

APRESENTAÇÃO

O aprender no trabalho como formação em Residências e como desenvolvimento das práticas: perspectivas em mosaico de experiências de equipes, serviços e redes

Alcindo Antônio Ferla
Daniela Dallegre
Cristianne Maria Famer Rocha
Ananyr Porto Fajardo
Eloá Rossoni
Vera Lucia Pasini
Rafaele Garcia Sonaglio

Introdução

Organizar uma coletânea temática sobre Residências em Saúde que tornasse visíveis as produções de residentes, preceptores, tutores e coordenadores das muitas Residências em Saúde que estão em desenvolvimento em nosso país, nas diferentes regiões e em diferentes contextos locais. Este foi o desafio lançado pela Editora da Rede Unida aos organizadores deste livro. O desafio envolveu os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (PPG ATSUS), do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Essa estratégia, de estimular a produção de análises autorais de quem está no cotidiano dos Programas de Residência em Saúde é, na verdade, também uma estratégia investigativa para identificar e caracterizar inovações no cotidiano dos serviços. Compõem uma ação das pesquisas avaliativas sobre a atenção básica e as redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) as quais os organizadores,

em diferentes inserções institucionais e por meio de distintas redes científicas, têm realizado nos últimos anos. Trata-se de uma proposta de produzir visibilidade e identificar potencialidades que são singulares ou “em experiência” e que, no momento em que são submetidas a uma escala maior de análise, se diluem em universais que fazem sentido geral, mas que não se propõe à capacidade explicativa para a diversidade e a complexidade do local. Analisadas como positivities singulares, as experiências têm o valor do agir, mobilizar práticas, organizar fazeres, deslocar a relação entre o conhecimento e a prática.

Para essa iniciativa, elaboramos um Edital público, convidando os diferentes atores sociais a apresentarem suas produções; recebemos 51 textos submetidos à avaliação por pares, seguindo as normas de publicação da Editora. Destes, 33 estão reunidos nos dois livros que organizamos como um “mosaico de experiências”, agrupando um conjunto de textos que não possuem necessariamente uma linha comum de articulação, agenciam diferentes perspectivas, que se colocam em movimento no funcionamento das Residências em Saúde no contemporâneo. Os dois livros resultantes dessa iniciativa são ***“Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho”*** e ***“Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes”***. Este último compõe a presente coletânea. Os textos aqui reunidos apresentam um mosaico de olhares sobre a formação em serviço e os desafios da formação em equipe. São, ao todo, 15 textos envolvendo mais de 30 autores e diversas (locais, instituições), heterogêneas (composição da base pedagógica e do constructo epistemológico) e distintas (profissões e arranjos nos serviços) experiências.

A expressão “mosaico”, mais do que um substantivo (“mistura de coisas diferentes”, no sentido mais frequente nos nossos dicionários de língua portuguesa), aqui pretende compor uma estratégia metodológica de visibilizar a diversidade do cotidiano no encontro entre a formação e o trabalho como estão nas residências em saúde¹, principalmente na atenção básica e na gestão de linhas de cuidado, seguindo as orientações das políticas de atenção básica e de educação na saúde implementadas nos últimos anos e de movimentos singulares micropolíticos que conectam diversas experiências nas zonas de silêncio dessas políticas. (CHAVES, 2014) A atenção básica é lugar de expectativas para a atenção, para a gestão e para a participação, mas também, e com particular ênfase, para a formação.

