&idrevista=11>>. Acessado em 08/06/2013.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo, Xamã, 1996.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. **A formação profissional dos assistentes sociais em tempos de contrarreformas do ensino superior: o impacto das mais recentes propostas do governo Lula**. *Serv. Soc. Soc.* [online]. 2011, n. 106, pp. 241-266. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000200004>> Acessado em 08/06/2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. Resenha [prefácio]. In: NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. São Paulo: Xamã, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. As diretrizes curriculares e a política social. In: **Revista Temporalis**. Nº. 8. Ano IV. Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

CUNHA, Luis Antonio. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.

CUNHA, Marion Machado; CUNHA, Jorge Luís. A identidade profissional e a preparação para o trabalho no Centro de Formação Profissional de Santa Maria (RFFSA/SENAI) - 1973 a 1996. **Revista Educação**, Santa Maria: v. 28, n. 2, p. 115-130, 2003.

CUNHA, Marion Machado. **O trabalho dos professores e a Universidade do Estado do Mato Grosso em SINOP/MT na década de 1990: O sentido do coletivo.** Tese de Doutorado na FAGED / UFRGS. Porto Alegre. 2010.

CYRINO Eliana Goldfarb e PEREIRA, Maria Lúcia Toralles. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3): 780-788 mai-jun, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela, KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **A Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residência em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Farjado, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun.1986.

DE TONI, J., SALERNO, G., and BERTINI, L. Uma abordagem estratégica no planejamento de grupos: o Método Altadir de Planejamento Popular — MAPP. In JACQUES, MGC., et al. org. **Relações sociais e ética** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 140-150. ISBN: 978-85-99662-89-2. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>

DIAS, Edmundo Fernandes. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: DIAS, Edmundo Fernandes et al. **O outro Gramsci.** São Paulo, Xamã, 1996.

ENGELS, Friedrich. **Anti-Dühring: filosofia, economia política, socialismo.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **O Dicionário da Língua Portuguesa.** Edição Especial. Curitiba: Positivo, 2008. 544 p

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica:** os casos de Londrina e Marília. São Paulo, Hucitec, 2002.

FOLLARI, Roberto A. Interdisciplina e Dialética: Sobre um mal-entendido. In: JANTSCH, Ari Paulo, BIANCHETTI, Lucídio (orgs.). **Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito.** Petrópolis, RJ, Vozes, 1995.

FOSTER, John B. Em defesa da história. In: \_\_\_\_; WOOD, Ellen M. **Em defesa da História:** marxismo e pós-modernismo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia.** São Paulo. Paz e Terra. 1996.

\_\_\_\_. Paulo. **Educação e Mudança.** São Paulo, Paz e terra, 2001.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**. SP: Cortez, 1984.

\_\_\_\_\_. Gaudêncio. Anos 1980 e 1990: A Relação entre o estrutural e o conjuntural e as políticas de educação tecnológica e profissional. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. **A Formação do Cidadão Produtivo: A Cultura de Mercado no Ensino Médio Técnico**. Brasília, INEP, 2006.

\_\_\_\_\_.Gaudêncio. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2009, v. 14, n. 40, pp. 168-194. ISSN 1413-2478. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782009000100014>. Acessado em: 02/05/12.

\_\_\_\_\_.Gaudêncio. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias do conflito. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e Crise do Trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_.Gaudêncio. Resenha [contracapa]. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008. [s.p.].

\_\_\_\_\_.Gaudêncio. Teoria e práxis e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde / Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 67-82, 2009.

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

\_\_\_\_\_, Gaudêncio. Os delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional. In: GENTILI, P. (Ed.) **Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 77-108.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate**. Rio de Janeiro: Graal, 1979,225 p.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da História**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. 3. ed. Rio de Janeiro, v.1. Civilização Brasileira, 2004.

\_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001a. v. 2

\_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3

\_\_\_\_\_. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001b. v. 4

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro. Graal,1978.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo, Loyola, 1992.

HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. Interlocução entre Ensino e Serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Manual do Colaborador - Grupo de Recursos Humanos. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 1998.

\_\_\_\_\_. Planejamento Estratégico. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Disponível em: <www.hcpa.ufrgs.br.> Acessado em: 10/09/2008.

\_\_\_\_\_. Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2009.

\_\_\_\_\_. Caderno Especial/ 40 anos da Lei do **HCPA**/ Informativo Número 31. Porto Alegre, 2010.

\_\_\_\_\_. Guia de Informações sobre a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2013.

\_\_\_\_\_. Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **HCPA**, 2010.

ITO, Elaine Emi. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. São Paulo, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4 p. 570-5, 2006. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp.> Acessado em 05/06/2007.

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

KEBIAN, Luciana Valadão Alves; ACIOLI, Sonia. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. In: **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3): 403-9.

KOIFMAN, L.: **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

KONDER, Leandro. **O que é a Dialética**. São Paulo, Editora Brasiliense, 20ª edição, 1989.

\_\_\_\_\_. Leandro. **Marxismo e alienação: contribuição para um estudo do conceito marxista de alienação**. São Paulo, Expressão Popular, 2009.

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

LIMA, Júlio César França. **Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde**. Revista Eletrônica do Neddade - Núcleo de Estudos, Documentação e Dados em Trabalho e Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense, Ano 5, Nº 5-2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN5%20LIMA,%20J.C.F..pdf>>. Acessado em 24/10/2010.

\_\_\_\_\_.Júlio César França. Bases Histórico-Conceptuais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_.Júlio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese de Doutorado – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Centro de Educação e Humanidades, Faculdade de Educação. Rio de Janeiro, BR-RS. 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo. Expressão Popular, 2011.

LESSA, Sergio. Trabalho Produtivo e Improdutivo. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2 ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

LOPES, Elisabeth de Fátima da Silva. **A formação das professoras enfermeiras da Escola Técnica de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e suas práticas educativas**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós- Graduação em Educação, 2007, Porto Alegre, BR-RS.

LOWY, Michael. **As Aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen. Marxismo e Positivismo na Sociologia do Conhecimento**. São Paulo, Busca Vida. 1987.

\_\_\_\_\_. Michael. Resenha [texto da orelha]. In. SADER, Emir. **A nova toupeira: os caminhos da esquerda latino-americana**. São Paulo, Boitempo, 2009.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, jan. 1999.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUKÁCS, George. **História e Consciência de Classe-** Estudos sobre a dialética marxista. São Paulo, Martins Fontes, 2003.

LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Formação: Saberes e Fazeres Humanizados. In: **Boletim da Saúde/ Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul; Escola de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, 2006, Porto Alegre: SES/ESP, 1969 – Semestral ISSN- 0102 -1001.

MATTA, Gustavo Correa, LIMA, Júlio César França. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo de. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, v. 6, n. 2, pp. 377-389. ISSN 1413-8123.

\_\_\_\_\_. Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia alemã**. 1ª ed. São Paulo, Boitempo 2007.

\_\_\_\_\_. **Capítulo VI inédito de O capital, resultados do processo de produção imediata**. São Paulo, Centauro, 2004.

\_\_\_\_\_. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos-Filosóficos**. São Paulo, Boitempo, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política**. 23. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2006. l. 1, v. 1.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política**. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. l. 1. v. 2.

\_\_\_\_\_. Karl. **O manifesto comunista**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira e Leandro Konder. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

MACIEL, Ana Lúcia Suarez. **Universidade em crise: uma travessia necessária para a formação em Serviço Social**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINE, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2 ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELO, Adriana Almeida Sales de. **A mundialização educação: consolidação do projeto neoliberal na América Latina, Brasil e Venezuela**. Maceió: EDUFAL, 2004.

