

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



Paula Lopes Gomide Haubrich

Porto Alegre, 2015

PAULA LOPES GOMIDE HAUBRICH

**INTENÇÕES ENTRE TENSÕES: A DESCENTRAÇÃO DA  
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne  
Maria Famer Rocha

Porto Alegre, 2015

## CIP - Catalogação na Publicação

Haubrich, Paula Lopes Gomide

Intenções entre tensões: descentração da residência integrada em saúde / Paula Lopes Gomide Haubrich. -- 2015.

78 f.

Orientadora: Cristianne Maria Famer Rocha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Residência em Saúde . 2. Descentralização. 3. Educação em Saúde. I. Rocha, Cristianne Maria Famer, orient. II. Título.

***À Itamira,  
Vera e Péricles,  
José Luis e Guilherme.  
Pela vida gerada, pelos exemplos de força, arte, generosidade, inteligência  
e beleza. Por vocês, amor terno e imensurável.***

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Dr<sup>a</sup> Cristianne Maria Famer Rocha, pela acolhida, generosidade e confiança inabaláveis com o meu percurso e as minhas escritas;

Às professoras, Dr<sup>a</sup> Adriana Roese, Dr<sup>a</sup> Daniela Dallegrave e Dr<sup>a</sup> Maria Paula Cerqueira pela disponibilidade, sempre generosa e carinhosa, em partilhar os seus saberes em direção à qualificação desta dissertação.

À minha colega, Mara Níbia da Silva, parceira de muitas jornadas no território Residência, pela amizade, presença, discussão conceitual e incentivo à produção desta dissertação.

Aos colegas Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, Nilson Maestri Carvalho e Viviane Brambilla, pela nossa parceria nos momentos vividos juntos na RIS-ESP/RS.

À minha colega de orientação Márcia Fernanda de Mélo Mendes e Vania Roseli Correa de Mello, pela mão estendida no momento em que uma forte correnteza me levava para a outra margem.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e aos docentes, que possibilitaram o meu percurso nesta formação.

E à todas e todos do coletivo-residência da RIS-ESP/RS, que habitam territórios, produzem vida ao tocar em si e no outro, desfazendo e refazendo caminhos, tecendo redes alinhavadas a esta grande trama denominada Sistema Único de Saúde.

## RESUMO

A política-estratégia de descentração do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP/RS) é o processo analisado nesta pesquisa. O vivido dispara problematizações em torno dos conceitos de descentralização, desconcentração, território, desterritório, fragmentação, integração, unidade, diversidade, continuidades e descontinuidades. Emerge nesta escrita o conceito de descentração para nominar a interiorização do Programa de Residência em questão, pois abarca vários deslocamentos, no plano geográfico e no das aprendizagens. **Objetivos:** Analisar as possibilidades, as potências e, ao mesmo tempo, os limites e fragilidades na constituição desta política-estratégia. Capturar os desdobramentos, na dinâmica território-coletivo-projeto pedagógico da descentração de um Programa de Residência. **Metodologia:** Trata-se de um percurso de pesquisa que utiliza elementos da cartografia, enquanto perspectiva metodológica, bem como da narrativa, como sustentação para as análises sobre o desenvolvimento da política-estratégia. As narratividades presente no estudo revelam-se através do diário de campo, que consiste em instrumento para a explicitação das "urgências" e condições históricas do aparecimento da existência de um discurso, artefato ou objeto; das cartas-poema endereçadas aos diferentes sujeitos que acompanham os trajetos pesquisados; e as imagens capturadas do território que recebe o Programa de Residência, como dispositivos disparadores de sentidos. **Resultados:** A descentração do Programa de Residência revela-se parte integrante da descentralização do Sistema Único de Saúde e vivencia no seu cotidiano os paradoxos, os mitos, as histórias e o histórico que cercam a diretriz. O protagonismo e a autoria do coletivo-residência na configuração do projeto político pedagógico do Programa e no desenho da RIS no município, oscila na sua existência, pois revela as forças agenciadas na constituição desse processo. **Conclusões:** Os diferentes arranjos curriculares engendrados pelo coletivo-residência, no município que acolhe a RIS, são visualizados na sua singularidade, tomado como um sistema de significações que disputam com outros sistemas..

**Palavras-chave:** Residência em Saúde, Descentralização, Educação em Saúde.

## RESUMEN

La política-estrategia de descentración del Programa de Residencia Integrada de la Escuela de Salud Pública del Rio Grande do Sul (RIS-ESP / RS) es el proceso analizado en esta investigación. El vivido produce problematizaciones en torno a los conceptos de descentralización, desconcentración, territorio, desterritorio, fragmentación, integración, unidad, diversidad, continuidades y discontinuidades.

Emerge en esta escrita el concepto de descentración para nominar la interiorización del Programa de Residencia en cuestión, pues abarca varios desplazamientos, en el plan geográfico y de las aprendizajes. **Objetivos:** Analizar las posibilidades, las potencias y, al mismo tiempo, los límites y debilidades en el establecimiento de la política-estrategia. Capturar la evolución en la dinámica territorio-colectivo-proyecto político pedagógico del Programa de Residencia. **Metodología:** Se trata de un camino de investigación que utiliza elementos de cartografía, como una perspectiva metodológica, así como la narrativa, como soporte para el análisis sobre el desarrollo de la política-estrategia. Las narratividades en este estudio se revelan a través del diario, que es un instrumento para la explicitación de la "emergencia" y las condiciones históricas de la aparición de la existencia de un discurso, artefacto u objeto; de las cartas-poema a diferentes individuos que siguen los caminos encuestados; y de las imágenes del territorio que recibe el Programa de Residencia, como dispositivos desencadenantes de significados. **Resultados:** El descentramiento del Programa de Residencia resulta ser una parte integral de la descentralización del Sistema Único de Salud y experiencia en su vida diaria paradójicas, mitos, historias y la historia que rodea a la directriz. El papel y la responsabilidad del colectivo-residencia en la configuración del proyecto-político-pedagógico y en el dibujo de la RIS en el municipio, oscila en su existencia, porque revela las fuerzas intermediadas en la constitución de este proceso. **Conclusiones:** Los diferentes arreglos curriculares engendrados por el colectivo-residencia en los territorios de la RIS, se muestran en su singularidad, tomados como un sistema de significados que compiten con otros sistemas.

Palabras-clave: Residencia en Salud, Descentralización, Educación para la Salud.

## **LISTA DE SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEP**- Comissão de Ensino e Pesquisa

**CFE** – Conselho Federal de Educação

**CLEP** – Comissão Local de Ensino e Pesquisa

**CNRM** – Comissão Nacional de Residência Médica

**CNRMS** – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional

**COREME** – Comissão de Residência Multiprofissional Especializada

**ESP** – Escola de Saúde Pública

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

**R1** – Residente de primeiro ano

**R2** – Residente de segundo ano

**R3** – Residente de terceiro ano

**RIS** – Residência Integrada em Saúde

**RS** – Rio Grande do Sul

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**USP** – Universidade de São Paulo



Cidade Invisível

Macondo, 24 de junho de 2014

Paula Lopes Gomide Haubrich

*-As cidades, como os sonhos, são construídas  
por desejos e medos...*

*-Eu não tenho desejos nem medos – declarou Khan -, e meus  
sonhos são compostos pela mente ou pelo acaso.*

*-As cidades também acreditam ser obra da mente  
ou do acaso, mas nem um nem outro bastam para  
sustentar as suas muralhas. De uma cidade,  
não aproveitamos as suas sete ou setenta e sete maravilhas,  
mas a resposta que dá às nossas perguntas.*

*-Ou as perguntas que nos colocamos para nos obrigar  
a responder, como Tebas na boca da Esfinge.*

(Diálogo entre Kublai Khan e Marco Polo em *As cidades invisíveis*,  
de Ítalo Calvino)

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. MINHA DESCENTRAÇÃO E PRIMEIROS DESLOCAMENTOS .....</b>	<b>14</b>
2.1 UMA PEDAGOGA NA RESIDÊNCIA, UMA POETISA NA VIDA .....	14
2.2 DIRETRIZES DO PERCURSO E NARRATIVIDADES: CARTAS, FOTOS E POEMAS .....	17
2.3 O <i>ETHOS</i> DA PESQUISA: O NASCIMENTO DE MACONDO.....	23
<b>3. A DESCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE .....</b>	<b>29</b>
3.1 RESIDÊNCIAS: ORIGENS E HABITAT.....	29
3.1.1 Breve História das Residências.....	29
3.1.2 Histórias Breves da Educação em Saúde .....	34
3.2 A INTEGRAÇÃO DA DESCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA NA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE .....	41
<b>4. A CENTRALIDADE DA ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA E A INTENSIFICAÇÃO DA DESCENTRAÇÃO .....</b>	<b>48</b>
4.1 TERRITÓRIO DA POLÍTICA-ESTRATÉGIA: MOVIMENTOS EM MACONDO .....	48
4.2 CURRÍCULO RESTRITO VERSUS DIFERENÇAS E DESEJOS DO TERRITÓRIO .....	56
<b>5. A MUDANÇA DO PASSADO E OS FUTUROS NÃO REALIZADOS: É TEMPO DE APAGAR CAMINHOS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A: LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>76</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Inauguro esta escrita apresentando uma questão que acompanhará o percurso deste texto, transformada em elemento disparador do processo que por hora se inicia: Como descentrar<sup>1</sup> um Programa de Residência Integrada em Saúde fortalecendo a integração e respeitando os contextos?

O nascer desta pergunta localiza-se na *política-estratégia* de descentração do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP/RS). Este processo, iniciado em 2011, consiste na abertura de novos campos de formação para a inserção da Residência, em diferentes regiões do Estado, nas redes municipais de saúde, através de acordos de cooperação técnica entre gestores municipais e estadual.

Denomino como *política-estratégia*, pois este movimento apresenta duas inscrições. Uma *política*, por adquirir materialidade enquanto ação planejada e definida no Plano Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012) para o triênio 2012-2015. E, por outro lado, não em oposição, mas em dinâmica de complementaridade, uma *estratégia* revelada pela sua intencionalidade, pelo vir-a-ser presente no cotidiano e nos desdobramentos que o mesmo possibilita.

A descentralização (que aqui, passo a chamar de descentração) da RIS-ESP/RS tem como objetivo a constituição e a consolidação de uma formação para os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que esteja inserida nos diferentes serviços e que considere as especificidades loco-regionais, desenvolva a intersetorialidade e atenda aos princípios da regionalização e da descentralização das ações em saúde.

Parto de uma problematização necessária em torno da descentralização no campo da saúde no Brasil, pois utilizo como um dos pontos de partida para a minha narrativa o caráter paradoxal que a mesma apresenta ao longo do seu processo histórico de implementação. Este processo consolidou-se no embate entre a

---

<sup>1</sup> Diferencie, nesse texto, descentrar de descentralizar. Retomarei esta diferença e explicarei esta minha escolha no subcapítulo 3.2.

proposta inicial do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, de democratização radical do sistema de saúde e a proposta neoliberal de fragmentação e privatização da atenção à saúde.

A descentralização das ações em saúde, enquanto princípio e diretriz do SUS, revela a aposta e concretização cotidiana de um atendimento integral e com participação cidadã, e com mudança significativa nos modelos de atenção e de gestão da produção em saúde. Para que esta mudança paradigmática ocorra, não basta descentralizar ações se o modelo for o mesmo. Faz-se necessária a superação da fragmentação através da constituição de redes regionalizadas de serviços de saúde, onde as ações intersetoriais são integradas em um dado território.

Assim, a descentração da RIS-ESP/RS insere-se em territórios, em redes produtoras de saúde. E, por ser um dos primeiros movimentos em território nacional, torna-se necessário e pertinente um olhar estranhado, pensado, sentido e analisado por todos os atores que vivem este processo no cotidiano.

Pretendi, com esta pesquisa, buscar o registro do vivido, do caminho traçado pelo coletivo da RIS-ESP/RS, que nomeio ao longo desta escrita de coletivo-residência, para organizar as novas trajetórias curriculares que surgem com a implantação do Programa de Residência Integrada em Saúde, na ênfase de Saúde Mental Coletiva, em diferentes municípios do Estado. Integram este coletivo-residência todos os atores envolvidos: residentes, preceptores, tutores, coordenadores, trabalhadores, docentes, gestores municipais, gestor estadual e usuários.

A estratégia metodológica utilizada para o desenvolvimento destes objetivos foi a de um percurso narrativo-cartográfico, que corporifica alguns elementos desta perspectiva.

Esta dissertação está dividida em cinco capítulos, sendo o último mais próximo a uma possível conclusão.

**À ADRIANA, DANIELA E MARIA PAULA**

Amanhã, o que será?  
Seguir rastros  
Histórias malditas, escondidas  
Trançafiadas em arquivos  
Da Pública Escola

Amanhã, o que será?  
Buscar dossiês  
Dar a volta em conceitos  
Abandonar escritos  
Enredar linhas

Amanhã, o que será?  
Abrir a chave do diário  
Chorar e rir  
Desmontar e Remontar  
Recortar e colar

Amanhã, o que será?  
Ter coragem  
Fugir de mim  
Encontrar o outro  
Voltar comigo  
De mãos dadas



Paula P

Partida

Macondo, 15 de maio de 2015  
Paula Lopes Gomide Haubrich

## 2. MINHA DESCENTRAÇÃO E PRIMEIROS DESLOCAMENTOS

### 2.1 UMA PEDAGOGA NA RESIDÊNCIA, UMA POETISA NA VIDA

Ingressei na Coordenação da RIS-ESP/RS em março de 2011, como Especialista em Saúde, nomenclatura do cargo ao qual fui nomeada e empossada no mesmo mês e ano. Este seria o meu primeiro contato com o campo da Saúde Coletiva, na sua ampla interface entre Saúde e Educação. Anteriormente, trabalhava como educadora de séries iniciais na Rede Municipal de Ensino de Porto Alegre.

No primeiro dia de trabalho, na Escola de Saúde Pública, sou recebida com carinho, rostos aliviados e uma exclamação: “Que bom, até que enfim uma pedagoga para pôr ordem na bagunça da Residência!”. Neste momento, a Residência não tinha sequer uma sala. O espaço físico, ocupado pela Coordenação consistia em um pequeno espaço da Secretaria Acadêmica da ESP/RS, entre arquivos, caixas, armários e duas pequenas mesas de trabalho.