Políticas de saúde e de formação em saúde: construindo convergências

Esse lugar de expectativa está constituído, de um lado, pela ideia de “mudança de modelo”, normalmente designando a transição do ordenamento curativista (centrado na lógica de uma solução prescrita para cada problema, caracterizado pelo diagnóstico) para uma abordagem ordenada pela integralidade como resposta adequada às necessidades das pessoas e coletividades, reconhecendo as dimensões sociais das necessidades e com projetos terapêuticos individualizados. Por outro lado, pelo

¹As Residências em Área Profissional da Saúde, uniprofissionais e/ou multiprofissionais, foram criadas e definidas 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”, por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, encaminhada ao Congresso Nacional pelo Governo Federal como Medida Provisória nº 238, de 01 de fevereiro de 2005.

reconhecimento de que a atenção básica, em particular, e as redes de atenção integradas aos territórios de vida das pessoas (multiinstitucionais, com desenhos diversos, com complexas relações local-global e compostas também por fluxos atravessados por diversas condições de possibilidade) têm tornado visíveis questões para o trabalho em saúde e para a formação que não tinham a mesma visibilidade até há uns 20 ou 30 anos. Também pelo fato de que a expansão da atenção básica alcança segmentos da sociedade antes excluídos e a mobilidade social intercala crescimento econômico e crises e mobiliza de forma distinta os determinantes da saúde. Todos esses fatores reconfiguram as necessidades que levam as pessoas e coletividades até o encontro com os serviços, reivindicando capacidades profissionais diversas daquelas constituídas na formação. Há um contexto de diversidade muito grande envolvendo a atenção básica, sejam os territórios definidos pela geografia social e política, seja o sistema de saúde como um todo, que normalmente desafia de forma aguda o trabalho e os recursos mobilizados para realizá-lo. É evidente que a complexidade do cotidiano da atenção básica contrasta com as lógicas disciplinares que produzem identidades profissionais e os regimes de verdade que sustentam os discursos da técnica e do saber vigente. Essa é precisamente a potência da formação na atenção básica, a travessia a ser percorrida pela formação no serviço. (CECCIM; FERLA, 2008a; 2011)

Para seguir nessa construção epistemológica, é necessário recuperar algumas ideias que atravessaram a proposta do Edital de chamamento de experiências e das investigações que emergem nas pesquisas avaliativas associadas a ele. Em primeiro lugar, a constatação de que o trabalho e a formação em saúde

estão imersos em contextos de complexidade que transcendem a capacidade explicativa e as tecnologias desenvolvidas com base no conhecimento prévio, disciplinar e fortemente marcado pela lógica da medicina científica emergente no final do Século XVII. A bibliografia que trata do tema da lógica biomédica é vasta e a conexão dessa lógica com a lógica do conhecimento moderno também está bem estabelecida. (LUZ, 2013a; 2013b; 2009; 1988; FERLA, 2007) O filósofo Michel Foucault (1989) indica o nascimento da clínica, no interior do hospital assistencial da idade média, e sua articulação com a medicina social, como política para a saúde, no surgimento do Estado Moderno e embrenhada com o mesmo. Madel Luz (2013a) atualiza para o caso das políticas de saúde brasileiras a articulação Medicina e Estado já identificada por Foucault, construindo a categoria instituições médicas, para designar o preenchimento frequente do conteúdo das políticas implementadas pelo Estado com o discurso biomédico. A mesma autora, em obra clássica no campo da Saúde Coletiva, demonstra a articulação entre a razão biomédica e a racionalidade científica moderna, com origem no pensamento clássico. (LUZ, 1988) Projetam-se sobre o trabalho no interior dos serviços de saúde, e também sobre os atores que protagonizam a cena do cuidado (trabalhadores e usuários), lógicas que pertencem ao mundo do conhecimento, disciplinar, positivo e totalizante. Lógicas que também pertencem ao “mundo da formação”, onde há tendência de transmissão vertical do conhecimento e treinamento de habilidades por repetição.