MENDES GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Cefor, 1992.

MEIHY, José Carlos S. Bom. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde, In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MÉSZÁROS, Istiván. **A teoria da Alienação em Marx**. São Paulo, Boitempo, 2006.

\_\_\_\_\_, Istiván. **Para Além do Capital**. São Paulo, Boitempo, 2002.

MORAES, Juliano Teixeira; LOPES, Eliane Marta. A formação de profissionais de saúde em instituições de ensino superior de Divinópolis, Minas Gerais. In: **Trabalho, Educação e Saúde**. - v. 7, n. Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

NEVES, Lucia Maria Wanderley. A política Educacional Brasileira na ‘Sociedade do Conhecimento’. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

OLIVEIRA, Francisco de. **Crítica à razão dualista /O ornitorrinco**. São Paulo, Boitempo, 2003.

\_\_\_\_\_.Francisco de. Entrevista concedida a Fernando Haddad e Leda Paulani. **Revista reportagem, nº41**, fev. 2003.

PIAGET, J. Problèmes Généraux de la Recherche Interdisciplinaire et Mécanismes Communs. In: PIAGET, J., **Épistémologie des Sciences de l’Homme**. Paris: Gallimard, 1981.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2000.

\_\_\_\_\_.Jairnilson Silva. Prefácio à 6ª Edição. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. Reforma Sanitária: Avanços, Limites e Perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corre, LIMA, Júlio César França. **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz/EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_.Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

PEREIRA, L. **Ensaio de sociologia do desenvolvimento.** São Paulo. Pioneira, 1970.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Tendências Curriculares nas Escolas de Formação Técnica para o SUS.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2004, v. 2, n. 1.

\_\_\_\_\_. Isabel Brasil; RAMOS, Marise Ramos. **Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Isabel Brasil. A Educação dos Trabalhadores da Saúde sob a Égide da Produtividade. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.). **Estado, Sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_. Isabel Brasil. Interdisciplinaridade. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERIN, Silvana Doris. A visita domiciliar como instrumento de apreensão da realidade social. In: **II Encontro Nacional do Serviço Social no Ministério Público, 2008, Brasília.** Relatório final do II Encontro Nacional do Serviço Social no Ministério Público. Brasília: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, 2008.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.

\_\_\_\_\_. **Construção Social da Demanda.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005.

PIRES, Denise. **Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem,** Cortez, São Paulo, 1989.

\_\_\_\_\_. Denise. **O processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: Estudo em Instituições Escolhidas.** Tese de Doutorado na UNICAMP. Campinas. 1996.

\_\_\_\_\_. Denise Elvira. Precarização do trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**, 2 ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_. Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil.** São Paulo: CUT/ Annablume, 1998.

PINTO, Geraldo Augusto. **A organização do Trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo.** São Paulo, Expressão Popular, 2007.

PLEKHANOV, Guiorgui Valentinovitch. O Papel do indivíduo na história. São Paulo, Expressão Popular, 2003.

PUSTAI, Odalci José. A “ordem” de vida para o médico pensar o paciente: Uma Ontologia Espinosana do ser humano na medicina. Tese de Doutorado na FACED / UFRGS. Porto Alegre, 2006.

RAMOS, Marise Nogueira. Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro, CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. Marise. **Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional**. Saúde e Sociedade. [online]. 2009, vol.18, suppl.2, pp. 55-59. ISSN 0104-1290

RICCI, Rudá. Ascensão e Queda do Império Universitário Brasileiro, In: **Revista Espaço Acadêmico** Nº 80, mensal, Janeiro, 2008, Ano VII – ISSN 1519.6186. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/080/80ricci.htm>> Acessado em 17/06/13.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **História da Enfermagem e sua Relação com a Saúde Pública**. Goiana, Cultura e Qualidade, 1999.

ROMÃO, José Eustáquio. **Avaliação Dialógica: desafios e perspectivas**. São Paulo, Cortez, 2008.

ROMERO, Daniel. **Marx e a Técnica: um estudo dos manuscritos de 1861-1863**. São Paulo, Expressão Popular, 2005.

SAVIANI, Demerval. **A Pedagogia no Brasil: história e teoria**. Campinas, Editores Associados, 2008.

SANTOS, MILTON. **Metamorfoses do espaço habitado**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, Daniel Marcos. **Forças produtivas, Relações de produção, Mais-valia e Lucro**. Tarefa apresentada no Seminário Teórico Prático Bases Teórico- Metodológicas no Desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa II .Professor Orientador: Dr. Augusto Nivaldo da Silva Triviños. Faculdade de Educação – PPGEDU – UFRGS, 2004.

SANTOS, Jailson dos. Início dos anos 1990: reestruturação produtiva, reforma do Estado e do sistema educacional. Niterói: UFF, 2005 (mimeo.). In: **A formação do cidadão produtivo: a cultura de mercado no ensino médio técnico** /Organizado por:

Gaudêncio Frigotto e Maria Ciavatta. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 372 p.: il.

SILVA, Cesar Cavalcanti da. **Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: reflexões acerca de seus antecedentes políticos e sociais. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Artigo disponível em: <[http://www.de.ufpb.br/~mds/Artigos\\_Web/PFRH.pdf](http://www.de.ufpb.br/~mds/Artigos_Web/PFRH.pdf)> Acessado em: 02/11/10.

SILVA, Clara Teixeira da. **Saúde do Trabalhador: Um desafio para a qualidade total no Hemório**. Dissertação (mestrado) – Fundação Osvaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, Sub-Área de Concentração Saúde, Trabalho e Meio Ambiente, 2000, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4608/2/177.pdf>> Acessado em 15/04/2013.

SILVA, Graciete Borges da. **A enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Remulo Orlando Borges da; ALVES, Elioenai Dornelles; CARVALHO, Dandara Sampaio Leão de and MESQUITA, Diego Martins. Programa PET-Saúde: trajetória 2009-2010, na Universidade de Brasília. **Saúde debate** [online]. 2012, v. 36, n. 95, pp. 678-683. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400020>>

STOTZ, Eduardo Navarro. **Os desafios para o SUS e a educação popular**: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde [on line]. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/varal/politicasaude/desafiosus.htm>> (s/d). Acesso em: 11 mai. 2009.

STRECK, Danilo R; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime (orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte, Autêntica, 2008.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. **Manual de Enfermagem, Programa Saúde da Família**. A Visita Domiciliar no Contexto da Saúde da Família. 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. 7. ed. São Paulo, Atlas, 1970.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

TRIVIÑOS, Augusto Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

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

\_\_\_\_\_; BURIGO, Carla Cristina, COLAO, Magda Maria. A formação do educador como pesquisador. In: TRIVIÑOS, Augusto Silva; Oyarzabal, Graziela M. et al (Org.). **A**

**formação do educador como pesquisador no MERCOSUL/CONE SUL.** Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2003.

\_\_\_\_; MOLINA, Vicente (Org.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas.** 2. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

\_\_\_\_. **Breve apresentação do método dialético materialista.** Porto Alegre. 2006. Mimeo.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da Práxis.** 1ªed. São Paulo, Expressão Popular, 2007.

VIEIRA, Patrícia Santiago; FURTADO Roberto Pereira. **A educação do trabalhador da saúde: as políticas de formação no processo de trabalho.** Disponível em: <[http://www.5ebem.ufsc.br/trabalhos/eixo\\_02/e02e\\_t007.pdf](http://www.5ebem.ufsc.br/trabalhos/eixo_02/e02e_t007.pdf)> Acessado em 01/05/2013.

**APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Preceptores e Docentes**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)” que tem por objetivos: a) Conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição e b) Contribuir, a partir da pesquisa, com a proposição de sugestões para uma formação de residentes que os prepare para uma atuação integrada e multiprofissional no trabalho em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Trata-se de uma tese de doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação de Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEDU, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado.

Pesquisadora Responsável, orientadora do projeto: Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado, telefone para contato: (51) 33084144 e e-mail: carmen.machado@ufrgs.br. Pesquisadora, doutoranda: Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, telefone para contato: (51) 33598606 e-mail: vvitvvit@gmail.com. Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de dúvidas que possam surgir.

Este termo tem como objetivo garantir que Eu..... concordo em participar da entrevista, combinando previamente com a pesquisadora os dias da entrevista. Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento sem que isto acarrete ônus pessoais ou profissionais. Fui esclarecido/a quanto aos seguintes aspectos: 1 – O/A entrevistado/a vai

responder a um questionário com questões semi-abertas. 2 - A duração da entrevista será em torno de 1 hora e se houver algum problema na gravação, o/a entrevistado/a será convidado/a novamente a responder as questões, combinando previamente o dia da entrevista; 3 - Os dados coletados por meio de entrevista, durante o processo em curso, e mesmo na escrita da tese de doutorado, serão tratados com confidencialidade e sigilo, e mantidos em anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da tese e dos artigos e comunicações que dela resultem. 4- Caso o/a entrevistado/a sinta-se desconfortável em responder alguma das questões, esse terá a opção de não respondê-la; 5- Se, no decorrer do procedimento o/a entrevistado/a vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, a pesquisadora atenderá a esta vontade. 6. A entrevista será gravada e após a guarda de até cinco anos, será desgravada. 7- Garantiram-me que as informações coletadas não terão repercussão na avaliação de desempenho profissional, nem trarão quaisquer problemas trabalhistas.

Informamos que além das informações obtidas na entrevista serão coletados dados, a partir das observações que serão realizadas nas reuniões e demais atividades da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da qual você é participante.

O termo será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o/a entrevistado/a e a outra com as pesquisadoras. As entrevistas serão realizadas no Centro de Pesquisa Clínica solicitado para esse fim. Para outras informações sobre os aspectos éticos o/a entrevistado/a poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, tel.: (51)33598304. O/A entrevistado/a não terá custos provenientes da sua participação nas entrevistas.

---

Pesquisadora Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

---

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Porto Alegre, .....de.....de 2011.

**APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Residentes****Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)” que tem por objetivos: a) Conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição e b) Contribuir, a partir da pesquisa, com a proposição de sugestões para uma formação de residentes que os prepare para uma atuação integrada e multiprofissional no trabalho em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Trata-se de uma tese de doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação de Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEDU, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado.

Pesquisadora Responsável, orientadora do projeto: Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado, telefone para contato: (51) 33084144 e e-mail carmen.machado@ufrgs.br. Pesquisadora, doutoranda: Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, telefone para contato: (51) 33598606 e-mail: vvitvvit@gmail.com. Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de dúvidas que possam surgir.

Este termo tem como objetivo garantir que Eu....., concordo em participar da entrevista, combinando previamente com a pesquisadora os dias da entrevista. Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento sem que isto acarrete ônus pessoais ou profissionais. Fui esclarecido/a quanto aos seguintes aspectos: 1 – O/A entrevistado/a vai

responder a um questionário com questões semi-abertas. 2 - A duração da entrevista será em torno de 1 hora e se houver algum problema na gravação, o/a entrevistado/a será convidado/a novamente a responder as questões, combinando previamente o dia da entrevista; 3 - Os dados coletados por meio de entrevista, durante o processo em curso, e mesmo na escrita da tese de doutorado, serão tratados com confidencialidade e sigilo, e mantidos em anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da tese e dos artigos e comunicações que dela resultem. 4- Caso o/a entrevistado/a sinta-se desconfortável em responder alguma das questões, esse terá a opção de não respondê-la; 5- Se, no decorrer do procedimento o/a entrevistado/a vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, a pesquisadora atenderá a esta vontade. 6. A entrevista será gravada e após a guarda de até cinco anos, será desgravada. 7- Garantiram-me que as informações coletadas não terão repercussão na avaliação de desempenho no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, nem trarão quaisquer problemas para minha condição de residente.

Informamos que além das informações obtidas na entrevista serão coletados dados, a partir das observações que serão realizadas nas reuniões e demais atividades da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da qual você é participante.

O termo será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o/a entrevistado/a e a outra com as pesquisadoras. As entrevistas serão realizadas no Centro de Pesquisa Clínica solicitado para esse fim. Para outras informações sobre os aspectos éticos o/a entrevistado/a poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, tel.: (51)33598304. O/A entrevistado/a não terá custos provenientes da sua participação nas entrevistas.

---

Pesquisadora Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

---

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Porto Alegre, .....de.....de 2011.

**APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Coordenador do PRIMS**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)” que tem por objetivos: a) Conhecer, analisar e interpretar as contradições que o Projeto Político Pedagógico do PRIMS/HCPA/Turma 2010-2012, orientado na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS, apresenta - em meio à formação inicial dos preceptores/docentes e suas práticas profissionais na Instituição e de preceptoria/docência, à formação inicial dos profissionais, atuais residentes e à formação em serviço desenvolvida no programa - mediatizadas pelos demais elementos conjunturais e estruturais que produziram e produzem a realidade da Instituição e b) Contribuir, a partir da pesquisa, com a proposição de sugestões para uma formação de residentes que os prepare para uma atuação integrada e multiprofissional no trabalho em saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Trata-se de uma tese de doutorado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação de Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGEDU, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado.

Pesquisadora Responsável, orientadora do projeto: Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado, telefone para contato: (51) 33084144 e e-mail: carmen.machado@ufrgs.br. Pesquisadora, doutoranda: Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, telefone para contato: (51) 33598606 e-mail: vvitvvit@gmail.com. Colocamo-nos à disposição para esclarecimento de dúvidas que possam surgir.

Este termo tem como objetivo garantir que Eu..... concordo em participar da entrevista, combinando previamente com a pesquisadora os dias da entrevista. Explicaram-me o caráter voluntário da participação nessa pesquisa, além do direito de retirar-me do estudo a qualquer momento sem que isto acarrete ônus pessoais ou profissionais. Fui esclarecido quanto aos seguintes aspectos: 1 – O entrevistado vai responder a um questionário com questões semi-abertas. 2 - A duração da entrevista será

em torno de 1 hora e se houver algum problema na gravação, o entrevistado será convidado novamente a responder as questões, combinando previamente o dia da entrevista; 3 - Os dados coletados por meio de entrevista, durante o processo em curso, e mesmo na escrita da tese de doutorado, serão tratados com confidencialidade e sigilo, e mantidos em anonimato, sendo utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a realização da tese e dos artigos e comunicações que dela resultem. O nome do entrevistado não será divulgado, porém por estar desempenhando um cargo público, ou seja, de Coordenação do PRIMIS/HCPA, o entrevistado poderá ser identificado. 4- Caso o entrevistado se sentir desconfortável em responder alguma das questões, esse terá a opção de não respondê-la; 5- Se, no decorrer do procedimento o entrevistado vier a manifestar sua vontade de que a entrevista seja interrompida e/ou seu conteúdo não seja divulgado, a pesquisadora atenderá a esta vontade. 6. A entrevista será gravada e após a guarda de até cinco anos, será desgravada. 7- Garantiram-me que as informações coletadas não terão repercussão na avaliação de desempenho profissional, nem trarão quaisquer problemas trabalhistas.