A exclamação, dita pelos colegas no momento da recepção, causou estranhamento e desconforto e foi seguida de perguntas que comecei a fazer para os meus pares de trabalho e para mim: “Como assim? Uma pedagoga instaurando a ordem em um Programa de Residência?”. Esta ideia ia de encontro com tudo o que pensava e penso a respeito de educação. *Pôr ordem* não fazia e não faz sentido para mim que acredito na potência do ato educativo enquanto invenção, criação e, ao mesmo tempo, subversão, já que pretende transpor processos dominantes e disciplinadores, apesar de todo o aparato institucional e simbólico que opera no sentido contrário.

No mês de abril do mesmo ano, em decorrência da transição do Governo Estadual após o ano eleitoral, começamos a constituir uma nova Equipe de Coordenação da RIS, com o ingresso de novos colegas e a definição de uma nova sala para esta Coordenação, com uma estrutura mínima de trabalho. Percebi, neste momento, que a ordem significava uma materialidade e uma sustentação básica para que acontecesse o processo de trabalho deste grupo.

Mas, na medida em que organizava papéis, pastas, grades curriculares, tabelas e notas, informação que estava fragmentada no local anterior, me sentia igualmente convocada a lançar meu olhar de estranhamento como alguém recém chegada na área da Saúde, como alguém da Educação. Era convidada a participar de reuniões, grupos de trabalho, rodas de conversa e, principalmente, a fazer perguntas e questionar o que estava então estabelecido.

Acontecia então o meu descentrar-se, sair do meu lugar de educadora de escola pública para fazer parte de uma Equipe de Coordenação de um Programa de Residência como pedagoga. Precisei abandonar saberes, rever e colher outros antes abandonados. Saía de uma instituição secular e rígida como a escola, com seus ritos e rituais, seus lugares definidos e demarcados e ingressava na Residência, um campo múltiplo, incerto, flexível e móvel e, por isso, um território cheio de possibilidades.

Este deslocamento possibilitou a identificação de *pontos cegos*, conceitos e práticas cristalizadas, relações consideradas garantidas e obviedades teóricas construídas ao longo da minha história de formação. Quando nos transportamos para outro lugar, o óbvio cede terreno para o instável.

A experiência de abandono e, ao mesmo tempo de permanência trazida aqui, revela o paradoxo presente em qualquer campo de conhecimento consolidado. Assim, a minha inserção na Equipe de Coordenação da RIS-ESP/RS perturba a regularidade dos meus saberes e fazeres, e eu perturbo a Equipe, trazendo novos olhares do meu campo original de saber.

A inserção dos municípios, no processo de descentração, perturba a estrutura organizacional e pedagógica da Residência, na medida em que tensiona processos, provoca instabilidade, faz emergir novos arranjos e novas experiências. E a Residência, por sua vez, perturba as redes municipais de saúde, interferindo nos seus processos, nos seus arranjos, nos seus contornos, procurando oferecer vivências de ensino-aprendizagem para os que nela se envolvem.

Desta perturbação, entendida como tensionamento, surgem novos itinerários formativos. Estes, por sua vez, demandam novos arranjos que possibilitem uma interlocução necessária entre a ESP/RS, os serviços de saúde, a gestão municipal e a gestão estadual das redes de saúde e residentes. O ator, na RIS-ESP/RS, protagonista desta interlocução, será o tutor de campo, que acompanha e apoia os processos de ensino-aprendizagem, e realiza a mediação entre o que está posto enquanto diretrizes pedagógicas da Residência, diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e o cotidiano do processo de trabalho dos serviços.

A partir de março de 2012, além de outras atividades que já desenvolvia junto à Equipe de Coordenação, passo a realizar tutoria de campo nos serviços da rede municipal de saúde dos municípios onde os residentes se inserem para a realização de suas atividades práticas, na ênfase Saúde Mental Coletiva<sup>2</sup>. Particularmente em um município do estado do Rio Grande do Sul e em alguns serviços da rede de saúde mental de Porto Alegre.

A tutoria de campo consiste no acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem dos envolvidos com a Residência em cada campo de formação, que compreende cada serviço da rede de saúde onde há residentes. Desde 2011, a tutoria se fortalece como uma ferramenta potente frente ao cenário de mudanças que a RIS-ESP/RS vivencia em dois movimentos significativos: a reconfiguração da ênfase Saúde Mental Coletiva, nos projetos de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro e da descentração da Residência para diferentes municípios do Estado.

O meu percurso pela descentração da RIS-ESP/RS acontece a partir da minha prática enquanto tutora de campo e é, a partir deste lugar, complexo, heterogêneo, plástico e dinâmico, cujo espaço por hora habito, que desenvolvi a minha pesquisa para esta dissertação.

---

<sup>2</sup> Atualmente o Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP/RS conta com cinco ênfases, compreendidas enquanto áreas de formação: Atenção Básica, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária e Vigilância em Saúde.

## 2.2 DIRETRIZES DO PERCURSO E NARRATIVIDADES: CARTAS, FOTOS E POEMAS

A experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras, nos permita liberar-nos de certas verdades (...) (Larrosa e Kohan, 2013, p. 5).

Em linhas gerais, este percurso buscou fazer o acompanhamento e análise do processo de descentração da RIS-ESP/RS, desenhando as múltiplas composições que o mesmo foi adquirindo e, nesta *grafia*, procurou situar, localizar, carto-grafar e, por isso, criar, gerar, intervir no mesmo processo, revelando a minha implicação como pesquisadora com a realidade das Residências Integradas em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil. É importante salientar que o mapa gerado a partir desta pesquisa está, nas palavras de Deleuze e Guatarri (1996, p.21), “inacabado, aberto, composto de diferentes linhas, conectável, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”.

Para caminhar nas trilhas já percorridas pelos *coletivos-residência* e nos territórios que recebem a RIS-ESP/RS, realizei uma breve trajetória, narrativa e cartográfica, que fez uso de alguns elementos destas perspectivas metodológicas. A cartografia desenvolve estratégias de análise descritiva e descrição analítica da história do presente, do nosso tempo e daquilo que somos. Desenvolve a análise, montagem, desmontagem e remontagem de dispositivos, elaborando diagramas de relações, enfrentamentos, agenciamentos, jogos de verdade, de objetivação e subjetivação, de práticas de resistência e liberdade.

A narrativa, enquanto abordagem metodológica, considera o tempo no seu entrecruzamento, pois rejeita a ideia de um passado, presente e futuro imutáveis. Estabelece uma crítica contundente à coisificação do homem, decorrente do sistema capitalista ao qual estamos imersos, e de uma visão medíocre da experiência humana advinda da modernidade, que a reduz em mera reação à superestruturas. Este homem coisificado torna-se um ser empobrecido em sua humanidade e incapaz de narrar, dizer de si, do outro e do mundo (BENJAMIN, 1987).

Assim, “o ato de narrar o vivido carrega a essencialidade do poder de as pessoas se reconhecerem como sujeitos de suas próprias histórias, atribuindo sentido aos diferentes itinerários percorridos” (OSTETTO e BERNARDES, 2015, p.164), e entrelaçando às histórias dos outros, dos territórios, do mundo. Ao se estabelecer narrativas do vivido, lança-se múltiplos olhares e produz-se “relações entre lembranças, memórias, esquecimento e experiência, centrando no sujeito da narração as possibilidades de reinvenção das dimensões subjetivas da vida e do cotidiano, com ênfase nos testemunhos como um dos modos de narração e de atos de memória” (SOUZA e KRAMER, 2008, p. 97).

Por ser a descentração da RIS-ESP/RS um movimento relativamente novo no país, a proposição metodológica construída para este estudo apresentou a flexibilidade e, ao mesmo tempo, o rigor necessários para se acompanhar e refletir sobre um processo singular. O rigor, neste caso, não advém da exatidão, mas da minha implicação enquanto pesquisadora, do encharcamento produzido pelo mergulho efetivo na experiência.

Para se desenhar o diagrama de relações, caminhos, arranjos, disputas e (re)produções do *coletivo-residência* nas várias disposições que a descentração vai produzindo ao longo da sua trajetória, foi necessário estabelecer quais aspectos das duas abordagens, eleitas para esta pesquisa, pertenceriam ao percurso metodológico.

Da cartografia emergiu um desejo de que este estudo tivesse um caráter de pesquisa-intervenção, pois nesta perspectiva metodológica há uma inseparabilidade entre o conhecer e o fazer, entre o pesquisar e o intervir (PASSOS & BARROS, 2012). A intervenção se dá em um plano da experiência onde há agenciamento entre sujeito e objeto, teoria e prática. Ao investigar a descentração da Residência, o fiz de um lugar de pesquisa, mas também de intervenção e agenciamento. Da narrativa, a busca pela não-repetitividade e pela não-esterilização dos saberes. Fui ao encontro do plano da experiência e das diversas possibilidades de ver e dizer deste plano, expressas nas imagens, poemas e fragmentos dos diários.

Não fui uma observadora externa, mas mergulhada na experiência, já que “a cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento), do próprio percurso da investigação” (PASSOS & BARROS, 2012, p.18). Pretendi, nesta pesquisa, não negar esses efeitos. Pelo contrário, não abri mão de dizer sobre esses efeitos em mim, em nós, nos territórios, nas redes, nos sujeitos do *coletivo-residência*, no *coletivo-residência*.

O método, nesta pesquisa, igualmente converteu-se em problema, pois apontou a todo o instante a precariedade e as limitações do mesmo. Por isto, ela foi obrigatoriamente inventiva. Esta investigação não se deu de forma prescritiva, como seria em uma concepção tradicional de método. As metas foram revisitadas e retraçadas ao longo do percurso, levando-se em conta a diretriz cartográfica, que des-orientou o caminho através de pistas. Quais foram as metas e quais foram as pistas deste trabalho?

*Metas:*

- Percorrer os itinerários trilhados por este *coletivo-residência*, da RIS-ESP/RS, para se aproximar das várias disposições que a descentração do Programa vai apresentando ao longo da sua trajetória;
- Capturar os desdobramentos na dinâmica *território-coletivo-projeto político pedagógico* da descentração de um Programa de Residência;
- Imprimir no registro as possibilidades, as potências e, ao mesmo tempo, os limites e as fragilidades na construção desta política-estratégia.

*Pistas:*

As pistas foram transformadas em questionamentos, que direcionaram o meu traçado em direção à descentração da RIS-ESP/RS:

- Há um movimento anterior à descentração da RIS-ESP/RS, que oferece as condições de possibilidade para o surgimento deste processo?
- Como se insere a descentração da RIS-ESP/RS na descentralização e regionalização das ações em saúde?

- O significado da descentração da RIS-ESP/RS muda ou permanece o mesmo durante o período da sua implementação?
- Qual o sentido da descentralização para o SUS?
- Como o território interfere, tensiona, provoca o projeto político-pedagógico da RIS e como se dá o processo inverso?
- Como o *coletivo-residência* interfere no território e como se dá o processo inverso?
- Qual o lugar da pesquisadora nesse processo?
- O que é comum aos territórios que recebem Residência? O que fica diferente?
- Que princípios a Coordenação Pedagógica da RIS-ESP/RS não negocia e não abandona?
- Estamos falando de um território apenas geográfico?
- Qual o projeto político pedagógico da RIS-ESP/RS? Do que, afinal, estamos falando?
- De que currículo falamos quando expressamos arranjos curriculares?
- O que configura um coletivo? Como o coletivo da RIS no município se torna protagonista?
- Qual o papel do tutor de campo no processo de descentração da RIS-ESP/RS?
- Como fortalecer a integração da RIS e, ao mesmo tempo, respeitar os contextos?

Como qualquer pista, algumas pistas foram utilizadas, outras não. Outras surgiram. Porém, inegavelmente, foi com estas pistas iniciais que realizei os primeiros movimentos.

Do itinerário, narrativo e cartográfico, o diário de campo destacou-se como um registro primordial. Além deste foram utilizados outros escritos, tais como registros das tutorias e registros de reuniões de pactuação e articulação entre gestores, Direção da ESP/RS e Equipe de Coordenação, residentes e preceptores.

O diário não foi objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Ele consistiu em um instrumento para a explicitação da “urgência” e condições históricas do aparecimento e existência de um discurso, artefato ou objeto. Ele também resultou em um exercício terapêutico para mim, enquanto pesquisadora-guia, pois a sua

escrita acontecia nos deslocamentos de um território a outro, onde o acontecido era revivido, redimensionado e novos sentidos eram produzidos.

Procurei, com este registro, dar visibilidade às diferentes relações de poder-saber, suas tramas, continuidades e descontinuidades, potências e fragilidades, processos de produção e modos de funcionamento dos objetos em análise. Não foi um mero exercício descritivo, apesar da importância dos detalhes, mas procurei utilizá-lo como um multiplicador de sentidos, que desafiasse a pluralizar perspectivas. Que possibilitasse a abertura para o encontro com linguagens diversas, “na luta para que algo nos toque amorosamente e nos ajude a encontrar um caminho para a invenção” (PARAÍSO, 2012, p.40).

Portanto, na busca por este encontro, aconteceram três narratividades que acompanharam a minha trajetória: o diário de campo já anteriormente dito, as *cartas-poema*, endereçadas a sujeitos que acompanharam os meus trajetos e os registros fotográficos, realizados nos territórios da descentração da RIS. Estes registros carregaram uma função de dispositivo (para além de apresentar resultados do estudo) e de disparadores de desdobramentos da pesquisa. Utilizo, como ponto de partida, as ideias de Foucault e Deleuze acerca do conceito de dispositivo.

Para o primeiro, o conceito refere-se a um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis e medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 1979, p.244). Para ele o dispositivo resulta numa rede, numa trama entre os elementos que o constituem e origina-se de uma urgência, assumindo uma posição estratégica ou dominante. E para Deleuze, os dispositivos resultam em *máquinas que fazem ver e falar*. Este autor aponta que “em cada formação histórica há maneiras de sentir, perceber e dizer que conformam regiões de visibilidade e campos de dizibilidade” (KASTRUP e BARROS, 2012, p. 78).

As *cartas-poema*, os registros fotográficos e os textos diarísticos abrem-se como janelas ao longo deste texto e convido, enquanto pesquisadora-guia, à leitura destas narrativas como um debruçar-se sobre o parapeito, para experienciar o disparo de sentidos que elas provocam. As cartas evocam experiências, sentimentos, encantos, enigmas e mistérios. Ela, a *carta-poema*, representa também um risco: “existirá um bom transporte que a leve intacta a seu destino? Chegará a tempo e oportunamente? Encontrará acolhida? Porque toda carta tem a esperança de um gesto, um fato, um ato que a desate e que a faça existir” (ARANTES, 2014, p. 23).