Essa é uma tendência que também se projeta em outros âmbitos da vida, com efeito sobre a cultura e, em alguma medida, na produção de imaginários que compõem as necessidades de saúde. Em pesquisa recente sobre as imagens produzidas no

chamado segmento de divulgação científica dirigido ao público em geral, identificou-se uma retórica fortemente marcada pela biomedicina, inclusive sobre produtos das chamadas práticas integrativas e complementares e das naturopatias. (LUZ et al., 2013) Quer seja sobre a organização técnica do trabalho, quer seja sobre a configuração dos imaginários e das demandas para a atenção básica e demais âmbitos do sistema de saúde, há um forte predomínio da lógica biomédica e das imagens de produtos, serviços e tecnologias fortemente marcados por ela. Não apenas na formação técnica e universitária, mas também nas chamadas atualizações para os trabalhadores, no segmento de “educação continuada”, as ofertas comumente são centradas nas transmissões cognitivas, afirmando um lugar de atuação segundo informação técnica disponível para o trabalhador no cotidiano do sistema de saúde, em todos os seus pontos de atenção. (CECCIM; FERLA, 2008b)

Mais recentemente, no Brasil, uma vertente epistemológica e política sopra sobre essa realidade buscando produzir tensões e mudanças. Na área da saúde, com base na disposição constitucional de que também ao SUS cabe incidir sobre o ordenamento da formação dos trabalhadores que atuam no setor, um conjunto de iniciativas vem sendo desenvolvido nos diferentes níveis de ensino, da formação técnica à pós-graduação. Na área da educação, da mesma forma, a constatação da necessidade de mudanças nas capacidades dos profissionais para o mundo do trabalho vem produzindo estratégias distintas, que buscam incidir sobre a organização do percurso formativo e sua avaliação. (CHAVES; CECCIM, 2015)

Entre as iniciativas da área da saúde, protagonizadas no interior do SUS nas três esferas de governo, merecem destaque,

desde o início dos anos 2000, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica (PROMED), O SUS e os Cursos de Graduação na Saúde (AprenderSUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o apoio e o fomento a Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde prioritárias, entre outras, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) realizadas no âmbito do SUS em articulações interinstitucionais. A ênfase das iniciativas e da Política de Educação Permanente em Saúde é, desde a sua formalização, o desenvolvimento do trabalho, a transformação das práticas sanitárias e de formação, a mobilização de recursos e poderes e ser recurso estruturante do SUS. (CECCIM, 2005) Para tanto, as diretrizes de gestão descentralizada, integralidade da atenção e participação da população têm destaque nos enunciados da política. No documento oficial de apresentação da política, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) a Educação Permanente em Saúde é apresentada como uma

[...] proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a formação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado

entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004, p. 8)

Na área da educação, algumas iniciativas também têm destaque como marcos da aproximação da formação com os serviços. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, a criação das residências em saúde e as evidentes aproximações entre os Ministérios da Educação e da Saúde, visíveis mais recentemente com a criação do Programa Mais Médicos e da Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde. Na gênese das discussões que geraram as Diretrizes Curriculares Nacionais, articulações com movimentos sociais e com entidades científicas, entre as quais a Associação Brasileira da Rede Unida e, no caso das Residências em Saúde, uma articulação forte também com o Conselho Nacional de Saúde.

Aprendizagem e trabalho em saúde: uma relação que se transformou

A aprendizagem da saúde nos serviços não é invenção recente. Remonta à transformação dos hospitais assistenciais da idade média em hospitais médicos, no final do Século XVIII. A presença intensiva e o registro sistemático dos fenômenos médicos foi também a origem do conhecimento que embasa a “clínica moderna” ou a lógica biomédica e a condição para engendrar a

transformação. (FOUCAULT, 1989) O hospital se torna campo de cura, formação e transmissão de saber, nos diz o filósofo, uma vez que se desloca também o lugar do saber médico, até então localizado nos livros, que formavam uma jurisprudência médica, para o “que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital.” (FOUCAULT, 1989, p. 111) Para os médicos, atuação intensiva no serviço, nesse serviço particular, é parte relevante da sua formação profissional. Os programas de residência médica como parte da formação especializada tiveram início em 1889, no Hospital da John’s Hopkins University, com residentes em cirurgia e, logo em seguida, em clínica médica. (HORII, 2013) A partir de 1927, quando a Associação Médica Americana publicou a primeira relação de hospitais cadastrados para a execução de programas de residência médica, essa modalidade de formação se difundiu. No Brasil, o Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, seguindo o modelo americano, implantou em 1945 um programa de residência em Ortopedia e, em seguida, no mesmo ano, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro implantou programas em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia.