Informamos que além das informações obtidas na entrevista serão coletados dados, a partir das observações que serão realizadas nas reuniões e demais atividades da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da qual você é participante.

O termo será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o entrevistado e a outra com as pesquisadoras. As entrevistas serão realizadas no Centro de Pesquisa Clínica solicitado para esse fim. Para outras informações sobre os aspectos éticos o entrevistado poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, tel.: (51)33598304. O entrevistado não terá custos provenientes da sua participação nas entrevistas.

---

Pesquisadora Elisabeth de Fátima da Silva Lopes

---

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Porto Alegre, .....de.....de 2011.

## APÊNDICE D: Roteiro de Entrevista – Preceptores e Docentes

### Informações Gerais sobre a entrevistada:

Nome:

Área de Concentração:

Instituição onde realizou a graduação e ano de conclusão:

Curso de Pós-Graduação:

( ) Especialização ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Mestrado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Doutorado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

Tempo de experiência como trabalhador da saúde:

Locais de atuação:

Tempo de serviço no HCPA: \_\_\_\_\_ Locais de atuação:

Nº de residentes/profissão que orienta

Tempo utilizado para planejamento ( ) para ensino ( ) e avaliação ( )

Tempo utilizado em atividades de supervisão assistenciais/ matriciamento interno e externo:

Atua ou atuou em outra Instituição de Ensino? ( ) Qual?

Continua tendo contato com as Instituições formadoras? ( ) não ( ) sim.

Em caso afirmativo. Qual . De que forma. Não, Porquê?

Indique as referências que mais utiliza para a sua prática como preceptor:

### Questões abertas:

#### **1. Formação Inicial do Preceptor e em Pós-Graduação**

1. Descreva como foi sua formação?

2. Esta preparou você para trabalhar na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS?

3. Dentre as disciplinas que cursou em sua formação inicial, quais as que mais contribuíram para a realização do seu trabalho no SUS?

4. Em que áreas ou área de atenção à saúde (primária, secundária, terciária), além de outras experiências de aprendizagem em serviço, a instituição formadora proporcionou durante a tua formação graduanda?

5. Como foram essas experiências: tempo de duração, significados para o seu trabalho no SUS?

6. Quais as metodologias de ensino e avaliação foram vivenciadas durante a graduação?

7. Como foi a sua inserção nas equipes de saúde, durante as atividades de ensino-aprendizagem no decorrer de sua graduação?

8. Como eram constituídas as equipes, como desenvolviam o trabalho em equipe?

9. Você fez pesquisa na graduação? Continua fazendo, agora, como profissional da do HCPA? O que lhe motiva a pesquisar?

10. E a formação em Pós Graduação, o que contribuiu para a sua atuação no SUS?

#### **2. Inserção no PRIMS**

1. O que te motivou a participar do PRIMS?

2. Como se deu a sua inserção no PRIMS?

3. Como foi desenvolvida a sua preparação pedagógica para atuar como preceptor no
4. Projeto Político Pedagógico do PRIMS? Você se sente preparado para atuar como preceptor de campo/núcleo?
5. Como você se inteirou do Projeto Político Pedagógico do PRIMS? Que tempo foi proporcionado para essa inteiração?
6. Como você se apropriou ou vem se apropriando dos referenciais teóricos que embasam o Projeto Político Pedagógico do PRIMS?
7. Que referenciais teóricos apoiavam a tua atuação no HCPA antes do PRIMS?

### **3. O HCPA – Áreas de Concentração - Trabalho em saúde no hospital**

1. Qual a configuração estrutural política e pedagógica do HCPA como hospital do SUS, como HU que realiza atendimento por convênios e privados? (Estrutura administrativa político e pedagógica)
2. Como estão configuradas as áreas de concentração, onde você exerce seu trabalho como preceptor de campo/núcleo, em termos estruturais, políticos e pedagógicos (estruturas de gestão, das equipes)
3. Como é o trabalho pedagógico na equipe de saúde e nas equipes das profissões na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS?

### **4.O trabalho pedagógico no PRIMS**

1. Como é desenvolvido o trabalho pedagógico na área de concentração no que diz respeito às atividades de planejamento, ensino e avaliação no campo e núcleo? Como se dá a articulação entre campo e núcleo no planejamento do processo educativo?
2. Que metodologias de ensino estão sendo utilizadas na materialização do processo educativo?
3. Como está sendo realizada a inserção dos residentes na área de concentração, no núcleo, nas atividades das áreas de concentração, núcleo e da rede em saúde?
4. Como o currículo do PRIMS vem viabilizando o trabalho pedagógico interdisciplinar? Caso esse trabalho não esteja se viabilizando, explique os porquês, na sua opinião?
5. Exemplifique uma situação de preceptoria desenvolvida por você numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que tenha avaliado como significativa para o alcance da proposta do PRIMS?
6. Exemplifique uma situação de preceptoria desenvolvida por você numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que não considerou significativa para o alcance da proposta do PRIMS?
7. Que aspectos político-pedagógicos com relação à atenção à saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS viabilizados pelo PRIMS no HCPA você destaca nesse primeiro ano do programa?
8. Que aspectos você mencionaria como dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMS?
9. Como é a relação Preceptor - Residente no processo educativo do PRIMS nas atividades teórico práticas e de formação em serviço?

#### **Avaliação:**

10. Qual a sua concepção de avaliação? O que pensa sobre a avaliação no processo ensino-aprendizagem?
11. Como a avaliação do processo educativo do PRIMS vem se desenvolvendo? Quais os aspectos dificultadores e facilitadores da prática da avaliação?

**5. Questões que não estão contempladas no presente roteiro e que o entrevistado gostaria de expor.**

## APÊNDICE E: Roteiro de Entrevista - Residentes

### Informações Gerais sobre a entrevistada:

Nome:

Área de Concentração:

Instituição onde realizou a graduação e ano de conclusão:

Curso de Pós-Graduação:

( ) Especialização ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Mestrado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Doutorado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

Tempo de experiência como trabalhador da saúde:

Locais de atuação: \_

Continua tendo contato com as Instituições formadoras? ( ) não ( ) sim.

Em caso afirmativo. Qual? . De que forma

Não, Porquê?

Indique as referências que mais utiliza em sua prática como residente:

### Questões abertas:

#### **1. Formação Inicial do Residente e em Pós-Graduação**

1. Descreva como foi sua formação?
2. Esta preparou você para trabalhar na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS?
3. Dentre as disciplinas que cursou em sua formação inicial, quais as que mais contribuíram para a realização do seu trabalho no SUS?
4. Em que áreas ou área de atenção à saúde (primária, secundária, terciária), além de outras experiências de aprendizagem em serviço, a instituição formadora proporcionou durante a tua formação graduanda?
5. Como foram essas experiências: tempo de duração, significados para o seu trabalho no SUS?
6. Quais as metodologias de ensino e avaliação foram vivenciadas durante a graduação?
7. Como foi a sua inserção nas equipes de saúde, durante as atividades de ensino-aprendizagem no decorrer de sua graduação?
8. Como eram constituídas as equipes, como desenvolviam o trabalho em equipe?
9. Você fez pesquisa na graduação? Continua fazendo, agora, como residente do HCPA? O que lhe motiva a pesquisar?
10. E a formação em Pós Graduação, o que contribuiu para a sua atuação no SUS?

#### **2. Inserção no PRIMS**

1. O que te motivou a buscar formação em serviço no PRIMS/HCPA?
2. O processo seletivo de provas e títulos correspondeu às suas expectativas?
3. Como foi o Processo Introdutório no PRIMS?