Com o registro fotográfico não pretendo representar fatos e emoções. Os acontecimentos, neste caso, importam menos que os instantes, as provas importam menos que os vestígios. As imagens comportam um olhar que escuta, e lembram a todo o instante a presença do ver da pesquisadora-guia. Elas não carregam em si a tarefa de fixar o tempo, mas a de produzir novos significados, novas experiências e sentidos, que ultrapassam a materialidade do registro textual do vivido.

Alguns recortes foram necessários, no sentido de delimitar o tempo e o espaço a serem percorridos nesta pesquisa, pois não pretendi analisar a totalidade do processo de descentração da RIS-ESP/RS em virtude dos prazos estabelecidos pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para a conclusão do Mestrado. Delimitei, enquanto espaço-tempo, a implementação da política-estratégia, de julho de 2013 a julho de 2015, na Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da ESP/RS em um determinado município. Deste território, foram selecionadas algumas situações-traçadoras, a partir do diário de campo, que permitiram uma visibilidade e dizibilidade aos processos formativos, ao campo da micropolítica e suas produções, na gestão, na formação e no cuidado e à produção de subjetividades (CERQUEIRA e MEHRY, 2014).

A escolha pela ênfase e pelo município originou-se da minha prática enquanto tutora de campo nos cenários de prática da Saúde Mental Coletiva, e da experimentação neste fazer, expresso nos registros do diário. A descentração da RIS-ESP/RS, nesta ênfase, relaciona-se à outra política-estratégia: a da desinstitucionalização da

Residência em Saúde Mental Coletiva da ESP/RS que, por sua vez, integra a política de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A desinstitucionalização da RIS - ênfase Saúde Mental Coletiva resulta na reconfiguração do seu itinerário formativo e na alteração do desenho curricular e pedagógico desta ênfase, antes direcionado para a manutenção do manicômio e suas práticas desumanizadoras. A partir de março de 2012, a Residência insere-se na rede de serviços substitutivos e atenção psicossocial, primeiramente em dois municípios da região metropolitana de Porto Alegre, um da região sul do estado e nos projetos de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A Residência passa a expressar, através dos seus novos itinerários, um compromisso com o cuidado em liberdade, com a produção de vida dos sujeitos, com a constituição de redes cuidadoras e/ou linhas de cuidado e com a Reforma Psiquiátrica, enquanto legislação, política e movimento. A descentração da ênfase em Saúde Mental Coletiva instiga a problematizar a desinstitucionalização das ações em saúde, para além do manicômio, pois no momento produzimos uma desinstitucionalização da formação em Saúde Mental. Este percurso resulta no encontro com o desafio de desconstruir lógicas manicomial, de redução do sujeito à doença (CERQUEIRA, *et al*, 2007).

### 2.3 O *ETHOS* DA PESQUISA: O NASCIMENTO DE MACONDO

O desenvolvimento deste percurso exigiu um *ethos*, pois arriscar-se em uma experiência de análise de processos e das formas instituídas que os compõe, nos convoca a um comprometimento ético e político. Fez-se necessário escuta e olhares ampliados, que ultrapassassem o conteúdo puro da experiência vivida, e acessassem seu aspecto genético, a sua dimensão processual e todas as suas variações possíveis (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013).

O *ethos*, que fiz uso neste trabalho, refere-se ao *ethos* cartográfico, como afirmação de uma atitude analítica, presente em todos os momentos desta pesquisa, pois não

foi possível reservar um momento específico para análise dos dados, como em outras abordagens metodológicas. Na cartografia, assim como nesta pesquisa, a atitude de análise acompanhou todo o processo (BARROS e BARROS, 2013).

Os dados não estão à espera de um observador, no campo a ser pesquisado. O processo de pesquisa produz realidades e efeitos, em um rearranjo de fronteiras a princípio estabelecidas entre sujeito e objeto. A perspectiva cartográfica volta-se à dimensão genética das experiências, acompanhando as diferentes configurações e contornos que essas fronteiras vão adquirindo e como sujeito e objeto definem-se mutuamente.

Assim o processo de constituição dos objetos ganha força em detrimento de tomarmos o objeto em si. A objetividade ocupar lugar no plano da experiência compartilhada, acessada através de pontos de partida, que podem ser os objetos. O procedimento analítico possibilita o aparecimento das condições de emergência do objeto e uma disposição de abertura para aspectos heterogêneos (BARROS e BARROS, 2013). Portanto abranger a coemergência não significa decretar a inexistência da objetividade. Quando consideramos a experiência, não há uma separação imediata entre subjetivo e objetivo. É necessária uma aproximação para o estabelecimento da fronteira.

O encontro, produzido pela pesquisa, com a descentração da RIS-ESP/RS possibilitou o traçado de zonas de ambiguidades e paradoxos e acolheu a experiência sem desprezar as dimensões subjetivas e objetivas que a compõe. Ainda sobre a atitude analítica, pode-se dizer que enquanto postura ela

(...)vai questionar a naturalidade dos objetos, dos sujeitos, dos saberes e do próprio processo de pesquisa, assim como as relações que constituem um território e sua pretensa homogeneidade. As forças que constituem as relações pesquisador e campo de pesquisa são privilegiadas, indicando-se a coemergência desses polos e colocando em discussão as práticas de poder-saber como produtoras de verdades consideradas universais e eternas (BARROS e BARROS, 2013).

Toda análise, nesta perspectiva, é análise de implicação. O método analítico avança no sentido de dar visibilidade às relações que constituem uma determinada

realidade, na qual o pesquisador encontra-se imerso a partir deste lugar. O método neste trabalho promoveu uma experimentação, no plano coletivo das forças mobilizadas, para a configuração da política-estratégia de descentração da RIS-ESP/RS.

Analisar significa evidenciar, através de analisadores, o processo de produção histórica das instituições, desnaturalizando-as. Os analisadores são as manifestações de não conformidade com o instituído. É o analisador que realiza a análise e cabe a pesquisadora a construção do mesmo. Não há análise sem problematização e sem uma dimensão participativa, ainda que indireta (BARROS e BARROS, 2013). No caso desta pesquisa, os analisadores são as situações traçadoras.

A atitude analítica é mais do que uma atitude crítica. É preciso deixar-se afetar e estar disponível para o campo. Estar no campo, não apenas geograficamente, mas em uma disposição de atenção ampliada para a experiência e na busca dos seus aspectos coemergentes. A atenção à singularidade exigiu uma atitude de abertura, e conexão minha, em particular, com os problemas da pesquisa. Foi necessário sustentar um *ethos* analítico que permitisse que esta pesquisa produzisse interrogações sobre si e sobre a minha implicação e participação no processo de constituição da política-estratégia, a qual pretendo cartografar e narrar neste trabalho.

Outra dimensão posta no *ethos* diz respeito à confiança. Na perspectiva cartográfica, a produção de conhecimento é indissociável da construção de novas condições de existência, pois reconhece a experiência dos sujeitos, contribui para a emergência de novas subjetividades, de novas possibilidades de ação e de conexão com o mundo (SADE, FERRAZ e ROCHA, 2013). Há nesta dimensão a proposição de um desafio permanente neste trabalho: Como fazer com que as diferenças compareçam e sejam articuladas na constituição de um plano de experiência compartilhada, ou transpondo para esta pesquisa, na constituição da política-estratégia em questão?

O senso de confiança resulta em um regime afetivo de articulação e um estado de abertura para as transformações decorrentes dessa articulação. Ele nos lança a zonas de indeterminação e que abre espaço para o ato criador. A confiança “dá passagem às forças de singularização que possibilitam a criação de novos territórios existenciais” (SADE, FERRAZ e ROCHA, 2013, p.284). Lapoujade (1997, p. 108) afirma que

É a indeterminação que faz com que tenhamos necessidade de confiança, mas é igualmente porque temos confiança que nos arriscamos no indeterminado. A confiança não consiste em realizar uma ação cujo sucesso é assegurado (previsão), mas em tentar uma ação cujo resultado é incerto (antecipação). (...) O sentimento de confiança faz da experiência um domínio de experimentação. Ela é a condição de todo ato de criação.

Para abrigar as novas conexões que surgiram no diagrama desta pesquisa, foi importante o estabelecimento de um sentido de confiança, pertencente ao *ethos* cartográfico, revelado por um engajamento com o plano processual da realidade da RIS-ESP/RS. Para se visualizar as frentes de indeterminação fez-se necessário acolher a diferença e as singularidades compartilhadas, operar por fora de uma lógica de antecipação dos efeitos e ir além das formas já constituídas e seus determinismos. A pesquisa deu vazão à potência dos encontros estabelecidos no processo como fonte de novas possibilidades de existência.

O acompanhamento e análise do processo de descentração da RIS-ESP/RS resultou em uma narrativa que precisou ser modulada e manejada atentamente. A perspectiva da intervenção, que supõe que todo processo de produção de conhecimento resulta em produção de realidades, exigiu da pesquisadora a atitude de cuidado. Esta atitude significou estar atenta aos modos de proceder na construção da experiência, com o intuito de promover a abertura às variações, às multiplicidades, para impedir seu fechamento em perspectivas totalizantes e possibilitar a plena circularidade de forças (TEDESCO, SADE e CALIMAN, 2013).

Por esta razão nomino o município escolhido de Macondo. Isto demarca a produção de realidade ao narrar alguns acontecimentos da RIS-ESP/RS neste território em específico. Inspirada na cidade fictícia de Gabriel García Márquez (MÁRQUEZ, 2015), para diversas de suas obras, sendo a mais célebre *Cem Anos de Solidão*,

procuro problematizar a noção de realidade. No caso da cidade de Marquez, o conteúdo mágico das lendas, mitos, fábulas, símbolos, presságios e feitiçarias presentes no imaginário dos povos latino-americanos e profundamente ancorado na realidade da América Latina, é posto no mesmo nível da realidade, pois faz parte desta. Este fato transforma Macondo em alegoria e ela assim representa qualquer cidade latino-americana (LUCENA, 2009).

Ao não utilizar o nome do município em questão, procuro a abertura e a criação de um espaço imaginário que atravesse as narrativas e, que mesmo se nutrindo da realidade, a transfigura, a subverte e a produz enquanto tal. É igualmente, a tentativa de abrir uma brecha para o sonho, um espaço em branco, tal qual Kublai Khan, nas *Cidades Invisíveis* de Ítalo Calvino (2014, p. 41),

Mas o que Kublai considerava valioso em todos os fatos e notícias referidos por seu inarticulado informante era o espaço que restava em torno deles, um vazio não preenchido por palavras. As descrições das cidades visitadas por Marco Polo tinham esse dom: era possível percorrê-las com o pensamento, era possível se perder, parar para tomar ar fresco ou ir embora rapidamente.

A história da Macondo, habitada pelo coletivo-residência, enquanto parte da descentração da RIS-ESP/RS, inscreve-se em outras histórias, em outras narrativas. Neste trabalho estas histórias aparecerão de forma breve, mas sem furtar-se de apresentar os momentos e os aspectos principais que as constituem. São elas: A breve história das Residências, as histórias breves da educação em saúde e a descentralização das ações em saúde.



Nós e nós

Macondo, maio de 2015

Paula Lopes Gomide Haubrich

**Às amigas e amigo,  
Ana, Mara, Nilson e Viviane**

Estamos de partida,  
Infinitamente.  
Nos desamarramos,  
Para desconhecer o conhecido  
Para produzir  
E desatar nós  
Em Nós e no mundo.  
Estamos na estrada,  
Eternamente.  
Os passos largos,  
O peso a ser carregado  
O vento implacável  
Que tudo leva  
Adeus, até breve!

Paula P

### 3. A DESCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

#### 3.1 RESIDÊNCIAS: ORIGENS E HABITAT

##### 3.1.1 Breve História das Residências

Quando nos deparamos com os significados da palavra Residência, encontramos pistas das origens desta modalidade de ensino pós-graduada *lato sensu*. Consultando dicionários da língua portuguesa (LUFT, 2000; HOUAISS, 2010; MICHAELIS, 1998), localizamos a definição básica de *casa ou lugar onde se reside*, no sentido de morar, habitar. Modalidade de ensino e moradia se mesclam historicamente, desde os primeiros Programas de Residência até os dias atuais, se levarmos em consideração que uma das principais condições para o desenvolvimento desta atividade de ensino-aprendizagem, pelo residente, é a dedicação em tempo integral, traduzida nas sessenta horas semanais. Assim, a lógica pedagógica da imersão e intensividade perpetua-se até o momento presente.

De acordo com Ferreira e Olschowsky (2010, p. 24), “os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato,” destinada à qualificação dos profissionais médicos. Ao longo dos anos, a corporação médica passou a considerar esta formação como indispensável ao profissional médico, instituindo, legitimando e reconhecendo esta prática de ensino como “padrão ouro”. Justifica-se então a popularidade da expressão *Residência Médica*, evidenciada nos dicionários da língua portuguesa, como apontam as autoras referidas. Além do significado de moradia, estes dicionários apresentam, na definição de Residência, o tempo que o médico recém-formado fica em um hospital para adquirir experiência. Neste caso, a noção de Residência está atrelada apenas à categoria médica, pois estas publicações não apresentam nenhuma menção às outras profissões.

A Residência Médica surgiu em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, idealizada pelos professores Osler e Hausted, como uma programação

destinada ao treinamento dos médicos após a graduação. Conforme Lázaro da Silva (*apud* FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010, p. 24), “em 1889, o Programa criado por Hausted passou a ser considerada a primeira Residência Médica, direcionada ao treinamento na área cirúrgica. Osler, seguindo esse modelo, implementou, no mesmo hospital, a Residência na Clínica Médica, em 1900”: Esta modalidade de ensino, a partir dessa experiência, espalhou-se pelos Estados Unidos da América e, posteriormente para outros países, atingindo amplo reconhecimento e sendo considerada indispensável para a formação do médico.

É importante ressaltar também a importância da publicação do Relatório Flexner, em 1910, e o quanto este fato influenciou a formação e as práticas médicas no mundo ocidental, centrando as noções de saúde em torno de práticas medicalizadoras no cuidado intra-hospitalar e, posteriormente, na formação dos demais profissionais da saúde (CECCIM, 1998). O Relatório Flexner foi um estudo realizado sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, efetuado por Abraham Flexner (1910), intitulado *Medical Education in the United States and Canada- a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*.