A Residência Médica é reconhecida como etapa de excelência da formação médica, justamente por tratar-se de um processo de ensino-aprendizagem que coloca “o residente diante de situações de atendimento que suscitem a tomada de decisão fundada no conhecimento científico e na experiência médica acumulada com o tempo de prática.” (SPONHOLZ et al., 2016, p. 68)

Nas demais profissões, a formação intensivamente vinculada aos serviços de saúde também não é recente. Diversos programas de especialização, bem como progressivas aproximações ainda na

graduação, utilizam essa estratégia pedagógica para se realizarem há muitos anos. É o caso, por exemplo, das antigas “habilitações” da Enfermagem, formações profissionalizantes após a graduação. Entretanto, as Residências em Área Profissional da Saúde foram formalmente estruturadas a partir da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Segundo o caput do Art. 13 dessa lei, trata-se de “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.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2005) O destaque à formação de médicos se deu por pressão corporativa das entidades médicas, em nome da secularidade da residência médica, e não em função de convicções pedagógicas ou epistemológicas, que diriam respeito à contemporaneidade do trabalho e da formação. Segundo a lei, a Residência em Área Profissional da Saúde “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” (§ 1º, Art. 13) e deve ser realizado sob responsabilidade conjunta entre os setores da educação e da saúde.

A leitura cuidadosa do texto legal explicita algumas questões que lhe são contemporâneas no debate sobre a formação profissional, particularmente no campo da saúde, e que tiveram visibilidade no debate que formulou a redação final da lei: o caráter intersetorial, compatível com as formulações relativas à determinação social da saúde e da doença; a formação em serviço, como estratégia de aproximação do perfil dos egressos às demandas do sistema de saúde (“inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho”), o que supõe um diagnóstico

de necessidade de mudança na formação profissional existente; o foco nas necessidades do mundo do trabalho para a definição de perfis profissionais e, no caso específico, as áreas prioritárias do SUS como particularidade para orientar as prioridades das Residências; as tensões corporativas disputando vigência na formação e no reconhecimento social no mundo do trabalho, das quais o exemplo mais visível no texto legal é a exceptualização da medicina do conjunto das profissões participantes, preservando o status diferenciado dessa modalidade de formação para os médicos, mas também revelando conflitualidades na interação entre as profissões no mundo do trabalho e a defesa pela manutenção da tradição e do conservadorismo. No caput do Art. 15, da mesma lei, quando trata da criação de bolsas de diferentes naturezas, outras ideias que atravessam o debate sobre a formação e suas articulações com o mundo do trabalho são explicitadas, como o registro de que o Programa de Bolsas visa “à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional”, afirmando tecnologias pedagógicas que dão positividade à formação no mundo do trabalho, “como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde”, constituindo fortemente a ideia de que a formação precisa conectar-se com a dinâmica do trabalho.

Bem, não parece necessário argumentar exaustivamente aqui que essas ideias contidas na Lei e que atravessam o debate contemporâneo sobre a formação adquirem centralidade na necessidade de mudanças no ensino e que há, no mundo do trabalho, questões diversas daquelas que permeiam centralmente a formação. Esse debate está presente na literatura sobre a educação

permanente em saúde, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005) sobre o trabalho em equipe e a educação interprofissional (CECCIM; FERLA, 2008a; CHAVES; CECCIM, 2015; PEDUZZI, 2001) e sobre a natureza tecnológica do trabalho que busca a integralidade em saúde e nos estudos sobre micropolítica do trabalho em saúde de forma mais geral. (MERHY, 2014; CHAVES, 2014)