4. Como você se apropriou ou vem se apropriando dos referenciais teóricos que embasam o Projeto Político Pedagógico do PRIMS?
5. Que referenciais teóricos apoiavam a tua prática antes de iniciar no PRIMS/HCPA?
6. O HCPA – Áreas de Concentração - Trabalho em saúde no hospital
7. Qual a configuração estrutural política e pedagógica do HCPA como hospital do SUS, como HU que realiza atendimento por convênios e privados? (Estrutura administrativa político e pedagógica)
8. Como estão configuradas as áreas de concentração, onde você exerce seu trabalho como preceptor de campo/núcleo, em termos estruturais, políticos e pedagógicos (estruturas de gestão, das equipes)
9. Como é o trabalho pedagógico na equipe de saúde e nas equipes das profissões na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS?

### **3. O trabalho pedagógico no PRIMS**

1. Como está sendo desenvolvido o trabalho pedagógico na área de concentração e no núcleo?
2. Como está se dando a articulação entre campo e núcleo no planejamento do processo educativo?
3. Que metodologias de ensino estão sendo utilizadas na materialização do processo educativo?
4. Como está sendo realizada a inserção dos residentes na área de concentração, no núcleo, nas atividades das áreas de concentração, núcleo e da rede em saúde?
5. Como o currículo do PRIMS vem viabilizando o trabalho pedagógico interdisciplinar?
6. Caso esse trabalho não esteja se viabilizando, explique os porquês, na sua opinião?
7. Exemplifique uma situação de preceptoria numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que tenha avaliado como significativa para a formação na perspectiva do preconizado no PRIMS?
8. Exemplifique uma situação de preceptoria desenvolvida por você numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que não considerou significativa para a formação na perspectiva do preconizado no PRIMS?
9. Que aspectos político-pedagógicos com relação à atenção à saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS viabilizados pelo PRIMS no HCPA você destaca nesse primeiro ano do programa?
10. Que aspectos você mencionaria como dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMS?
11. Como é a relação Preceptor - Residente no processo educativo do PRIMS nas atividades teórico práticas e de formação em serviço?

#### **Avaliação:**

12. Qual a sua concepção de avaliação? O que pensa sobre a avaliação no processo ensino-aprendizagem?
13. Como a avaliação do processo educativo do PRIMS vem se desenvolvendo? Quais os aspectos dificultadores e facilitadores da prática da avaliação?

**Questões que não estão contempladas, no presente roteiro, e que o entrevistado gostaria de expor.**

## **APÊNDICE F: Roteiro de Entrevista – Coordenador do PRIMS**

### **Informações Gerais sobre a entrevistada:**

Nome:

Período de Coordenação do PRIMS:

Instituição onde realizou a graduação e ano de conclusão:

Curso de Pós-Graduação:

( ) Especialização ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Mestrado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

( ) Doutorado ( ) concluída ( ) cursando , em que:

Tempo de experiência como trabalhador da saúde:

Locais de atuação:

### **Questões abertas:**

#### **1. Formação do Grupo de Trabalho que escreveu o Projeto Político Pedagógico do PRIMS**

1. Como surgiu a proposta de criação do PRIMS na instituição?
2. Como se deu a formação do GT para a elaboração do PPP do PRIMS/HCPA? Que critérios foram pensados para a escolha dos participantes?

#### **2. HCPA - PRIMS – Concepção, Tratativas Político Pedagógicas juntos às Áreas e a Aprovação pela Administração Central**

1. Qual a configuração estrutural política e pedagógica do HCPA como hospital do SUS, como HU que realiza atendimento por convênios e privados? (Estrutura administrativa político e pedagógica)
2. Como estão configuradas as áreas de concentração em termos estruturais, políticos e pedagógicos (estruturas de gestão, das equipes)
3. Como se desenvolve o trabalho pedagógico na equipe de saúde e nas equipes das profissões?
4. Como foi concebido o PPP e que referenciais teórico-metodológicos embasam o programa?
5. O que motivou a escolha das Áreas de Concentração e como foi feita a sensibilização das mesmas?
6. Como se desenvolveram os trâmites políticos para a aprovação do PRIMS?

#### **3. Aprovação do PPP do PRIMS e Relações Político Pedagógicas, junto ao Ministério de Educação**

1. Como se desenvolveu o processo de encaminhamento até a aprovação do PPP pelo MEC?
2. Como vem se desenvolvendo as relações político-pedagógicas com o MEC?

#### **4. As relações político pedagógicas com a Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), com os demais Programas de Residência Multiprofissional em Saúde - e Representações dos segmentos das Residências nos diversos fóruns**

1. Como está se desenvolvendo as relações político pedagógicas do PRIMS com a CNRMS?
2. Como vem acontecendo as interfaces do PRIMS com os demais Programas?
3. Como vem se desenvolvendo as relações do PRIMS com o Programa de Residência Médica no HCPA e demais formações em serviço na instituição?
4. Como vem acontecendo a participação dos segmentos do PRIMS nos diversos fóruns de representação?

#### **5. Questões Administrativo-pedagógicas**

1. Como vem sendo realizada a assessoria administrativa e pedagógica junto às Áreas de Concentração do PRIMS e demais atividades pedagógicas do programa?
2. Como vem se desenvolvendo o trabalho na Comissão de Implantação do PRIMS em termos de assessoria político pedagógica às Áreas de Concentração do programa?
3. Como é feita a escolha para as funções de preceptoria (campo e núcleo)?
4. O processo introdutório do preceptor no PRIMS como se desenvolve? Como vem se desenvolvendo o processo de Educação Permanente dos preceptores?
5. Como avalia as condições para o trabalho de preceptoria de campo e núcleo? Tempo de dedicação para o planejamento, ensino e avaliação.

#### **6. O trabalho pedagógico no PRIMS – Limites e Possibilidades**

1. Como está sendo desenvolvido o trabalho pedagógico nas áreas de concentração e nos núcleos?
2. Como está se dando a articulação entre campo e núcleo no planejamento do processo educativo?
3. Que metodologias de ensino estão sendo utilizadas na materialização do processo educativo?
4. Como está sendo realizada a inserção dos residentes na área de concentração, no núcleo, nas atividades das áreas de concentração, núcleo e da rede em saúde?
5. Como o currículo do PRIMS vem viabilizando o trabalho pedagógico interdisciplinar?
6. Caso esse trabalho não esteja se viabilizando, explique os porquês, na sua opinião?
7. Exemplifique uma situação de preceptoria numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que tenha avaliado como significativa para a formação na perspectiva do preconizado no PRIMS?
8. Exemplifique uma situação de preceptoria desenvolvida por você numa atividade teórico prática ou de formação em serviço que não considerou significativa para a formação na perspectiva do preconizado no PRIMS?
9. Que aspectos político-pedagógicos com relação à atenção à saúde, na perspectiva dos Princípios e Diretrizes do SUS viabilizados pelo PRIMS no HCPA você destaca nesse primeiro ano do programa?

10. Que aspectos você mencionaria como dificultadores para a concretização dos objetivos do PRIMIS?

**Avaliação:**

11. Qual a sua concepção de avaliação? O que pensa sobre a avaliação no processo ensino-aprendizagem?
12. Como a avaliação do processo educativo do PRIMIS vem se desenvolvendo? Quais os aspectos dificultadores e facilitadores da prática da avaliação?
13. Como vem acontecendo a avaliação do PRIMIS?