Este estudo consistiu em uma avaliação da situação do ensino nas 155 escolas médicas existentes nestes países, realizada por Flexner, a convite da *Carnegie Foundation*. Ele visitou as escolas pessoalmente e de forma solitária, sem a utilização de um instrumento padronizado, durante seis meses. Um dos motivos para a encomenda deste estudo foi o grande número de escolas de Medicina com abordagens terapêuticas diferentes entre si, abertas de forma indiscriminada e sem nenhum registro, vinculadas a instituições universitárias ou não, com critérios de admissão e currículos diferenciados.

A origem do Relatório também está atrelada à associação entre a corporação médica e a crescente indústria farmacêutica da época, que passam a exercer forte pressão sobre as instituições educacionais e os governos para a implantação e extensão de um modelo de “medicina científica” (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Como resultado, o Relatório Flexner considerou inadequada a maioria das escolas e produziu uma redução drástica no número de estabelecimentos, que passaram a se

organizar e a serem credenciados a partir dos aportes deste documento. Por um lado, o trabalho de Flexner possibilitou a reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas. Mas, por outro, produziu um processo de exclusão de todas as outras propostas de atenção à saúde e centrou na excelência da educação médica o fator determinante para se qualificar a prática profissional e os serviços de saúde.

No Brasil, a Residência Médica surgiu em 1940, marcada pelo modelo americano, da clínica tradicional e hegemônica na área da Saúde e centrada no treino de técnicas e procedimentos desenvolvidos basicamente em ambiente hospitalar. Os primeiros programas iniciaram na Universidade de São Paulo (USP) em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947, atingindo a sua consolidação na década de 1990.

Na década de 1970, no Brasil, a Residência Médica passa a ser reconhecida legalmente e é instituída como modalidade de ensino de pós-graduação através do Decreto nº 80.281 de setembro de 1977, após um parecer favorável do Conselho Federal de Educação (CFE). Este mesmo Decreto cria a Comissão Nacional de Residência Médica. A Lei nº 6932, de 7 de junho de 1981, estabelece, entre outras providências, que todos os programas devem oferecer titulação de especialista e que a terminologia Residência Médica só pode ser utilizada após aprovação e credenciamento junto à CNRM (BRASIL, 1981).

Nesta mesma década, ao lado deste movimento de regulação, surgem as primeiras Residências Multiprofissionais no Brasil. O Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) é considerado pioneiro, pois, em 1977, já apresentava uma configuração que incluía mais de uma categoria profissional. Despontam-se ainda, neste período, as Residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas (1975) e da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975) e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (1976). Como afirma Ceccim (2010, p.19),

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

Detendo-se mais no Programa de Residência da SES/RS, embrião da Residência Integrada em Saúde da ESP/RS, e que serviu de modelo para diferentes programas, em todo o território nacional, com caráter multiprofissional, há outros aspectos a se considerar. Ele inicia-se historicamente anterior à Conferência de Alma-Ata, que é considerada um marco histórico no debate em torno da Atenção Primária à Saúde (APS) e de afirmação da visão ampliada de saúde (UEBEL, ROCHA e MELLO, 2003). Além disso, esta experiência inovadora valorizava o trabalho em equipe multiprofissional no desenvolvimento do cuidado na rede básica de saúde, ultrapassando uma concepção biomédica, fragmentada e biologicista. Os idealizadores desta proposta são três médicos, que retornando de um período de estudos nos Estados Unidos, trazem um modelo de atenção nomeado de “médico de quarteirão”.

Porém, no início da década de 1990, o Programa de Residência em Saúde Comunitária, com caráter multiprofissional, da Unidade Sanitária São José do Murialdo extinguiu-se, por motivos políticos e econômicos, permanecendo somente a Residência Médica. Entre os fatos que desencadearam o fechamento, está a discrepância entre a remuneração e carga horária dos residentes médicos em relação às demais profissões (CECCIM E ARMANI, 2001).

Apesar da extinção do Programa, o acúmulo histórico e a experiência pedagógica possibilitaram à ESP/RS, alguns anos mais tarde, acrescentar ao Programa de Residência Médica o Programa de Aperfeiçoamento Especializado, dando origem a uma das primeiras Residências Integradas em Saúde (RIS) do Brasil, instituída em âmbito estadual, através da Portaria nº16/1999, publicada pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em 1º de agosto de 1999 (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

No Brasil, no entanto, as Residências Multiprofissionais e/ou Integradas em Saúde só começaram a ser regulamentadas em 2005, quando foi promulgada a Lei nº

11.129 de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005).

Entre a década de 1970 e o final da década de 1990/ início de 2000, cabe apontar outras experiências em Residência Multiprofissional, anteriores à regulamentação pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação: a do Instituto Philippe Pinel, da cidade do Rio de Janeiro (1994), a do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1995), a da Fundação Hospitalar do Distrito Federal/Secretaria Estadual da Saúde do Distrito Federal (1997), a da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia e Universidade Federal da Bahia (1997), a do Ministério da Saúde, por meio de convênio com instituições formadoras (2001-2002), a da Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciência e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2003) e a do Grupo Hospitalar Conceição (2003) (CECCIM, KREUTZ e MAYER, 2010).

As experiências em Residência Multiprofissional anteriores à promulgação da Lei de 2005 demonstram a diversidade dos serviços e órgãos que promoviam e/ou promovem os programas, tanto de forma individual como conveniada. São universidades, secretarias estaduais ou municipais de saúde, hospitais, Ministério da Saúde, etc. Por isto, após a Lei, a regulamentação que a sucedeu teria muito mais a aprender e ouvir, do que primeiramente a propor. (CECCIM, KREUTZ e MAYER, 2010).

Por outro lado, não há como negar a aposta do Ministério da Saúde nesta modalidade de formação, em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, legitimada no ano anterior através da Portaria nº198, do Ministério da Saúde, de 13 de fevereiro de 2004, que “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 SUS e dá outras providências” (BRASIL, 2004).

O arcabouço legal das Residências, formulado após a promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, irá revelar os embates, as disputas, as pactuações, os enfrentamentos, os

tensionamentos e os discursos dos diferentes atores sociais, diretamente envolvidos com o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais no país<sup>3</sup>. Por um lado, o entendimento compartilhado pelos coletivos implicados na composição de diferentes programas, de que as Residências em Saúde, quando articulam atenção, gestão e participação social (presente em cada local), obrigatoriamente engendram um movimento criativo de produção de conhecimento que leve em consideração uma nova lógica de cuidado e estabeleça uma perspectiva teórico-pedagógica localizada nos princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS.

De outro, um grupo ligado à gestão federal, em especial aos Ministérios da Educação e da Saúde, e representantes das corporações profissionais que, a partir da sua influência, buscam imprimir na institucionalidade e na conformação das Residências, o especialismo, a regulação tradicional da Residência Médica, delimitam saberes e reservam o lugar do ensino às instituições de ensino superior, retirando o componente educação dos serviços e das práticas em saúde. Além do não reconhecimento dos movimentos sociais, enquanto atores importantes para a formulação, condução, discussão e implementação da Política.

### 3.1.2 Histórias Breves da Educação em Saúde

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

---

<sup>3</sup> As leis e portarias que conformam as Residências Multiprofissionais no país e citadas no corpo do texto estão elencadas no apêndice A deste trabalho.

Franco (2007) aponta algumas respostas para esta questão e ele as localiza no percurso da estruturação da Reforma Sanitária Brasileira. As políticas educacionais implementadas no início da implantação do SUS apresentaram, nas suas propostas, processos de gestão excessivamente normativos, pois revelavam um ambiente organizacional, já vigente, impregnado de um “imaginário de que a cadeia de mando do sistema de saúde ocupa o lugar do ‘saber’ e este deve ser repassado para o nível da produção que, supostamente, não tem o conhecimento necessário para operar os processos disparados a partir da sua direção” (FRANCO, 2007, p.428, grifo do autor).

Há aí o pressuposto de um não reconhecimento dos saberes gerados a partir das experiências do cotidiano do processo de trabalho. Ou seja, a ideia de um grupo que pensa e direciona (gestão) e outro que executa e produz (trabalhadores da atenção em saúde). Este pensamento gerou propostas educacionais onde o principal objetivo é a transmissão de conhecimentos, na forma de educação continuada, preenchendo lacunas da formação supostamente deficitária dos trabalhadores. O resultado deste modelo educativo leva à “formação de sujeitos heterônomos (grupos de assujeitados ao invés de sujeitos), fazendo com que os trabalhadores fiquem reduzidos, submetidos a uma “pedagogia da dependência” (FRANCO, 2007, p.429).

Ceccim (2005) apresenta novos elementos para se discutir a questão da formação em saúde, pois problematiza a construção conceitual utilizada para a formulação de políticas nesta área, inspirada nos estudos científicos de administração dos anos 1970, que é a dos *Recursos Humanos na Saúde*. Nesta lógica, os trabalhadores sofreriam os mesmos processos que um recurso financeiro, logístico ou material. Entre esses processos, estaria a atualização, compreendida como uma reciclagem. A formação em saúde se apresentaria neste modelo e resultaria em um assujeitamento dos sujeitos, capturados nas suas subjetividades, nos seus desejos, nas suas possibilidades criadoras de vida e de mundo. O autor propõe que os trabalhadores em saúde sejam considerados tal qual o arcabouço legal do SUS propõe, ou seja,

Após a formulação do SUS, os trabalhadores deveriam ganhar um lugar *finalístico* e não mais de *atividade-meio* no setor. O artigo 200 da

Constituição Federal colocou como atribuição do SUS *ordenar a formação e incrementar o desenvolvimento técnico e científico da força de trabalho com atuação setorial* (incisos III e IV), prescrição legal que constitui evidência de *geração de uma demanda* ou *construção de uma competência* ao SUS relativa aos seus trabalhadores: a singularização dos trabalhadores da saúde na reformulação permanente das práticas de trabalho, a implicação com os trabalhadores na implementação da reforma sanitária e a revisão da teoria do trabalho em saúde, em especial no tocante ao exercício e coordenação das práticas atribuídas ao setor. (CECCIM, 2005, p.163)

O *ordenamento da formação* seria a produção de novas relações entre as instituições formadoras e o SUS, com o intuito de gerar novos perfis profissionais e novos paradigmas organizacionais. E como seriam estes novos perfis? Segundo Ceccim (2005), seriam o de atores sociais implicados na produção de saúde. Haveria uma “transmutação da noção de recursos humanos da saúde para a de coletivos organizados da produção de saúde” (CECCIM, 2005, p. 169).

Ao mesmo tempo em que há uma crítica com relação ao baixo impacto das primeiras políticas educacionais nos primórdios da configuração do SUS, há o reconhecimento de experiências inovadoras, que possuíam e possuem as premissas de mudança nos serviços e sistemas de saúde. Estas experiências demonstram que os trabalhadores, envolvidos em uma nova forma de produzir o cuidado, criam um novo significado para o trabalho em saúde, pois produzem também a si, enquanto sujeitos. Segundo Franco (2007, p.429), “trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de *cognição e subjetivação* e acontecem simultaneamente como expressão da realidade”. A *cognição* seria a capacidade de transmissão e produção do conhecimento técnico em saúde, aplicado às experiências do cotidiano do mundo do trabalho e a *subjetivação* seria a dimensão da produção sócio-histórica de subjetividade, inerente à qualquer experiência, pois imersa na história de vida dos sujeitos. Essas duas dimensões implicam-se mutuamente, *cognição e subjetivação*, e os processos educacionais só terão êxito se levarem em consideração essas duas dimensões e, considerarem como premissa, que a produção de cuidado revela-se produção pedagógica e vice-versa.

A Residência Integrada em Saúde da ESP/RS apresenta, desde os seus primórdios, como um de seus objetivos, a formação de profissionais capazes de protagonizar

mudanças nos serviços de saúde, por reconhecer os diferentes cenários de prática como *locus* privilegiado para a produção de cuidado e de ensino-aprendizagem de todos os atores sociais envolvidos nestas práticas (RIO GRANDE DO SUL, 2002). Essas mudanças devem ser direcionadas para a forma como se organiza o processo de trabalho, principalmente na forma como acolher e responsabilizar-se pelo usuário. Estas transformações começariam em uma dimensão micropolítica das relações na equipe e ultrapassariam os seus limites, atingindo o nível organizacional e produzindo alterações no modelo técnico-assistencial hegemônico.

A RIS-ESP/RS reconhece o SUS como território de ensino-aprendizagem, por entender que a construção do Sistema envolve um aprender inventivo e compartilhado entre todos os cidadãos brasileiros. Afinal, a condição de usuários atravessa a todos nós. Este reconhecimento encontra expressão no Regulamento da RIS-ESP/RS, publicado através da Portaria nº 71 de 24 de dezembro de 2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Retornando à questão dos cenários de prática, neles há um fluxo contínuo de saberes e fazeres entre trabalhadores e usuários. Mehry (1997) apresenta a categoria conceitual *trabalho vivo em ato na saúde* “à semelhança do trabalho em educação”, pois os cenários que compõe, tanto um campo quanto outro, apresentam grande capacidade autogestionária. Nas palavras de Franco (2005, p. 435),

Há inúmeros campos temáticos que atravessam os cenários de produção da saúde e fazem a transversalidade, criando tensões sobre essa rede, o que torna os cenários vigorosos no sentido da criação de possibilidades de intervenção nos problemas de saúde e educação. É, ao mesmo tempo, uma arena de disputas de projetos (...) que obriga a processos de pactuação entre os diversos atores implicados com a saúde, sobre as formas de gestão desse aparato assistencial, bem como de cuidado aos usuários.

Na potência de produzir atos terapêuticos e educativos em território, a *Educação Permanente em Saúde* torna-se presente, tanto pelo percurso da política como do dispositivo. Darei maior destaque à dimensão do dispositivo, enquanto disposição, mobilizado por linhas de força, de subjetivação, de ruptura, de enunciação, que entrecruzam em um movimento incessante de re-configuração ( FOUCAULT, 1989) ou enquanto

(...) emaranhado, uma rede, uma trama que dispõe o visível/invisível, os ditos/não ditos com uma função estratégica dominante. Tem um caráter ativo, produtivo e se organiza com relação a determinados fins (ainda que não necessariamente explícitos) (ROCHA, 2005, p. 24).