Diferente do que propõe o paradigma cartesiano, ainda vigente no mundo do conhecimento, parte importante das questões do mundo do trabalho requer lógicas distintas deste paradigma para sua abordagem de forma eficaz. Sem a pretensão de esgotar o debate epistemológico acerca da complexidade ou mesmo da crise do paradigma cartesiano, pretendemos utilizar aqui uma breve revisão do que se tem produzido principalmente no campo da Saúde Coletiva e da Educação, pela via da “tese” da Educação e Ensino da Saúde (CECCIM, 2008) para abordar dimensões da complexidade na articulação entre o conhecimento e a prática laboral ou mesmo as práticas da vida cotidiana das pessoas. Essa breve revisão pretende dar destaque ao que vem sendo proposto como necessidade de novas alianças entre o saber e o fazer em saúde, (CECCIM; FERLA, 2008a) principalmente no âmbito da atenção básica, que é onde se dá o encontro mais íntimo entre o saber acadêmico e os saberes práticos da vida. (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004)

Madel Luz, (2009) em ensaio teórico acerca da condição complexa do campo da Saúde Coletiva, descreve algumas dimensões que essa reflexão tem seguido ao longo do tempo. Uma primeira dimensão é a convivência entre o que ela denomina de “três paradigmas” (multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade), evocando a produção teórica da Saúde Coletiva latino-americana desde os anos 1990, que aponta o esgotamento

do conhecimento disciplinar para abordar os problemas de saúde, constituindo-se também como um campo de “saberes e práticas”. A tensão “saberes e práticas” não é meramente discursiva, já que parte significativa dessa produção sobre o núcleo epistemológico da Saúde Coletiva busca elementos justamente dessa tensão para explicar os movimentos constitutivos desse campo. Segundo Madel Luz, (2009) a complexidade do campo se traduz também pelo que denomina de “hibridismo epistemológico” para referir-se à coexistência de “normas epistemológicas de produção do conhecimento com o paradigma pragmático da eficácia e da ética, comum às medicinas preventiva e social e às políticas de saúde”, sendo que o paradigma científico é híbrido pela tensão entre os paradigmas das ciências humanas, da medicina, da epidemiologia clássica e do planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde. (LUZ, 2009, p. 304-305) A autora conclui que a tensão entre as duas “lógicas de ‘regime de produção de verdades’ (...) impede, a nosso ver, que se adotem explicações teóricas monocausais neste campo, ao menos no sentido da causalidade mecânica, em grande parte ainda dominante no campo das biociências.” (LUZ, 2009, p. 306)

A síntese que se pretende destacar aqui é que, no campo da Saúde Coletiva, há um problema epistemológico complexo que se enuncia por sua irreducibilidade nos discursos e práticas a um modelo ou paradigma único, sendo que coexistem, de forma integrada ou paralela, modelos discursivos “tanto em relação aos saberes disciplinares, como em relação às práticas de intervenção e às formas de expressão científica.” (LUZ, 2009, p. 307) Portanto, a compreensão dos problemas e das formas de intervenção inclui explicações abertas, mutáveis e híbridas em termos epistemológicos

(conhecimentos interpretativos ou explicativos das diversas áreas de conhecimento que se projetam sobre o campo) e da lógica operativa e pragmática da eficácia (que decorre da “intervenção normativa na ordem da vida”), conforme ressalta a autora. (LUZ, 2009, p. 306) Há aqui uma construção epistemológica que diz da necessidade de articulação entre diferentes núcleos disciplinares e práticos para compreender os fenômenos da vida e da saúde e uma tensão relevante entre conhecimentos e práticas, que renova o conhecimento e o aproxima do cotidiano, não no sentido do avizinhamo, mas da capacidade de resolver os problemas que habitam o cotidiano.