**Questões que não estão contempladas, no presente roteiro, e que o entrevistado gostaria de expor.**

## ANEXO A – Consignas para Identificação dos Sujeitos de Pesquisa

**Para os residentes** foram usadas as consignas: Letra R (Residente) seguida da abreviatura da profissão e das iniciais do nome da Área de Concentração onde faz a residência. **Para os Preceptores** foram usadas as consignas: Letra P (Preceptor) seguida de C (campo) ou N (núcleo), da abreviatura da profissão e das iniciais do nome da Área de Concentração onde faz a preceptoria. **Para a Coordenadora do PRIMS** – foi usada a consigna: Letra C (Coordenador) seguida da sigla PRIMS, conforme dados das tabelas abaixo:

RESIDENTES	ÁREA DE CONCENTRAÇÃO				
	Adulto Crítico	Controle de Infecção Hospitalar	Oncologia Hematologia	Saúde da Criança	Saúde Mental
	AC	CIH	OH	SC	SM
Assistente Social	R/AS/AC	R/AS/CIH	R/AS/OH	R/AS/SC	R/AS/SM
Prof.Educ Física	R/EF/AC	R/EF/CIH	R/EF/OH	R/EF/SC	R/EF/SM
Enfermeiro	R/ENF/AC	R/ENF/CIH	R/ENF/OH	R/ENF/SC	R/ENF/SM
Farmacêutico	R/FARM/AC	R/FARM/CIH	R/FARM/OH	R/FARM/SC	R/FARM/SM
Nutricionista	R/NUTRI/AC	R/NUTRI/CIH	R/NUTRI/OH	R/NUTRI/SC	R/NUTRI/SM
Psicólogo	R/PSIC/AC	R/PSIC/CIH	R/PSIC/OH	R/PSIC/SC	R/PSIC/SM

PRECEPTORES	ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO					
	Adulto Crítico		Controle de Infecção Hospitalar		Oncologia Hematologia	
	AC		CIH		OH	
	Núcleo	Campo	Núcleo	Campo	Núcleo	Campo
Assistente Social	PN/AS/AC	PC/AS/AC	PN/AS/CIH	PC/ENF/CIH	PN/AS/OH	PC/FAR/OH
Educador Físico	PN/EF/AC		PN/EF/CIH		PN/EF/OH	
Enfermeiro	PN/ENF/AC		PN/ENF/CIH		PN/ENF/OH	
Farmacêutico	PN/FARM/AC		PN/FARM/CIH		PN/FARM/OH	
Nutricionista	PN/NUTRI/AC		PN/NUTRI/CIH		PN/NUTRI/OH	
Psicólogo	PN/PSIC/AC		PN/PSIC/CIH		PN/PSIC/OH	

PRECEPTORES	ÁREAS DE CONCENTRAÇÃO			
	Saúde da Criança		Saúde Mental	
	SC		SM	
Núcleo	Campo	Núcleo	Campo	
Assistente Social	PN/AS/SC	PC/AS/SC	PN/AS/SM	PC/ENF/SM
Educador Físico	PN/EF/SC		PN/EF/SM	
Enfermeiro	PN/ENF/SC		PN/ENF/SM	
Farmacêutico	PN/FARM/SC		PN/FARM/SM	
Nutricionista	PN/NUTRI/SC		PN/NUTRI/SM	
Psicólogo	PN/PSIC/SC		PN/PSIC/SM	

COORDENADOR DO PRIMS	C/PRIMS
----------------------	---------

**ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA****HCPA – HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110048      Versão do Projeto: 10/02/2011      Versão do TCLE: 10/02/2011

**Pesquisadores:**

ELISABETH DE FÁTIMA DA SILVA LOPES  
CARMEN LÚCIA BEZERRA MACHADO

**Título:** A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDENCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (PRIMS/HCPA)

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do HCPA/GPPG.

Porto Alegre, 19 de fevereiro de 2011.

Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

**ANEXO C – Lei 11.129/2005, Portaria Interministerial N° 1.077/2009, Portaria Interministerial n° 2.117/2005 e Resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI N° 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 n°s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

~~Art. 1º Fica instituído, no âmbito da Secretaria Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens — ProJovem, programa emergencial e experimental, destinado a executar ações integradas que propiciem aos jovens brasileiros, na forma de curso previsto no art. 81 da Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996, elevação do grau de escolaridade visando a conclusão do ensino fundamental, qualificação profissional voltada a estimular a inserção produtiva cidadã e o desenvolvimento de ações comunitárias com práticas de solidariedade, exercício da cidadania e intervenção na realidade local. (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~§ 1º O ProJovem terá validade pelo prazo de 2 (dois) anos, devendo ser avaliado ao término do 2º (segundo) ano, com o objetivo de assegurar a qualidade do Programa. (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~§ 2º O Programa poderá ser prorrogado pelo prazo previsto no § 1º deste artigo, de acordo com as disponibilidades orçamentárias e financeiras da União. (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~§ 3º A certificação da formação dos alunos, no âmbito do ProJovem, obedecerá à legislação educacional em vigor. (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~§ 4º As organizações juvenis participarão do desenvolvimento das ações comunitárias referidas no caput deste artigo, conforme disposto em Ato do Poder Executivo. (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~Art. 2º O ProJovem destina-se a jovens com idade entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) anos que atendam, cumulativamente, aos seguintes requisitos: (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~I — tenham concluído a 4ª (quarta) série e não tenham concluído a 8ª (oitava) série do ensino fundamental; (Revogado pela Medida Provisória n° 411, de 2007). (Revogado pela Lei n° 11.692, de 2008)~~

~~–II– não tenham vínculo empregatício. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–§ 1º Quando o número de inscrições superar o de vagas oferecidas pelo programa, será realizado sorteio público para preenchê-las, com ampla divulgação do resultado. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–§ 2º Fica assegurada ao jovem portador de deficiência a participação no ProJovem e o atendimento de sua necessidade especial, desde que atendidas as condições previstas neste artigo. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Art. 3º A execução e a gestão do ProJovem dar-se-ão, no âmbito federal, por meio da conjugação de esforços entre a Secretaria-Geral da Presidência da República, que o coordenará, e os Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, observada a intersetorialidade, e sem prejuízo da participação de outros órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Parágrafo único. No âmbito local, a execução e a gestão do ProJovem dar-se-ão por meio da conjugação de esforços entre os órgãos públicos das áreas de educação, de trabalho, de assistência social e de juventude, observada a intersetorialidade, sem prejuízo da participação das secretarias estaduais de juventude, onde houver, e de outros órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual e Municipal, do Poder Legislativo e da sociedade civil. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Art. 4º Para fins de execução do ProJovem, a União fica autorizada a realizar convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como com entidades de direito público e privado sem fins lucrativos, observada a legislação pertinente. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Art. 5º Fica a União autorizada a conceder auxílio financeiro aos beneficiários do ProJovem. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–§ 1º O auxílio financeiro a que se refere o caput deste artigo será de R\$ 100,00 (cem reais) mensais por jovem beneficiário, por um período máximo de 12 (doze) meses ininterruptos, enquanto estiver matriculado no curso previsto no art. 1º desta Lei. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–§ 2º É vedada a cumulatividade da percepção do auxílio financeiro a que se refere o caput deste artigo com benefícios de natureza semelhante recebidos em decorrência de outros programas federais, permitida a opção por apenas 1 (um) deles, nos termos do Ato do Poder Executivo previsto no art. 8º desta Lei. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Art. 6º Instituição financeira oficial será o Agente Operador do ProJovem, nas condições a serem pactuadas com o Governo Federal, obedecidas as formalidades legais. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~–Art. 7º As despesas com a execução do ProJovem correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente no orçamento da Presidência da República, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~Parágrafo único. O Poder Executivo deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários do ProJovem às dotações orçamentárias existentes. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

~~Art. 8º Ato do Poder Executivo disporá sobre as demais regras de funcionamento do ProJovem, inclusive no que se refere à avaliação, ao monitoramento e ao controle social, e critérios adicionais a serem observados para o ingresso no Programa, bem como para a concessão, a manutenção e a suspensão do auxílio a que se refere o art. 5º desta Lei. (Revogado pela Medida Provisória nº 411, de 2007). (Revogado pela Lei nº 11.692, de 2008)~~

Art. 9º Fica criado, no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Conselho Nacional de Juventude - CNJ, com a finalidade de formular e propor diretrizes da ação governamental voltadas à promoção de políticas públicas de juventude, fomentar estudos e pesquisas acerca da realidade socioeconômica juvenil e o intercâmbio entre as organizações juvenis nacionais e internacionais.