Pois é a partir deste conceito que conseguimos visualizar a permeabilidade da Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde e às possibilidades que engendra na formação dos profissionais, na criação de novas práticas, na análise das experiências locais, nas mudanças institucionais e, em cada equipe, na introdução de mecanismos de autogestão e na formulação de novas abordagens, potentes na desconstituição de entendimentos dicotômicos sobre a realidade. Lógicas binárias que pretendem dar conta de explicar a totalidade do real, transformando-o. Individual x coletivo, clínica x saúde pública, teoria x prática, sujeito x objeto, são exemplos das posições binárias presentes no cotidiano da formação e do trabalho em saúde.

Os estudos pós-estruturalistas em Educação e seus aportes teóricos abarcam importantes contribuições para a desconstrução dos binarismos e das metanarrativas transcendentais presentes em nossos discursos e práticas, em especial no campo da Educação, tão permeado por utopias e universalismos. A Educação, mesmo através das teorias educacionais críticas, carrega a pretensão de transpor a regulação e o controle que exerce sobre os sujeitos e a sociedade, e a busca ilusória por uma situação de ausência de relações de poder entre os sujeitos. Esta ambição universalizante aparenta possuir uma experiência mal-sucedida, na sua procura em explicar a complexidade dos processos sociais e políticos no qual estamos todos imersos, além de estar no cerne da produção de regimes totalitários e ditatoriais (SILVA, 2011).

A perspectiva pós-estruturalista produz um deslocamento importante com relação à linguagem, desconstituindo a noção de um sujeito dotado de consciência e autonomia, da onde se origina todo o significado e toda ação. Os sujeitos se constituem na linguagem e pela linguagem, em um mundo social anterior e precedente. O nosso conhecimento sobre a realidade está completamente vinculado à forma como a nomeamos, em fluxo contínuo de produção da própria realidade. “As categorias que usamos para definir e dividir o mundo social constituem verdadeiros

sistemas que nos permitem ou impedem de pensar, ver e dizer certas coisas” (SILVA, 2011, p. 256). Portanto vivemos, como atores sociais, imersos em epistemologias que nos permitem pensar, dizer e fazer certas coisas e não outras, delimitando para nós o campo do possível.

Esta perspectiva esteve presente em todos movimentos deste estudo em direção aos territórios da descentração da RIS-ESP/RS e das dinâmicas engendradas na implementação desta política-estratégia, pois possibilita a problematização/desconstrução dos discursos e das práticas educativas e nos remete ao exercício constante da (hiper) crítica e da dúvida sobre o que dizemos, pensamos, fazemos conosco e com os outros. Ela instiga a desenvolver teorizações e pesquisas insidiosas aos aspectos particulares e locais, ao mesmo tempo em que posiciona o pesquisador em um lugar modesto, limitado, vulnerável, parcial e realista. Por isso, totalmente responsável e implicado com a realidade que produz nos seus fazeres e dizeres (SILVA, 2011).

Os diferentes arranjos curriculares, desenvolvidos pelo coletivo-residência de Macondo, para organizar as atividades práticas e teóricas da Residência, foram visualizados e analisados em sua singularidade, a partir de uma perspectiva pós-crítica de currículo, que o considere como um sistema de significações que disputa com outros sistemas. Enquanto linguagem, currículo é uma prática social discursiva e não-discursiva, que se configura em saberes, normas, instituições, prescrições morais, regulamentos, programas, relações, valores, modos de ser sujeito. O currículo torna-se cativo da sua própria linguagem, pois ele não é capaz de vê-la como o seu maior problema. E,

Quando fala, pensa que está utilizando a linguagem, mas é a linguagem que o utiliza. Ele sempre diz mais do que quer e, ao mesmo tempo, diz sempre outra coisa. Ao falar, o currículo é levado além de si próprio, pois o sentido do que diz encontra-se na linguagem de sua época e lugar, na qual está enredado (CORAZZA, 2011, p.11).

Se deparar com as diferentes configurações que o processo de ensino-aprendizagem da RIS apresenta em Macondo, exige a percepção de que o campo da saúde pode ser tanto um território de ensino, com as suas formatações

pedagógico-corporais, como um território de aprendizagens, com a experimentação de formas singulares nos fazeres e dizeres em saúde (MEYER, FÉLIX e VASCONCELOS, 2013). Exige uma aposta nas “singularizações, modos de ser profissional da saúde, de formar para o cuidado do outro e, neste sentido, possibilitar liberdade aos ‘encontros’ para que não sejam constrangidos pela forma” (DALLEGRAVE, 2013, p. 8, grifo da autora).

A possibilidade do encontro remete à questão disparadora desta pesquisa: Como descentralizar integrando e, ao mesmo tempo, respeitando os contextos e as diferenças? Quando o ato de integrar fere a autonomia? Quando a unidade passa a ser o aniquilamento da diferença? Como construir um projeto político-pedagógico para o Programa de Residência que contemple o transbordamento de novas práticas e, segundo Kastrup (2001), a produção de uma aprendizagem inventiva, resultante da tensão entre as formas existentes, constituídas historicamente e os estranhamentos que nos afetam?

Estas tensões, constitutivas do aprender corporificam o processo de descentração da RIS-ESP/RS. Segundo Deleuze e Guatarri (1997), a aprendizagem supõe processos de territorialização e subjetivação, e de desterritorialização e dessubjetivação. Aprender não é somente ter hábitos, mas habitar um território, resultado de uma configuração de limites para a ação, não topográficos e, sim, semióticos. Supõe uma relação íntima e assídua com o lugar, mas também de acolhida ao estrangeiro. Nas palavras de Kastrup (2001, p. 24), “o aprendiz artista não se conforma com seus limites atuais, mas toma-se a si mesmo como objeto de invenção complexa e difícil.” Para a autora, a arte expõe o problema do aprender, no sentido de invenção (e não de solução de problemas) e apresenta a experiência da problematização em sua radicalidade.

A descentração da RIS-ESP/RS habita múltiplos territórios que delimitam o seu campo movente e estabelecem as suas fronteiras. Entre eles está a descentralização das ações em saúde.

### 3.2 A INTEGRAÇÃO DA DESCENTRAÇÃO DA RESIDÊNCIA NA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE

A problematização, em torno dos conceitos de descentração, descentralização e desconcentração, faz-se necessária, para após explicitar nesta escrita o uso do conceito de descentração para o pertencimento da RIS-ESP/RS ao conjunto das ações descentralizadas em saúde. Diversas autoras e autores debruçaram-se, e ainda hoje o fazem, sobre estes conceitos, no sentido de alcançar o máximo de compreensão possível sobre os mesmos, e com diferentes objetivos, entre eles, o de produzir conhecimento sobre o processo de configuração e estruturação das políticas públicas de saúde do país.

Marta Arretche (1997), a partir de seus estudos e reflexões sobre o tema, questiona o consenso, quase que absoluto, de que a descentralização apresenta somente virtudes e potencialidades no que se refere à democratização radical das relações públicas. A autora historiciza que, na década de 1980, aconteceram reformas com caráter descentralizador nas políticas públicas de um número expressivo de países. As estratégias utilizadas foram distintas, dependendo da realidade de cada país, sendo as mais empregadas: desconcentração, delegação, transferência de atribuições, privatização e desregulação. Nas suas palavras (1997, p. 127),

Por *desconcentração* entende-se a transferência da responsabilidade de execução dos serviços para unidades fisicamente descentralizadas, no interior das agências do governo central; por *delegação* entende-se a transferência da responsabilidade na gestão dos serviços para agências não-vinculadas ao governo central, mantido o controle dos recursos pelo governo central; por *transferência de atribuições* entende-se a transferência de recursos e funções de gestão para agências não-vinculadas institucionalmente ao governo central e, finalmente, por *privatização* ou *desregulação* entende-se a transferência da prestação de serviços sociais para organizações privadas.

As correntes de origens políticas, que se agregam em torno da descentralização, como algo inevitável para a democratização das relações sociais e políticas, são distintas entre si. Entre elas, os que defendem o liberalismo e seus preceitos como um ideário estruturante das formas de gestão do Estado, reduzindo o seu espaço em favor das liberdades ditas individuais. E também aqueles que, por ideais libertários

diversos, reclamam por uma radicalidade da democracia, superando o seu caráter puramente representativo (ARRETCHE, 1997).

Estas diferentes correntes, ao articular positivamente propostas de descentralização, esperam, através de sua implementação, eficiência e eficácia da gestão pública pela elevação dos níveis reais de bem-estar da população. Porém, várias expectativas que repousaram sobre esse conjunto de associações positivas, não são um resultado necessário e automático da descentralização.

A análise das relações entre descentralização e democracia deveram repousar sobre a forma como articulam-se as elites políticas do governo central, regional e local, em um determinado modelo de estado, no interior das instituições políticas. "A concretização dos ideais democráticos depende menos da escala ou nível de governo encarregado da gestão das políticas e mais da natureza das instituições que, em cada nível de governo, devem processar as decisões" (ARRETCHE, 1997, s/p.). A redução do uso clientelista de recursos públicos depende das relações entre as burocracias públicas e das possibilidades de controle dos cidadãos sobre a ação dos governos, do que do nível de governo responsável pela prestação dos serviços. E o sucesso da descentralização depende da redefinição do papel estratégico do governo federal nos novos arranjos advindos deste processo, e não da sua redução no seu escopo de atuação, como advogam certas teses (ARRETCHE, 1997).

Escrever sobre a descentralização na área da saúde no Brasil significa direcionar o olhar para a extensa e complexa trajetória do modelo federativo deste país. Não tive a intenção, em virtude dos limites vivenciados no decorrer do percurso, totalizar todas as peculiaridades histórico-estruturais do federalismo brasileiro e a sua influência na constituição da política de saúde. Basta, para este trabalho, considerar que tivemos diferentes modelos federativos na saúde, compreendidos como distintas formas de relacionamento entre as instâncias de governo na provisão e serviços públicos de saúde, baseados em pactos e negociações políticas específicas (MACHADO e VIANA, 2009).

E mesmo o federalismo em si não representa um arranjo institucional único, mas pode compreender diferentes graus de centralização e descentralização simultâneos. Não há um modelo ideal de repartição de responsabilidades entre as unidades subnacionais (estados e municípios), mas a existência de uma flexibilidade institucional que torne possível diferentes ajustes. Esta seria a condição adequada para se levar em consideração as “transformações das instituições, o aumento da capacidade da administração pública e a mobilização dos atores locais relevantes” (MACHADO e VIANA, 2009, p.27).

Nos anos 1980, acontecem mudanças significativas, com o fim do regime militar e o início da redemocratização do estado brasileiro. Neste período, há dois marcos histórico-sociais importantes para a área da saúde: a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e a Constituição Federal de 1988. Este novo ordenamento jurídico-legal incorpora conceitos, anseios e transformações pretendidas no interior do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e expressa, no seu texto, um consenso entre diferentes setores políticos e sociais em torno da diretriz de descentralização, apoiada em diferentes matrizes ideológicas, conforme o grupo que a propõe. Por um lado, radicaliza-se a democracia ao deslocar o poder decisório para estados e municípios, expandir os direitos referentes à proteção social e reduzir as desigualdades sócio-econômicas no território brasileiro. De outro, antagonicamente, restringir o papel do estado e do gasto público nas políticas de seguridade social em resposta a uma agenda neoliberal proposta por organismos internacionais, e incorporada enquanto prática e discurso, por distintos setores da sociedade brasileira. Dessa forma,

(...) o processo de descentralização na saúde no período de implantação do SUS, ao ser enfatizado como uma estratégia prioritária e avançar mesmo sob condições adversas, expressa na prática as tensões e contradições entre a agenda abrangente da reforma sanitária e a agenda neoliberal da reforma do Estado hegemônica nos anos 1990, visto que ambas influenciam as políticas de saúde no período (MACHADO e VIANA, 2009, p.44).

Para o SUS, a descentralização é um dos seus princípios organizativos, ao lado da regionalização, hierarquização e participação social. As leis orgânicas da saúde (BRASIL, 1990), que regulamentam o SUS, aprovadas no nível infraconstitucional,

procuram regular e materializar estes princípios, além de outros, de caráter diretivo: universalidade, equidade e integralidade.

Segundo Palha e Villa (2003), a descentralização tem suas fortalezas e debilidades. Como fortalezas, observa-se uma maior eficiência, transparência e qualidade na alocação de recursos, em função da proximidade com os usuários; a descentralização possibilita a inovação e adaptação do planejamento às condições regionais e locais; confere legitimidade e responsabilidade ao gestor na medida em que ocorre a participação da população no espaço decisório; e, por fim, promove a integração entre agências governamentais e não-governamentais e reafirma a intersectorialidade. E Entre as debilidades, está a possibilidade de enfraquecimento das estruturas locais, a fragmentação dos serviços, o clientelismo local, a escassez e fragilidade dos recursos gerenciais, as dificuldades de coordenação do processo e a desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Entre os grandes desafios da construção do SUS está o de refletir a “heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, concretizar a cidadania nacional” (MACHADO e VIANA, 2009, p.29). Segundo France (*apud* MACHADO e VIANA, 2009), os países federativos necessitam imprimir à política de saúde um caráter nacional, mesmo com uma gestão fortemente descentralizada. A responsabilização dos entes federados seria a garantia para a efetivação dos princípios e normas organizativas nacionais e o governo federal desenvolveria o seu campo de atuação em áreas estratégicas e moveria os seus esforços para a redução das desigualdades entre as regiões.

É importante ressaltar que, a partir da Constituição de 1988, os entes federativos que adquirem maior peso e responsabilidade em várias áreas da política pública são os municípios. Este será um traço peculiar do federalismo brasileiro, diferente de outros regimes federativos no mundo e trará implicações fundamentais para a implantação do SUS no território nacional.

Apesar do viés municipalista do texto constitucional, da retórica e das políticas descentralizadoras implementadas até então, o modelo de Estado dos últimos vinte

anos, bem como sua configuração, alicerça-se em um centro nacional forte, com grande capacidade decisória, e detentor de recursos de controle sobre os entes federados e os mercados. Este modelo evidencia um atrelamento ao legado da política de modernização nacional do século XX, que centralizava no estado a condução deste processo e este formato expressa-se em vários aspectos, entre eles, grande capacidade normativa e um papel decisivo, pelo governo federal, na definição dos termos de cooperação entre as esferas de governo. Assim, o executivo nacional permanece com um lugar de destaque e importância na formulação e regulação das políticas públicas, incluindo as sociais.