Maria Cecília Minayo (2010), em ensaio teórico sobre as relações entre o conhecimento e a complexidade, afirma que o pressuposto que embasa a complexidade é que “os seres vivos se constituem como sistemas autônomos, abertos e ao mesmo tempo integrados”, (MINAYO, 2010, p. 437) sendo os sistemas hierárquicos e somente compreendidos do nível mais complexo para o menos complexo. O nível último de complexidade nessa hierarquia é social e político, sendo que a explicação para fenômenos que envolvem o social, o cultural, o histórico, o psicológico e o biológico não pode se dar apenas pela Biologia. A autora sugere algumas condições para o exercício do pensamento complexo, capaz de compreender a abrangência e a mobilidade de fenômenos com essas características e que desafia a pesquisa social: dialogia, circularidade, perspectivismo e objetividade atravessada pela subjetividade. Essas ideias nos permitem criar uma abertura ao pensamento do aprender saúde também com os desafios da pesquisa social, aos quais nos remete a autora.

Noutra perspectiva teórica, da geografia social, Milton

Santos (1997) identifica uma tendência de que o *meio geográfico*, pela incidência da ciência, da tecnologia e da informação, seja transformado em *meio técnico-científico*, ou seja, em meio *produzido*. O exemplo utilizado é das grandes cidades, em que a parte hegemônica, produzida ativamente pela intervenção governamental e das instituições da sociedade civil, é planejada para adaptar-se à “ação global das forças mundializadoras do mercado.” (SANTOS, 1997, p. 78) Entretanto, segundo o autor, a cidade como um todo resiste a esse movimento de construção segundo a hegemonia das práticas sociais mercadológicas justamente pelo fenômeno que descreve como *ambiente construído*. Para Milton Santos (1997, p. 79)

À cidade informada e às vias de transporte e comunicação, aos espaços inteligentes que sustentam as atividades exigentes de infraestruturas e sequiosas de rápida mobilização, opõe-se a maior parte da aglomeração onde os tempos são lentos, adaptados às infraestruturas incompletas ou herdadas do passado, os espaços opacos que, também, aparecem como zonas de resistência.

Para o autor (SANTOS, 1997) há uma produção ativa do espaço geográfico pelo efeito da ciência, da tecnologia e da informação (com efeito de produção de um meio técnico-científico), mobilizado pela expressão da lógica econômica hegemônica (com expressão predominantemente urbana e padrão internacional). Entretanto,

há também um ambiente construído, que retrata a diversidade da vida social, das diferenças de renda e poder aquisitivo, da heterogeneidade da cultura, que envolve a maior parte das cidades e da população, principalmente no chamado Terceiro Mundo, onde o autor identifica uma “verdadeira flexibilidade tropical”, que fermenta lógicas diversas daquela vigente e que compõe formas de vida e ocupação do espaço mais heterogêneas e inclusivas. Não há aqui a pretensão de esgotar o debate sobre essa temática, apenas de acolher algumas ideias que ajudam a mobilizar a reflexão que se faz nesse texto: que o ambiente sofre efeitos pedagógicos das lógicas vigentes nas políticas públicas (inclusive pelos serviços de saúde), mas também da resistência e da diversidade das formas de ocupação; que há heterogeneidade nas relações que as pessoas estabelecem com o ambiente; que os territórios de vida e produção de saúde mantêm relações complexas com os modos como as pessoas e coletividades interagem com eles. Há relações de transversalidade e móveis entre o território e a produção de saúde, diversas do vetor da ciência vigente, da técnica que dela deriva e da informação que se projeta sobre essa relação. Essa constatação dá visibilidade a parte do aprender saúde no fazer cotidiano nos serviços que estão em contato mais íntimo com os territórios de vida e produção de saúde das pessoas e das coletividades, assim como descreve parte da complexidade do trabalho nesses serviços e nos demais espaços desse território. Por fim, aponta um grande desafio das residências em saúde como estratégias de formação de profissionais e desenvolvimento dos serviços.