§ 1º O CNJ terá a seguinte composição:

I – 1/3 (um terço) de representantes do Poder Público;

II – 2/3 (dois terços) de representantes da sociedade civil.

§ 2º (VETADO)

§ 3º Ato do Poder Executivo disporá sobre a composição a que se refere o § 1º deste artigo e sobre o funcionamento do CNJ.

Art. 10. O art. 3º da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º À Secretaria-Geral da Presidência da República compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, especialmente no relacionamento e articulação com as entidades da sociedade civil e na criação e implementação de instrumentos de consulta e participação popular de interesse do Poder Executivo, na elaboração da agenda futura do Presidente da República, na preparação e formulação de subsídios para os pronunciamentos do Presidente da República, na promoção de análises de políticas públicas e temas de interesse do Presidente da República, na realização de estudos de natureza político-institucional, na formulação, supervisão, coordenação, integração e articulação de políticas públicas para a juventude e na articulação, promoção e execução de programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação de políticas de juventude, bem como outras atribuições que lhe forem designadas pelo Presidente da República, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional de Juventude - CNJ, o Gabinete, a Subsecretaria-Geral, a Secretaria Nacional de Juventude e até 2 (duas) outras Secretarias." (NR)

Art. 11. À Secretaria Nacional de Juventude, criada na forma da lei, compete, dentre outras atribuições, articular todos os programas e projetos destinados, em âmbito federal, aos jovens na faixa etária entre 15 (quinze) e 29 (vinte e nove) anos, ressalvado o disposto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

Parágrafo único. Fica assegurada a participação da Secretaria de que trata o caput deste artigo no controle e no acompanhamento das ações previstas nos arts. 13 a 18 desta Lei.

Art. 12. Ficam criados, no âmbito do Poder Executivo Federal, para atender às necessidades da Secretaria-Geral da Presidência da República, 25 (vinte e cinco) cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, sendo 1 (um) DAS-6, 1 (um) DAS-5, 11 (onze) DAS-4, 4 (quatro) DAS-3, 4 (quatro) DAS-2 e 4 (quatro) DAS-1.

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.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da

saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

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.

Art. 15. Fica instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos profissionais diplomados em curso superior na área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional como estratégias para o provimento e a fixação de jovens profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

§ 1º O Programa de Bolsas de que trata o caput deste artigo poderá ser estendido aos militares convocados à prestação do Serviço Militar, de acordo com a Lei nº 5.292, de 8 de junho de 1967.

§ 2º As bolsas a que se refere o caput deste artigo ficarão sob a responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde, sendo concedidas mediante seleção pública promovida pelas instituições responsáveis pelos processos formativos, com ampla divulgação.

Art. 16. As bolsas objeto do Programa instituído pelo art. 15 desta Lei serão concedidas nas seguintes modalidades:

- I - Iniciação ao Trabalho;
- II - Residente;
- III - Preceptor;
- IV - Tutor;
- V - Orientador de Serviço.

§ 1º As bolsas relativas às modalidades referidas nos incisos I e II do caput deste artigo terão, respectivamente, valores isonômicos aos praticados para a iniciação científica no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e para a residência médica, permitida a majoração desses valores de acordo com critérios técnicos relativos à dificuldade de acesso e locomoção ou provimento e fixação dos profissionais.

§ 2º As bolsas relativas às modalidades referidas nos incisos III a V do caput deste artigo terão seus valores fixados pelo Ministério da Saúde, guardada a isonomia com as modalidades congêneres dos programas de residência médica, permitida a majoração desses valores em virtude da aplicação dos mesmos critérios definidos no § 1º deste artigo.

§ 3º Os atos de fixação dos valores e quantitativos das bolsas de que trata o caput deste artigo serão instruídos com demonstrativo de compatibilidade ao disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 17. As despesas com a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente, a título de ações ou serviços públicos de saúde, no orçamento do Ministério da Saúde, observados os limites de movimentação, empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

Art. 18. O Ministério da Saúde expedirá normas complementares pertinentes ao Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.

Art. 19. O caput do art. 1º da Lei nº 10.429, de 24 de abril de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º Fica instituído para os exercícios de 2002, 2003, 2004 e 2005 o Auxílio-Aluno, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal,

intermunicipal ou interestadual pelos alunos matriculados em cursos integrantes do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, nos deslocamentos de suas residências para os locais de realização dos cursos que estiverem frequentando e destes para suas residências" (NR)

Art. 20. Os auxílios financeiros previstos nesta Lei, independentemente do nome jurídico adotado, não implicam caracterização de qualquer vínculo trabalhista.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de junho de 2005; 184<sup>o</sup> da Independência e 117<sup>o</sup> da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

*Márcio Thomaz Bastos*

*Paulo Bernardo Silva*

*Tarso Genro*

*Humberto Sérgio Costa Lima*

*Luiz Soares Dulci*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 1º.7.2005.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
GABINETE DO MINISTRO  
PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/MEC nº 2.117, de 3 de novembro de 2005**

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005. Seção 1, p. 112

Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE e DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, e considerando a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, resolvem:

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.

Art. 2º A seleção dos projetos e o credenciamento dos programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde, serão disciplinados de acordo com as necessidades sociais e as características regionais, em ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Parágrafo único. As atribuições descritas no caput deste artigo vigorarão até a regulamentação e implantação da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Art. 3º Cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade técnico-administrativa do Programa, resguardado o papel da Secretaria Nacional da Juventude, do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 4º Os programas de Residência Multiprofissional na Área de Saúde em execução, financiados com recursos públicos, terão a certificação dos seus residentes avaliada e

reconhecida pelo MEC, desde que, em um prazo de até dois anos, se enquadrem nas diretrizes e normas a serem estabelecidas pela CNRMS.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVAFELIPE

Ministro de Estado da Saúde

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

## **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.077, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2009**

Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e Considerando a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS;

Considerando o término da vigência da Portaria Interministerial nº 698, de 19 de julho de 2007, de acordo com o parágrafo 1º do artigo 3º da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, resolvem:

Art. 1º. A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

Parágrafo único. O disposto nesta Portaria abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Art. 2º. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócioepidemiológica do País;

II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;

III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;

IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

- VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pósgraduação na área da saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Art. 3º. Fica instituído o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, a ser normatizado por meio de editais específicos.

Art. 4º. Fica instituída, no âmbito do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a seguinte composição:

- I - o Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato e seu Presidente;
- II - o Coordenador Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato;
- III - o Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, membro nato;
- IV - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato e seu Vice-Presidente;
- V - o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;
- VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;
- VII - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- VIII - dois representantes das Instituições de Ensino Superior, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde;
- IX - dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde;
- X - dois representantes dos Residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;
- XI - um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;
- XII - um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;
- XIII - um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

§ 1º Na ausência dos membros natos referidos nos incisos I a V, será admitida a participação e o voto de seus substitutos legais.