Este aspecto não incompatibiliza-se com as políticas setoriais de descentralização, pois como destaca Abrucio (2005), a descentralização exige um projeto nacional e o desenvolvimento de novas capacidades entre todos os entes federados. E o governo federal passaria a exercer um papel de coordenador. Como afirma Machado e Viana (2009, p.34):

A coordenação federativa consiste nas formas de integração, compartilhamento e decisão presentes nas federações, que se expressam: nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em fóruns federativos e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

Retornando ao estado brasileiro, uma das suas grandes tarefas será a de coordenar um processo de descentralização que produza e ofereça ações de saúde nas realidades locais e regionais (de caráter individual e coletivo), que articule estados e municípios através do planejamento, programação e controle social, e que possa corrigir as distorções e desigualdades da sua extensa base territorial. Dentro dessa perspectiva, o processo de descentralização passa a ser movimento e ferramenta, pois através dos municípios,

(...) tem contemplado o acúmulo de importantes experiências nos vários cenários, oportunizando a construção de novos modelos assistenciais orientados pelos princípios norteadores do SUS, envolvendo práticas de saúde instrumentalizadas tanto pela saúde coletiva como pela clínica, tendo como produto final a produção social de saúde (PALHA e VILLA, 2003, p.22).

A descentração da RIS-ESP/RS integra-se nesta perspectiva. Política e Estratégia. Movimento e Ferramenta. O primeiro registro oficial desta integração consta no Plano Estadual de Saúde 2011-2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2011). No texto deste documento está posto que a consolidação da Política Estadual de Residência Integrada em Saúde passa pela reestruturação e fortalecimento da RIS-ESP/RS e pelo fomento, por parte do Estado, à formação qualificada de profissionais no e para o SUS, “respeitando o princípio da regionalização e da descentralização das ações em saúde”.

Entre as metas para alcançar este objetivo, está a de “descentralizar o Programa de Residência Multiprofissional e/ou Médica contemplando 6 municípios” e “ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral” (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Nomina-se de descentralização da Residência a este processo, e em diferentes documentos oficiais e nas nossas falas e discursos sobre o tema, enquanto Equipe de Coordenação, utilizamos a expressão e/ou conceito descentralização da Residência.

A ESP/RS, ao propor ações formativas em serviços da rede pública de saúde, inevitavelmente oferecerá ações descentralizadas. Porém, tendo como base os conceitos já referidos, utilizo nesta pesquisa o conceito de descentração para nominar a interiorização da RIS-ESP/RS, pois os municípios que acolhem o Programa de Residência não são simples executores de ações formativas, definidas a partir da ESP/RS, já que possuem algum grau de participação nas instâncias decisórias. Porém a autonomia do coletivo será restrita e balizada pelas forças que operam na estruturação da RIS-ESP/RS. O conceito de descentração abarca vários deslocamentos, não só geográficos, mas em outros planos, em especial o das aprendizagens. Significa sair de um lugar e desembarcar em outro, quando vamos ao encontro de Macondo, e também significa sair de si, quando passo a ser tutora de campo deste território.



Percursos

Macondo, agosto de 2013

Paula Lopes Gomide Haubrich

## **AOS RESIDENTES**

Na trilha já feita,  
Nos descuidamos.  
Nossos pés pisaram os seus.  
No desejo de ditar o melhor,  
Apagamos o percurso.  
Nos perdemos.  
Nos desencontros,  
A aproximação.  
Nos gritos,  
as diferenças.  
À noite,  
os abraços.

Paula P

## 4. A CENTRALIDADE DA ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA E A INTENSIFICAÇÃO DA DESCENTRAÇÃO

### 4.1 TERRITÓRIO DA POLÍTICA-ESTRATÉGIA: MOVIMENTOS EM MACONDO

*Janela : dezembro de 2011*

*Estávamos sentadas em uma mesa, na sala da Residência, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Após a confirmação por parte da Direção da Escola de que teríamos Residência em Saúde Mental no município de Macondo, imediatamente pensamos “Temos que ir até lá conhecer a rede”. É esta sempre a primeira ideia. Pisar no território. Sempre que recebemos a informação de que um município está interessado em acolher a RIS ou que a Direção da ESP/RS pactuou em alguma instância a implantação do Programa em outro, lembramos que a nossa primeira tarefa é avaliar se aquele lugar pode receber residentes, tem condições para acolhê-los e se pode nos acolher também. A questão, para nós da Equipe de Coordenação da RIS e tutoras da ênfase, que nunca terminamos efetivamente de responder, pois ela continuamente suscita debates é: quais as condições? Tivemos algumas respostas, após as rodadas de avaliação das Equipes da Saúde da Família que recebem residentes da Atenção Básica no ano anterior. Processo que nos deu pistas. O serviço tem que querer. Não basta a gestão querer. A gestão e os serviços precisam compreender o que significa uma formação em serviço e o que ela implicará para todos que nela se envolverem. O que ela implica mesmo? Temos, enquanto equipe, isto definido? Existe um lugar ideal, no fim do arco-íris para se*

*fazer Residência? Mapear uma rede significa listar serviços, ou é uma conversa? E se o município não tiver condições? Terá Residência mesmo assim? Marcamos um carro para nos levar até Macondo, tendo como bagagem as nossas incertezas.*

Nos documentos oficiais não constam quais regiões e/ou municípios devem receber a RIS, ou quais critérios devem ser seguidos para esta escolha. A RIS-ESP/RS chegou em cada território que a acolheu por caminhos diferentes. No caso de Macondo, a organização regionalizada do estado do Rio Grande do Sul, através das suas coordenadorias, não foi acionada para a implantação da RIS. Este fato apresenta relevância, pois seria uma condição para o desenvolvimento da sustentabilidade institucional necessária à permanência do movimento de descentração da Residência. Ou seja, a possibilidade de consolidar uma *estratégia* de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde como *política*.

Em um primeiro momento, a pactuação da implantação da RIS em Macondo realizou-se com parceiras e parceiros que dividem histórias e compartilham princípios comuns sobre o que significa o cuidado em saúde mental. A rede de saúde deste território oferece acolhimento e atendimento integral aos usuários, portanto apresenta-se como um *lócus* privilegiado para a formação dos trabalhadores comprometidos com o desenvolvimento do SUS, com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Macondo foi uma das vias possíveis para se iniciar o processo de descentração da RIS-ESP/RS e significou, principalmente, um dos primeiros movimentos desencadeadores da política-estratégia, que diversificou territórios, atores, cenários de prática, em direção à constituição de redes produtoras de saúde, mas sem perder de vista os princípios que devem circular e organizar esta formação em serviço.

O deslocamento para Macondo possibilitou a nós, da Equipe de Coordenação e ao Programa de Residência, uma experiência de desterritorialização, e o ingresso em um novo território. Para Deleuze e Guatarri (1996) não há território sem um vetor de saída. Assim como não há desterritorialização sem um esforço para se

reterritorializar em outra parte (HAESBERT e BRUCE, *s/d*). O conceito de território destes autores é pluridimensional, englobando várias versões para a mesma terminologia, entre elas: território etológico ou animal, como o ambiente de um grupo constituído por padrões de interação que possibilitam a este coletivo certa estabilidade e localização; território psicológico ou subjetivo, expresso em hábitos, espaços de vida, ambiente social; e território sociológico e geográfico, expresso pela relação sociedade-natureza. Localizo, nas palavras de Guatarri e Rolnik (1986), esta amplitude em relação ao conceito de território:

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo (...). Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente em casa. O território é sinónimo de apropriação, de subjetivação (...). Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar pragmaticamente toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (p.323).

Quando direcionamos o olhar para a descentração da RIS-ESP/RS, nos deparamos com os vários entendimentos, definições e usos que pertencem ao conceito de território. Afinal, esta política-estratégia e o coletivo-residência que a integra, co-habitam territórios de pensamento e territórios geográficos co-engendrados. Para Kuarup (2001), as semióticas locais e específicas, formadas ao longo de um processo de aprendizagem, configuram os limites para a ação e as fronteiras de conexão com o ambiente. Portanto, aprender significa habitar um território, lugar onde “nos sentimos em casa”, lugar dos *hábitos*, do íntimo, mas com porosidade e borrimento das fronteiras, necessários para a acolhida ao estrangeiro, e fundamentais para a des-re-territorialização. Ainda com Kuarup (2001), a aprendizagem inventiva é sempre resultante da tensão entre as formas existentes e as inquietações, abalos e estranhamentos que nos afetam. O território define e é definido pelo organismo em uma construção recíproca.

O ato de deslocar-se para Macondo me leva a pensar sobre a espacialidade deste movimento, na sua manifestação material propriamente dita. O geógrafo Milton Santos (1978, 1996, 2000), um dos pesquisadores brasileiros que mais se dedicaram a problematizar sobre o conceito de território, realiza um esforço para

estabelecer distinções e analisar os elementos que integram esta categoria conceitual. Santos apresenta a noção de território usado como sinônimo de espaço geográfico, compreendido por um conjunto indissociável de sistemas de objetos (naturais e técnicos, das mais variadas idades, que se combinam de forma particular em cada lugar, região ou território) e de sistemas de ações, cada vez mais coordenadas nacional e mundialmente (IOZZI e ALBUQUERQUE, 2009).

O território usado encontra-se em permanente transformação através dos usos realizados. Eventos, os quais geografizam objetos e ações, interdependentes entre si, são produzidos a partir de uma racionalidade de existência e revelados por uma intencionalidade que impregnam o território com determinados usos (funções). O território usado será sempre uma forma impura e objeto permanente de análise. O que ele tem de permanente é o fato de ser o espaço de todas as existências, híbrido da materialidade. Território feito e território se fazendo (SILVEIRA, 2009).

Neste processo, as formações socioespaciais resultam em configurações desiguais, e as políticas não podem deixar de ver as suas singularidades, quando da proposição de suas práticas. Segundo IOZZI e ALBUQUERQUE (2009), as políticas serão diferenciadas, pois inevitavelmente precisarão levar em consideração as possibilidades e dificuldades que os territórios apresentam para universalizar a saúde, sem perder de vista a noção de totalidade pertencente a um projeto sócio-político.

A política-estratégia, analisada neste percurso, se estende sobre uma superfície geográfica e dispõe de múltiplos modos de existir. A política-estratégia ingressa nos territórios e os territórios ingressam na política-estratégia. Ela experimenta processos de des-territorialização, assim como o coletivo-residência, a partir de conexões entre fluxos heterogêneos. Narrar e cartografar, aqui, significa construir um mapa parcial e inacabado destes fluxos, dessas linhas e as possibilidades por elas inauguradas, na implementação da descentração da RIS-ESP/RS em Macondo.

*Janela: junho de 2013*

*Hoje nos reunimos com os preceptores dos projetos de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro, nos quais os residentes estavam exercendo atividades práticas, e chegamos ao consenso de que para mantermos a desinstitucionalização deste hospital era necessário institucionalizar as mudanças realizadas no percurso formativo da ênfase de Saúde Mental. Para isto realizaríamos uma oficina com todo o coletivo da ênfase: coordenação, preceptores, tutores e residentes para avaliarmos o processo de transformação, e planejarmos estratégias para a manutenção da mudança, com foco na transição de governo esperada para o ano de 2014. Era necessário intensificar a descentralização da Residência.*

Quando os coletivos desejam institucionalizar mudanças inevitavelmente correm riscos. Como tornar a mudança permanente? Como institucionalizar a Reforma Psiquiátrica? É isto que queremos? Como transformá-la em algo permanente, e ao mesmo tempo movente? Para este grupo, reunido neste dia, o estranhar a realidade tem como consequência a invenção-encarnação de “novas práticas, outros modos de viver, dizer, conviver, trabalhar, militar, tracejando outros cenários, subjetividades, cuidados em saúde” (VASCONCELOS e PAULON, 2014). Este estranhamento deve incidir sobre os nossos entendimentos sobre o sujeito, o humano, a loucura, a saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, conceitos circulantes entre outros, do campo da Saúde Mental.

Para circularmos nestes novos itinerários produzidos e habitarmos novos lugares, a partir deste estranhamento, necessitamos colocar em permanente análise os nossos mais insidiosos desejos de conservação, que elevam e sustentam novos muros invisíveis nas linhas recém-tracejadas do cuidado em Saúde Mental. Porém neste dia, no Hospital Psiquiátrico São Pedro o que estava em questão era desenhar uma estratégia para que a desinstitucionalização deste manicômio não cessasse enquanto movimento de luta. Uma das vias planejadas era o fortalecimento da

formação em Saúde Mental nas Redes Municipais de Saúde. Era necessário intensificar a descentração da Residência.

*Janela : junho de 2013*

*Realizamos uma tutoria em Macondo, com o objetivo de nos reunirmos com a coordenação da Saúde Mental da cidade e com os preceptores de campo de cada serviço onde há a inserção de residentes. A ideia é ir até o campo de prática. Pisar no mesmo chão que o coletivo-residência de Macondo pisa. Na reunião com a coordenação da saúde mental ficou definido, por escuta anterior de demanda dos residentes, que as aulas, ou seja, as atividades de reflexão teórica, assim denominadas neste programa e divididas entre aulas da área de ênfase, no caso Saúde Mental; aulas do campo da Saúde Coletiva; e encontros por núcleo profissional, também chamados de tutoria de núcleo seriam oferecidas no próprio município e não mais nas dependências da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Esta solicitação foi feita, pois os residentes estavam cansados do deslocamento semanal, pois retornavam para o campo no dia seguinte. Combinamos que os Seminários de Avaliação e apresentação dos trabalhos de conclusão de curso permaneciam na ESP. As demais atividades ficariam em Macondo. Mencionamos que seria possível fazer parceria com universidades regionais para o desenvolvimento das aulas, através do seu quadro docente e que os docentes também poderiam ser trabalhadores e/ou preceptores da rede de saúde de Macondo, pois o termo de cooperação técnica entre ESP e município oferece retaguarda jurídica para a oferta de diferentes*

*atividades de ensino, que dêem sustentação para o Programa de Residência. Refletimos sobre que desdobramentos que a descentração das aulas ofereceria para o território de Macondo... espaço de formação aberto a outros trabalhadores da rede. A metodologia poderia ser flexibilizada. O que isto significa? As tarefas desenvolvidas nas aulas poderiam ser de dispersão. O que isto quer dizer? Nunca houve uma resposta efetiva, traduzida em uma prática.*

A princípio, a transferência das atividades de reflexão teórica para Macondo foi por solicitação do coletivo-residência deste território. Inegavelmente, a Equipe de Coordenação da RIS apoiou imediatamente a ideia por motivos diversos, entre eles o fomento a um formato de descentração em que o município desenvolve todo o programa, fato este que possibilitaria o aumento de territórios a acolher a RIS. Por outro lado, foi o primeiro movimento organizado entre residentes e gestão de Macondo no sentido de estruturar uma ação formativa, ainda que extremamente direcionada pela ESP/RS, como veremos adiante.