Essas propostas se assentam na vertente de produção denominada “educação e ensino da saúde.” (CECCIM, 2008; CECCIM; FERLA, 2008a) Não se trata de uma relação de similaridade:

os serviços e os territórios servindo de campo de práticas para o adestramento de habilidades e a aplicação em escala de tecnologias e conhecimentos prévios da formação. Trata-se de aprendizagem nos serviços como política. Há entre “ensino” e “serviço” nessa proposta uma aliança forte, de estranhamento recíproco. O contato é, ele mesmo, capaz de mobilizar educação permanente, produzindo ou tornando significativo o conhecimento mobilizado e desenvolvendo o trabalho de ensinar, de aprender, de cuidar, de gerir e de participar. (CECCIM, 2005; CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; CECCIM; FERLA, 2008a; 2011)

Dois conceitos mais podem ampliar a compreensão que se pretende registrar aqui. A teoria como caixa de ferramentas, desde uma conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze, (FOUCAULT, 1989) sinaliza que é preciso que a teoria funcione e ela funciona não de forma totalizante, mas na forma de multiplicação e é, portanto, uma prática; o que opera totalizações é o poder que se associa às formas de conhecimento. Entre teoria e prática existem relações de revezamento: “nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro.” (FOUCAULT, 1989, p.70) Assim, o encontro “educação” e “serviços” opera como rede de revezamentos, refazendo teoria e prática, desenvolvendo o aprender e o trabalho. Fundamental que assim seja, uma vez que diferentes clínicas precisam operar em diferentes territórios e serviços, compondo modelagens tecnoassistenciais (MERHY, 2014) capazes de produzir integralidade. De outro modo, os diferentes serviços e arranjos de rede que foram sendo inventados no interior dos sistemas e redes permanecem vazios de um trabalho que lhes seja compatível. Não é viável pensar em integralidade (e em aprendizagem significativa) se as tecnologias que operam nos

processos de trabalho no interior dos serviços (e dos programas/instituições de ensino) forem apenas equipamentos tecnológicos (“tecnologias duras”) e conhecimentos estruturados (“tecnologias leve-duras”). Tecnologias relacionais (“leves”) precisam ser desenvolvidas para operar como ofertas e para gerir o trabalho que pretende integralidade e formação de redes. (MERHY, 2014) Conhecimentos e práticas precisam ser postos em movimento e os problemas e questões do cotidiano são desafios (efeito “muro”) sobre teorias e práticas, sobre conhecimentos e o trabalho.

Uma última questão para abordar a potência do encontro ensino e serviço, com base nas constatações sobre a tipologia de equipes encontradas por Marina Peduzzi (2001) na sua tese: equipes como agrupamento de agentes e equipes como integração de trabalhadores. Quando se fala em equipe de saúde, no contexto das produções recentes sobre a micropolítica do trabalho para a integralidade, é da equipe integração que se pretende falar, mas não é essa modalidade a predominante, por diferentes motivos, inclusive a formação uniprofissional e as tensões corporativas. Pois bem, segundo a autora, algumas características precisam ser incorporadas nos modos de trabalho dos profissionais para que se produza a integração de trabalho na equipe: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente. (PEDUZZI, 2001) O trabalho integrado é um

desafio impostergável da formação em serviço, como dos demais espaços de ensino da saúde; sua maior visibilidade (pela presença ou pela ausência) é no interior de serviços e redes e, portanto, é o lugar onde a aprendizagem significativa e modos interprofissionais de agir se tornam mais agudos.