§ 2º Os membros a que se referem os incisos VIII, IX e X contemplarão necessariamente a representação de Programas de Residência Multiprofissional e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.

Art 5º. A Comissão será composta dos membros titulares e de seus respectivos suplentes, indicados pelos seus segmentos e nomeados em ato conjunto da Secretária da Educação Superior do Ministério da Educação e do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com mandato de dois anos.

§ 1º Na ausência do representante titular, seu suplente será convocado.

§ 2º Sempre que necessário, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde poderá convidar representantes de outras entidades e órgãos governamentais para exame de assuntos específicos.

Art. 6º. A escolha e a nomeação dos membros que compõem a CNRMS obedecerão ao disposto nesta Portaria.

§ 1º A escolha dos membros não natos mencionados nos incisos VIII, IX a XIII será coordenada pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, mediante consulta às entidades referidas no Art 4º desta Portaria;

§ 2º O conjunto de entidades e programas de residência referentes a cada um dos incisos de VIII a XIII do Art. 4º desta Portaria deverá encaminhar à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e SGTES uma lista tríplice, acompanhada de nota justificativa e do currículo dos indicados, para subsidiar a nomeação dos seus representantes.

Art. 7º. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e tem as seguintes atribuições:

I - exercer atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento da Secretaria de Educação Superior, sobre assuntos afetos à Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde;

II - deliberar, com base nos pareceres das câmaras técnicas, sobre pedidos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde;

III - aprovar os instrumentos de avaliação para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, submetendo-os à homologação da Secretaria de Educação Superior;

IV - analisar questões relativas à aplicação da legislação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;

V - recomendar, com base em parecer das câmaras técnicas, providências da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, entre as quais, a celebração de protocolo de compromisso, quando não satisfeito o padrão de qualidade específico para reconhecimento e renovação de reconhecimento de programa de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde;

VI - definir diretrizes gerais em relação à configuração dos programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde no país, segundo a sua distribuição por Regiões e Estados, perfil das áreas profissionais e áreas de concentração envolvidas, com vistas a subsidiar os Ministérios da Educação e da Saúde na formulação de políticas de governo voltadas ao desenvolvimento de tais programas.

Art. 8º. O Ministério da Educação fornecerá suporte técnico e administrativo à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Art. 9º. O financiamento da estrutura e o funcionamento da CNRMS são de responsabilidade compartilhada entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Art. 10. Na primeira investidura após a edição desta Portaria, três dos membros referidos no art. 4º, incisos VIII a XIII, a serem indicados na primeira reunião Plenária da CNRMS, terão seus mandatos fixados em 18 meses, de modo a permitir a renovação alternada dos componentes da Comissão e garantir a continuidade dos trabalhos.

Art. 11. Fica revogada a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD

Ministro de Estado da Educação

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde

Nº 84, quarta-feira, 5 de maio de 2010 **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Seção 1** ISSN 1677-7042 14

**COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**RESOLUÇÃO Nº 2 , DE 4 DE MAIO DE 2010**

Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional Saúde, instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, resolve:

Art. 1º A instituição formadora, em parceria com as instituições executoras, de programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde deverá constituir e implementar uma única Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU.

§1º Instituição formadora é a Instituição de Ensino Superior que oferece o programa de residência em parceria com instituição(ões) executora(s).

§2º Cabe às instituições formadoras e executoras proverem condições de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos para a instalação e o funcionamento da COREMU.

Art. 2º São atribuições da COREMU:

a) Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde de uma instituição formadora.

b) Acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes.

c) Definição de diretrizes, elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos.

§ 1º A COREMU será responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

§ 2º A COREMU deverá funcionar de forma articulada com as instâncias de decisão formal existentes na hierarquia da instituição.

§ 3º A COREMU deverá funcionar com regimento próprio.

Art. 3º A COREMU constituirá um colegiado e contará, necessariamente, entre seus membros, com:

a) Um coordenador e seu substituto, que responderão pela comissão, escolhidos dentre os membros do corpo docente-assistencial dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em

Área Profissional da Saúde da instituição formadora.

b) Os coordenadores de todos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da instituição formadora, assim como seus eventuais substitutos.

c) Representantes e suplentes, escolhidos entre seus pares, dos Profissionais da Saúde Residentes e do corpo docente-assistencial de todos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, garantindo a representatividade de todas as áreas profissionais desses programas.

d) Representante do gestor local de saúde.

§1º Poderão compor a COREMU outras representações, a critério da instituição, definidas em seu regimento interno.

§2º O regimento interno da COREMU deverá prever a duração dos mandatos e a possibilidade de recondução de membros, garantindo a renovação periódica de seus representantes.

Art. 5º A COREMU deverá estabelecer cronograma anual de reuniões, com divulgação prévia das pautas, registro e disponibilização do conteúdo discutido na forma de atas.

Art. 6º As instituições formadoras e executoras dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde em funcionamento na data de publicação dessa Resolução terão o prazo de seis meses para se adequarem às normas estabelecidas.

JOSÉ RUBENS REBELATTO  
Presidente da Comissão

### **RESOLUÇÃO Nº 3, DE 4 DE MAIO DE 2010**

Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, instituída pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no uso das atribuições que lhe confere a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, resolve:

Art. 1º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde têm a duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas.

Parágrafo único. O Profissional da Saúde Residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias, que podem ser fracionados em dois períodos de 15 (quinze) dias, por ano de atividade.

Art. 2º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde serão desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas.

§ 1º Atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor.

§ 2º Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à

aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos.

§ 3º As atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, com a orientação de docente, preceptor ou convidado, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva.

§ 4º As atividades teóricas, teórico-práticas e práticas devem necessariamente incluir, além do conteúdo específico voltado à(s) área(s) de concentração e área(s) profissional(is) a que se refere(m) o(s) programa(s), temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde.

Art. 3º A avaliação do desempenho do residente deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição.

§ 1º A sistematização do processo de avaliação deverá ser semestral.

§ 2º Ao final do treinamento, o Profissional da Saúde Residente deverá apresentar, individualmente, uma monografia ou um artigo científico com comprovação de protocolo de envio à publicação.

§ 3º Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Profissional da Saúde Residente.

Art. 4º A promoção do Profissional da Saúde Residente para o ano seguinte e a obtenção do certificado de conclusão do programa estão condicionados:

I - ao cumprimento integral da carga horária prática do programa;

II - ao cumprimento de um mínimo de 85% da carga horária teórica e teórico-prática;

III - à aprovação obtida por meio de valores ou critérios obtidos pelos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima ou conceito definidos no Regimento Interno da COREMU.

Art. 6º O não cumprimento do parágrafo 2º do art. 3º e do art. 4º desta resolução será motivo de desligamento do Profissional da Saúde Residente do programa.

Art. 7º A supervisão permanente do treinamento do Profissional da Saúde Residente deverá ser realizada por corpo docente assistencial com qualificação mínima de especialista na área profissional ou na área de concentração do programa desenvolvido.

Art. 8º A partir da data de publicação dessa Resolução, as instituições formadoras e executoras dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde terão o prazo de:

I - seis meses para se adequarem às normas estabelecidas nos artigos 1º a 6º.

II - dois anos para se adequarem às normas estabelecidas no art. 7º.

JOSÉ RUBENS REBELATTO

Presidente da Comissão

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012010050500015

Documento assinado digitalmente conforme MP no- 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.