Este movimento do coletivo-residência remete a uma reflexão sobre o conceito de coletivo. Neste estudo o conceito de coletivo ultrapassa a visão dicotômica entre indivíduo e grupo. O coletivo passa a ser considerado a partir das relações estabelecidas entre o plano das formas e o plano das forças. Estes planos não se opõem, mas produzem entre si relações de reciprocidade com cruzamentos diversos e infinitos. O plano das formas corresponde ao plano da organização da realidade (Deleuze e Parnet, 1998), ou plano do instituído (Lourau, 1995) e corresponde a figuras já estabilizadas, com contornos definidos. Porém estes objetos do mundo, longe de apresentarem uma natureza fixa, estão em constante processo de transformação, pois são resultado do plano das formas com o plano movente das forças ou coletivo de forças (ESCÓSSIA e TEDESCO, 2012). O coletivo-residência de Macondo inscreve-se no plano das forças ou plano do instituinte (LOURAU, 1995), forças estas em permanente relação.

*Janela: setembro de 2013*

*No final do mês de setembro de 2013 aconteceu a reunião da saúde mental com a presença de tutores, preceptores de campo, de núcleo, gestores municipais e a coordenação da ênfase. Discutiu-se principalmente a definição dos cenários de prática básicos e complementares do percurso do residente. Ou qual a lógica, ou lógicas, que devem nortear a estruturação deste percurso. Houve um consenso sobre a importância do hospital geral como campo de prática e que a diversificação de cenários não deve ser confundida com uma possível fragmentação. Levantou-se a questão da passagem de R1 para R2 e o quanto esta envolve comprometimento da parte dos residentes no que se refere aos fechamentos nos campos com a finalização do processo avaliativo e entrega dos documentos. Uma tutora de núcleo levantou a questão de que os núcleos devem ter parâmetros em comum para determinadas exigências com os residentes, ou seja, a contratualização deve ser a mesma em todos os núcleos, no que se refere a processos avaliativos e frequência. A gestão de Macondo, presente na reunião, trouxe a experiência do município, afirmando que quando um residente não se espelha num profissional de núcleo ele cria mais. Como proposta para 2014, ficou o estabelecimento de ações para fortalecer a preceptoria de campo nos serviços.*

Acolher uma experiência que surge a partir do território de Macondo e a partir daí, replanejar ou reestruturar a forma como organizávamos até então a ênfase de Saúde Mental, visualizo como uma potência. Significa considerar a pluralidade e a diversidade desta realidade loco-regional, seus interesses e necessidades, no sentido de produzir processos de criação, mudança e inovação (PASCHE, 2006). E,

ao mesmo tempo, com capacidade para pensar coletivamente os princípios e diretrizes em comum para o planejamento das atividades da Residência.

Um sistema de saúde em rede, como exige o SUS, necessita diferenciação, esta revela-se sua principal potência, e logicamente não poderia ficar de fora os seus processos formativos.

Essa diferenciação, contudo, deve considerar pressupostos éticos e políticos, aqueles que conferem orientação e integração sistêmica. Tais pressupostos são exatamente os princípios constitucionais, como a universalidade, integralidade com ênfase na atenção básica, participação cidadã, entre outros. Sem estas linhas gerais não se conseguiria harmonizar o sistema, nem integrá-lo (PASCHE, 2006, p. 97).

Como fortalecer a integração e, ao mesmo tempo, respeitar os contextos e a diversidade? Quando a centralidade pedagógica do Programa de Residência Integrada em Saúde passa ao largo do princípio ético de acolher e produzir a diferença?

## 4.2 CURRÍCULO RESTRITO VERSUS DIFERENÇAS E DESEJOS DO TERRITÓRIO

*Janela: Junho de 2013*

*No retorno da tutoria de campo, do dia 24 de junho de 2013, a equipe de coordenação da RIS-ESP/RS, em reunião, estabeleceu entre outras tarefas, a organização do material pedagógico para a reunião com a gestão municipal de Macondo, já que ficou acertado que o município se responsabilizaria em oferecer, para os residentes, as atividades de reflexão teórica do campo da Saúde Coletiva, Saúde Mental e de núcleo. Este material integra os planos de ensino, ementas de disciplina e cadernos de registro da frequência dos residentes. Nesta tutoria percebemos também a*

*necessidade de preparar uma espécie de guia de orientações no sentido de nortear a elaboração do projeto ou plano de ação que cada residente deve desenvolver em cada serviço no qual está inserido. E sentimos que teríamos que organizar, de forma mais sistemática, as nossas idas à Macondo, pois a transferência das atividades de reflexão teórica para este território, demandaria de todos os atores envolvidos no processo um esforço extra, pois resultava em uma atribuição inédita para o município no que se refere às suas práticas de formação em saúde.*

*Janela : julho de 2013*

*Na reunião de organização pedagógica com a gestão municipal, estabelecemos os aspectos obrigatórios que integram as atividades de reflexão teórica e da própria organização da Residência, que o município teria que dar conta, em um momento de repactuação: A periodicidade quinzenal da tutoria e preceptoria de núcleo e da preceptoria de campo. A periodicidade mensal do encontro, de todos os atores do coletivo-residência. Os oito turnos obrigatórios no cenário de prática, as atividades de controle social noturnas, nos conselhos locais e as atividades culturais que o residente desenvolve, de preferência em conjunto com os usuários, no número de onze atividades ao ano. Os 85% de frequência nas atividades teóricas. A obrigatoriedade de ter um docente responsável por cada disciplina da grade curricular, e que este deve ter uma titulação mínima de especialização. E que, ao final de cada semestre, os documentos devem ser entregues na*

secretaria acadêmica da ESP, entre eles, ficha de avaliação, cadernos de chamada, etc. O que ficaria para a gestão municipal decidir seria a montagem da semana típica do Residente, ou seja, os horários e dias das atividades teóricas não precisavam ser os mesmos de Porto Alegre, Sapucaia do Sul e assim por diante. Ainda, o município poderia organizar atividades de dispersão, à distância, de caráter teórico-prático, no território ou em outros, para compor com as aulas presenciais. O início das aulas em Macondo não precisaria ser na mesma data de Porto Alegre e outros municípios. Após fechado o cronograma das aulas, este deveria ser entregue para nós, a fim de registro. A grade curricular, denominada também cronograma, seria uma lista, já elaborada em outro momento, com as disciplinas que compõe as atividades de reflexão teórica do campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, divididas entre primeiro e segundo ano, com alguns conteúdos pré-estabelecidos para determinado tema. É interessante pensar, que na mesma reunião, conversamos sobre a possibilidade de incluir trabalhadores da rede municipal nas aulas da Residência, disparando uma outra possibilidade de Educação Permanente, para além do fato dos trabalhadores que tivessem interesse e formação, também exercerem a docência. Estes novos deslocamentos produziriam desdobramentos nos modos de ensinar e aprender saúde no território. Na COREME da saúde mental do dia 15 de julho de 2013, pauta-se como informe, que as atividades de reflexão teórica de Macondo, serão desenvolvidas no município.

A Equipe de Coordenação da Residência ainda que, de uma certa forma, estimulasse a transferência de todas as atividades teóricas para o município, centralizávamos todas as decisões no que se refere às configurações pedagógicas das aulas: temas, conteúdos, carga horária para nós, em detrimento de uma possibilidade de debate com todos os atores do coletivo-residência para construção de um currículo e uma metodologia mais porosos às realidades habitadas por estes sujeitos. A gestão municipal passaria a ser a executora de uma estrutura pedagógica pensada hipoteticamente por nós, ou ao menos ditada por nós, sem possuir autonomia suficiente para realizar um desenho de forma inventiva desta nova atribuição que assumia para si.

A brecha ofertada por nós foi a sugestão e o estímulo para incluir os trabalhadores da rede municipal de saúde nesta nova atividade desenvolvida pelo município. Estava sendo oferecida a possibilidade de um novo encontro, entre tantos outros que já acontecem sem que se peça licença para alguma instância oficial do serviço ou hierarquia de alguma organização.

Portanto, se por um lado oferecemos em um currículo linear e fragmentado, com uma forte disciplinarização interna dos saberes, para que o município de Macondo desenvolva a docência no seu território, sugerimos uma abertura aos encontros e saberes já produzidos pelos habitantes de Macondo, no estabelecimento das suas práticas de cuidado em saúde. Ao mesmo tempo que, intensificamos a descentração, transferindo várias atividades para os territórios, no caso aqui Macondo, foi o período, desde a implantação da política-estratégia de descentração, de maior fomento a centralidade dos processos decisórios no plano pedagógico.

*Janela: novembro de 2013*

*Em início de novembro de 2013 realizou-se a reunião da Comissão Local de Ensino e Pesquisa (CLEP) da Saúde Mental. Foi*

informado, pela coordenação da ênfase, que haveria redução de vagas para Porto Alegre, pois no ano de 2014 estava previsto o ingresso de dois novos municípios no programa. Cogitou-se também a possibilidade de todas as atividades da Residência serem desenvolvidas pelos municípios, tanto teóricas como práticas. Esta ideia não foi bem recebida pelos gestores municipais presentes na reunião. Inclusive os gestores de Macondo trouxeram que os residentes de lá estão sentindo falta dos encontros com os residentes de outros municípios. Ficamos de pensar em conjunto outros espaços, além dos seminários, que os residentes de Macondo pudessem estar presentes. Mesmo com resistências a ideia, os presentes na reunião pensaram na possibilidade de organizar de forma diferente as atividades de reflexão teórica, pois a docência sendo desenvolvida pelo município ofereceria uma maior articulação entre teoria e prática, e a modalidade de estudos de caso, por exemplo, prestava-se a este fim. Comentou-se então o desafio de contemplar todas as realidades dos serviços nas atividades de reflexão teórica. Discutir organização curricular desdobrava-se para além da carga horária. O que é comum? O que é particular? O campo é que deveria dar a “tônica” para a organização de todo o percurso do residente, inclusive a parte teórica. Um colega pergunta: E o usuário? Ele nunca está presente nas nossas discussões.

Janela: dezembro de 2013

No final de 2013, durante o seminário de avaliação da RIS, aconteceu o seminário da ênfase de saúde mental. Alguns aspectos foram trazidos pela gestão e preceptores de Macondo e discutidos por todo o grupo que estava presente. As atividades de reflexão teórica no município necessitam trabalhar com a cultura local e precisam produzir um encadeamento entre saúde coletiva e saúde mental. Qual a relação entre os temas abordados nas aulas e o cotidiano das equipes de saúde onde estão os residentes? Os docentes trabalham de forma isolada, sem um planejamento conjunto, isto acontece tanto nas aulas de Macondo como na ESP. O grupo propôs que se realizasse um encontro ou mais de docentes. Outro tema foi processo avaliativo. Atualmente as aprendizagens são expressas através de notas, de 1 a 10, com mínimo de 7 para aprovação. Foi unânime entre o grupo, a ideia que se faz urgente repensar os instrumentos de avaliação, a tradução do processo de ensino-aprendizagem do residente em um registro que esteja de acordo com a proposta pedagógica da Residência. É preciso pensar novas propostas e novos formatos, e deixá-los registrados na forma de um projeto político-pedagógico. A formação, no seu componente prático, isto é, aquela em que se dá nos serviços, precisa estar alinhada com a proposta da RIS-ESP/RS. O município de Macondo junto com outro, comunicaram ao grupo presente que sentiram a necessidade de criar espaços de discussão para as questões mais locais da Residência. Cada município criou o seu, com uma configuração diferente. São instâncias locais, não previstas no regulamento da Residência, mas legitimada pelo coletivo-residência que a construiu.

A situação necessária para que um trabalhador ou organização decida sobre mudanças nas suas práticas cotidianas é o “incômodo que se produz no seu campo de sentido instituído” (MERHY, 2015). O coletivo-residência de Macondo expressa e produz um exercício reflexivo sobre os seus incômodos e gera novas práticas neste movimento. O ato de refletir solicita novas formas de expressão e percepção de que a forma vigente de fazer ou pensar é insatisfatória para dar conta dos desafios impostos pelo processo de trabalho. Essa percepção de insuficiência tem que ser intensa, vivida, percebida e dita. “Não se produz mediante aproximações discursivas externas” (MERHY, 2015). Ou seja, não é um processo induzido discursivamente por um agente externo. É algo que nasce do coletivo-residência: a negativa em não desenvolver atividades teóricas, para além das que já acontecem no território, e a criação de instâncias participativas não previstas no regulamento da RIS-ESP/RS.