O mosaico de experiências: o serviço no foco da análise

A essa altura do constructo, parece importante a escuta às experiências selecionadas. Experiências que falam da implementação de políticas e do exercício da liberdade dos espaços vazios, onde os diferentes atores (estudantes, docentes, preceptores e usuários) pensam, sentem e vivem a “delicadeza do aprender.” (CHAVES, 2014) O mosaico de experiências organizado nessa coletânea foi composto em duas sessões, para dar visibilidade às questões levantadas pelos próprios relatos e pelo acúmulo das reflexões sobre o ensinar e aprender no cotidiano do trabalho. São cinco textos na sessão “Formação profissional em equipe” e dez textos na sessão “Olhares sobre o processo de formação em serviço”.

A primeira sessão agrupa relatos de experiências de diferentes atores sociais em programas de Residência em Saúde desenvolvidos em diferentes territórios, que se debruçam sobre questões que fertilizam a formação desde os serviços. Em particular, o contato multi e interprofissional, com os desafios que são produzidos pelo estranhamento e pelo distanciamento das profissões. Onde parece haver uma tênue membrana que separa as capacidades profissionais e a formação das distintas formações, percebe-se um território de transição largo, que tem

efeitos de fragmentação sobre o cuidado e que mobiliza tais atores no cotidiano do trabalho e que, portanto, simboliza um enorme potencial pedagógico para a formação interprofissional e para a aprendizagem de modos de cuidar e gerir os processos de cuidado na complexa rede de produção de saúde no cotidiano do “local”.

Na segunda sessão, relatos sobre a formação em serviço, que constitui o dispositivo pedagógico estruturante das Residências em Saúde, que encontram na diversidade de instituições e territórios, mais do que os profissionais em formação encontraram no hospital do início dos tempos modernos. A complexidade dos modos de viver e organizar o trabalho, a visibilidade das questões relativas à gestão e à participação, a história das instituições e dos territórios, a diversidade de necessidades sociais e de saúde que chegam aos serviços, entre outras, são questões que mobilizam os modos de aprender e de ensinar nos serviços. Mobilizados os modos de aprender e ensinar dos diferentes atores, mobiliza-se também o modo de organizar o trabalho e desenvolve-se novas formas de inserir o trabalho no interior dos serviços, redes e sistemas de saúde. Portanto, o monitoramento e a avaliação das residências e dos residentes precisa incluir a capacidade de desenvolver os serviços. Fala-se, ao longo do texto e suas tramas, em aliança produtiva entre formação e serviços e é o destaque da potência dessa aliança que justifica sua difusão à saúde no Brasil e na comunicação da produção dos serviços brasileiros de saúde entre si e com os países em cooperação internacional, ou mesmo nas interações em saúde global, onde a experiência brasileira dos últimos anos tem destaque e reconhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em 09 nov 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.975-986, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Angela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves ... [et al.] (Orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** Hucitec, Rio de Janeiro; Abem, São Paulo, 2004. p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Abertura de um campo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 258-277.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, v.6, n.3, p.443-456, 2008a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b. p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolítico e micropolítico: sem ensino de graduação em Enfermagem. **Interface** (Botucatu), v.18, n.49, p.325-336, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0325.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

CHAVES, Simone Edi; CECCIM, Ricardo Burg. Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens. **Interface** (Botucatu), v.19, n.55, p.1233-1242, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0728>. Acesso em: 09 nov 2016.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em movimento**: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

HORII, Cristina Leika. **Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores**. Dissertação (Mestrado). São Paulo, 2013. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, Instituto de Física, Instituto de Química, Instituto de Biociências, São Paulo, 2013.

LUZ, Madel Therezinha. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013b. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/a-arte-de-curar-versos-a-ciencia-das-doencas-pdf/view>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. **As instituições médicas do Brasil**. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013a. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva, 3. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-no-brasil>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

LUZ, Madel Therezinha et al. Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface** (Botucatu), v.17, n.47, p. 901-912, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/11.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v.10, n.2, p. 435-442, 2010.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1997.

SPONHOLZ, Thaís Carla Huk et al. Processo de trabalho na Residência Médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 67-87, nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov 2016.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

EM EQUIPE