**CONTRA - PERCURSO**

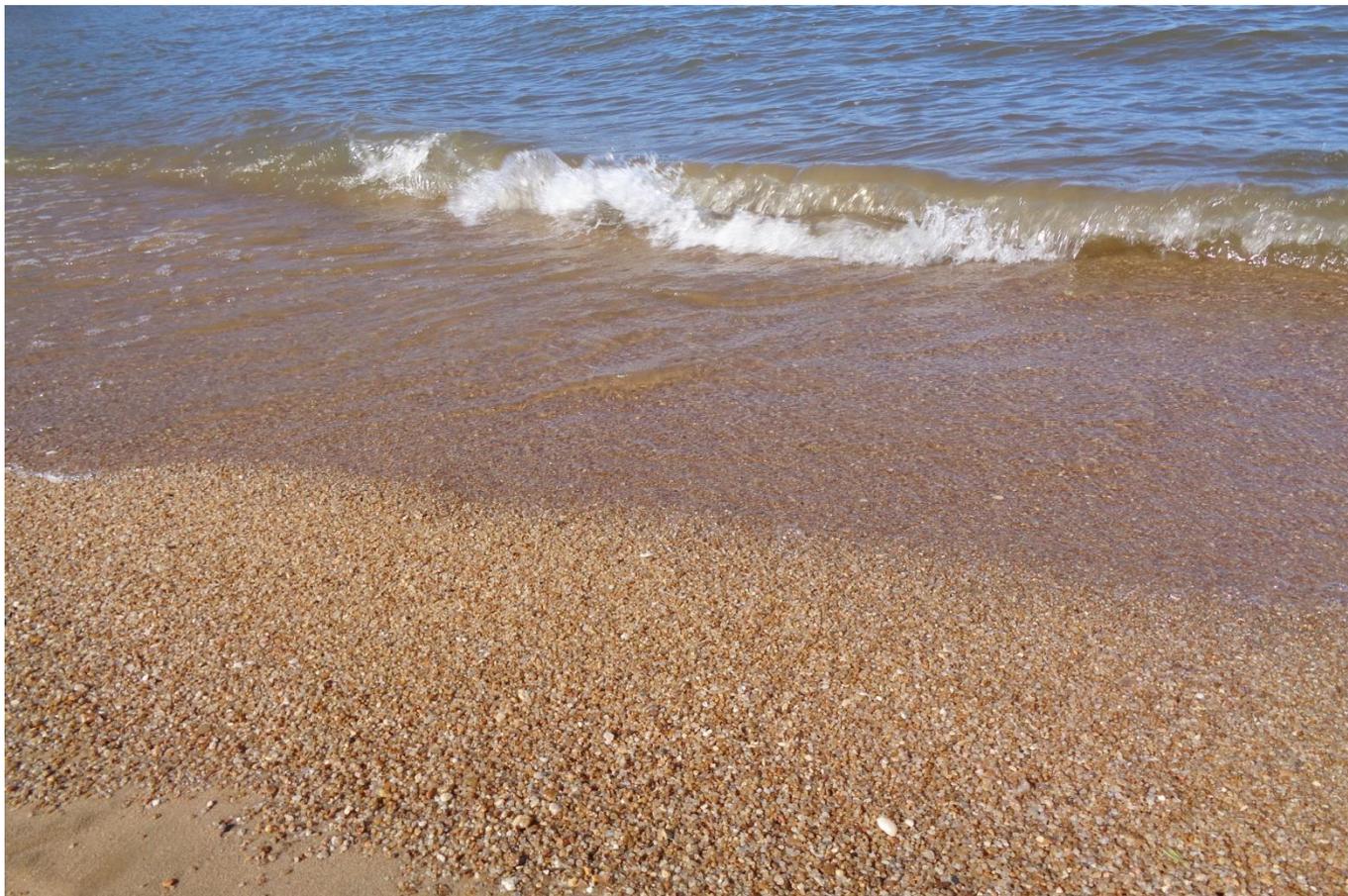
Macondo, 15 de maio de 2015

Paula Lopes Gomide Haubrich

**AO COLETIVO-RESIDÊNCIA DE MACONDO,**

A inevitável dor conforta  
 Do silêncio ecoa  
 As múltiplas vozes.  
 Ao abrir a janela  
 O contraditório se revela  
 No relevo da tarde sombria.  
 Há produção de vida  
 Onde repousam  
 As borboletas mortas.  
 Há fim,  
 Aonde se dá  
 Infinitamente  
 O início.

Paula P



Ir e Vir

Macondo, 15 de maio de 2015

Paula Lopes Gomide Haubrich

*...aquilo que ele procurava estava diante de si, e, mesmo que se tratasse do passado, era um passado que mudava à medida que ele prosseguia a sua viagem, porque o passado do viajante muda de acordo com o itinerário realizado...*

*Ao chegar a uma nova cidade, o viajante reencontra um passado que não lembrava existir: a surpresa daquilo que você deixou de ser ou deixou de possuir revela-se nos lugares estranhos, não nos conhecidos.*

(Trecho da obra *As cidades invisíveis*, de Ítalo Calvino)

## **5. A MUDANÇA DO PASSADO E OS FUTUROS NÃO REALIZADOS: É TEMPO DE APAGAR CAMINHOS**

Ao longo deste estudo procurei dizer das tensões e contradições presentes na descentração da RIS-ESP/RS. Quando a ESP/RS propõe e interioriza o seu Programa de Residência para outros territórios, se fortalece enquanto instituição formadora para o SUS, na medida em que fortalece o território e as redes produtoras de saúde aí estabelecidas, pois valoriza as experiências locais e, por isso, singulares, na configuração de um processo de ensino-aprendizagem, que tenha como ponto de partida a vida dos atores sociais destes múltiplos espaços.

Há sempre presente um aspecto dual, paradoxal no horizonte da descentração da RIS-ESP/RS. São potências e fragilidades: Como potência deste movimento, visualizo a proximidade e o cuidado para com os usuários no seu território; a possibilidade do programa de Residência se organizar de acordo com a realidade regional e local; a legitimidade e responsabilidade das instâncias de gestão locais no processo de implantação, organização e condução da Residência; e o fortalecimento da rede de saúde no território, com o fomento de ações intersetoriais no plano terapêutico de cuidado e no plano pedagógico da Residência, tanto individual como coletivo.

E nas suas fragilidades, a possibilidade dos municípios não darem conta do desafio de organizar de implementar o ensino em serviço, entre tantas atribuições já postas pela descentralização das ações em saúde, gerando um enfraquecimento das estruturas artesanalmente criadas pelo coletivo-residência para acolher a Residência no território; a possível fragmentação da Residência Integrada em Saúde, na medida em que se consideram apenas as singularidades locais em detrimento dos princípios pedagógicos e políticos; e, por último, e em virtude dos demais, os desafios de realizar a coordenação de um Programa de Residência Integrado e, ao mesmo tempo, descentralizado.

A equipe de Coordenação da Residência Integrada em Saúde possui a tarefa de conduzir a política-estratégia de descentração dos seus campos de formação, legitimando espaços compartilhados entre todos os atores do coletivo-residência, para a implantação, desenvolvimento e avaliação da Residência Integrada em Saúde, nos múltiplos territórios que a mesma habita.

A política-estratégia, narrada-cartografada neste percurso, buscou ser entendida sobre uma superfície geográfica e disposta sob múltiplos modos de existir. A política-estratégia ingressou nos territórios e os territórios ingressaram na política-estratégia. Ela experimentou processos de des-re-territorialização, assim como o coletivo-residência, a partir de conexões entre fluxos heterogêneos. Narrar/cartografar, aqui, significou construir um mapa parcial e inacabado destes fluxos, dessas linhas e as possibilidades por elas inauguradas, na implementação da descentração da RIS-ESP/RS.

Quando nos lançamos a um percurso narrativo e cartográfico o passado se modifica, pois ao narrar os acontecimentos, produzimos novas realidades sobre os mesmos. O passado reconfigura-se rompendo com os limites do espaço e do tempo. Ao passo que percebemos que o futuro não realiza-se da forma exata como o imaginamos, pois vivemos inevitavelmente co-engendrados entre seres, territórios e situações. A realização da projeção será sempre parcial, pois somos balizados pelos múltiplos intervires do caminho.

Finalizo com as palavras de António Nóvoa, na sua *Carta a um jovem investigador em Educação* (2015, p. 17),

A escrita ajuda-nos a conhecer os nossos limites. Não há nada pior para um jovem investigador do que a incapacidade para pôr ponto final no seu trabalho, seja por uma atitude excessivamente autocrítica, seja pela busca de uma perfeição ilusória, seja pelo receio da exposição pública, seja pela mistura de tudo isto. O dilema só se resolve no dia em que percebemos que não há texto perfeito, nem definitivo, no dia em que sentirmos, na nossa escrita, que temos alguma coisa de importante e de significativo para partilhar com os outros.

É tempo de apagar caminhos e recomeçar. Sem medos. Ponto final.

**À CRISTIANNE,**

Herdeira de Fridas,  
Mafaldas, Clarices, Pagus  
e Marias.  
Gosta de andar em bando,  
À frente.  
Desorientas meticulosamente,  
Carinhosamente,  
Fielmente.  
Parceira de travessia,  
nas tormentas,  
em noites frias,  
nos desertos áridos,  
em trilhas íngremes,  
nas montanhas sem fim.  
Dona da resposta mais rápida,  
da gargalhada mais livre,  
do olhar que atravessa, do  
abraço mais forte e  
da pergunta mais dolorosa  
de todas – O que  
fazemos deste mundo?  
Procurei fazer  
Aquilo que me pediste  
Te desobedeci  
Do início ao fim

Paula P



Travessia

Macondo, dezembro de 2013  
Paula Lopes Gomide Haubrich

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A. Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ARANTES, Esther Maria de M. Por que uma carta? . In: FONSECA, T. M.G.; ARANTES, E. M. de M. (Orgs.). **Cartas a Foucault**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. GERSCHMAN, S. e VIANNA, M. L. W. (Orgs.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

BARROS, L. M. R. de e BARROS, M. E. B. de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal**, Ver. Psicol., v. 25, n. 2, p. 373-390, maio/ago, 2013.

BENJAMIN, Walter. Magia e técnica, arte e política. In: BENJAMIN, Walter. **Obras escolhidas**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CALVINO, Ítalo. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Cia. das Letras, 2014

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Esterman (Org.). **Saúde e Sexualidade na Escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-51.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos em saúde” leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; MAYER, Manoel Jr. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, Roseni; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva. (Orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011. p. 257-292.

CERQUEIRA, Paula; BRANT, Victoria; TALLEMBERG, Claudia; VIANNA, Leila; MARTUCHELLI, Edneia T. Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; SILVA, Aluísio G. Jr.; MATTOS, Ruben A. **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/LAPPIS/UERJ/ABRASCO, 2007.

CERQUEIRA, P. e MERHY, E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO. Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Ed. Rede Unida, 2014.

CORAZZA, Sandra. **O que quer um currículo?** Pesquisas pós-críticas em educação. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas**. Porto Alegre: UFRGS,

2013. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo a esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v. 1.

DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo a esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997. v. 5.

ESCÓSSIA L. da e TEDESCO S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.) **Pistas do método da cartografia**. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FERREIRA, Silvia R. & OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

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

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.427-38, set/dez. 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GUATTARI, Félix & ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

GULLAR, Ferreira. **Melhores poemas**. Sel. Alfredo Bosi. 6. ed. São Paulo: Global, 2000.

HAESBERT, Rogério & BRUCE, Glauco. A Desterritorialização na obra de Deleuze e Guatarri. Disponível em:

<<http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/viewFile/74/72>>

Acesso em: 01 ago. 2014.

HOUAISS. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: objetiva, 2010.

IOZZI, Fabíola L. & ALBUQUERQUE, Mariana V. de. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, Ana Luiza D; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M. (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.6, n.1, p.17-27, jan/jun. 2001.

KASTRUP, V. e BARROS, R. B. de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.) **Pistas do método da cartografia**. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LAPOUJADE, D. **William James**: empirisme et pragmatisme. Paris: Lês empêcheurs de penser em rond, 1997.

LARROSA, Jorge & KOHAN, Walter. Apresentação da coleção. In: RANCIÈRE, Jacques. **O mestre ignorante**: cinco lições sobre a emancipação intelectual. 3. Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. 20.ed. São Paulo: Ática, 2000.

LUCENA, K. de C. Os caminhos de Aracataca a Macondo. In: **ANTARES**, nº1, jan-jun, 2009.

MACHADO, Cristiani V. & VIANA, Ana Luiza D. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, Ana Luiza D; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M. (orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MARQUEZ, Gabriel Garcia. **Cem anos de solidão**. 90ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

MEHRY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido. In: MEHRY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

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

MERHY, Emerson Elias. Educação permanente em movimento-uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, 2015; nº1, v. 1, p. 7-14.

MERHY, Emerson Elias. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C. ; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MEYER, Dagmar; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele de F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.17, n.47, p.859-71, out/dez. 2013.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

NÓVOA, António. Carta a um jovem investigador em educação. **Investigar em educação**, IIª série, nº3, 2015.

OLIVEIRA, Thiago R. M. Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em Educação. In: MEYER, Dagmar & PARAÍSO, Marlucy A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

OSTETTO, L. E. e BERNARDES, R. K. Modos de falar de si: a dimensão estética nas narrativas cartográficas. **Pro-posições**, v.26, nº1 (76), p. 161-178, jan/abr, 2015.

PAGLIOSA, Fernando Luiz & Da ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p. 492-499, out/dez. 2008.

PALHA, Pedro F. & VILLA, Tereza C. S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.37, n.3, p.19-26, set.2003.

PARAÍSO, Marlucy A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar & PARAÍSO, Marlucy A. (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

PASCHE, D. F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D. F. e CRUZ I. B. M. da. (Orgs.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, Eduardo & BARROS, Regina B. de. Diário de bordo de uma viagem intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ROCHA, Cristianne M. Famer. **A escola na mídia: nada fora do controle**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 302 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROSSONI, Eloá. **Formação Multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. 223 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós- Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SADE, C.; FERRAZ, G. C. ; ROCHA, J. M.. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento na potência de agir. **Fractal**, Ver. Psicol., v. 25, n. 2, p. 373-390, maio/ago, 2013.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo - razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, Tomaz T. da. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, Tomaz, T. da. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SILVEIRA, María Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, Ana Luiza D; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M. (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

SOUZA, S. J. e e KRAMER, S. Experiência humana, história de vida e pesquisa; um estudo da narrativa, leitura e escrita de professores. In: KRAMER, S. e SOUZA, S. J. e. (Orgs.). **Histórias de professores. Leitura, escrita e pesquisa em educação**. São Paulo: Ática, 2003.

TEDESCO, S. H. ; SADE, C. ; CALIMAN, L. V.. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal**, Ver. Psicol., v. 25, n. 2, p. 373-390, maio/ago, 2013.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medeiros; MELLO, Vânia Roseli Correa. Resgate da Memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n.1, p.117-123, 2003.

VASCONCELOS, M. F. F. e PAULON, S. M. Instituição em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 222-234.

## APÊNDICE A: LEGISLAÇÃO

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D80281.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6932**, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080**, 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://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 01 ago. 2014

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8142**, 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude, altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 2117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível

em:<<http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2117.htm>.>  
Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível

em:<[http://www.portal.mec.gov.br/sesu/arquivosdf/residencia/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://www.portal.mec.gov.br/sesu/arquivosdf/residencia/portaria_45_2007.pdf).>  
Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Disponível

em:<[http://www.portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria\\_506\\_08.pdf](http://www.portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf).>  
> Acesso em: 01 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 1077, 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. Disponível

em:<[http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria\\_1077.pdf](http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/docs/legislacao/portaria_1077.pdf).>  
> Acesso em: 01 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. Disponível

em:<[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1\\_16portaria016.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf).> Acesso em: 01 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 11.789**, de 17 de maio de 2002. Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o Programa de Bolsas de Estudos para

a Residência Integrada em Saúde. Disponível

em:<[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1\\_24lei11789.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_24lei11789.pdf)> Acesso em: 01 jul. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 71 de 24 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento do Programa de Residência Integrada em Saúde.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde:2012-**  
2015. Porto Alegre, 2013. Disponível

em:<[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302\\_PES%202012-2015%20FINAL.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf)> Acesso em: 01 jul. 2014.