

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DANIELA DALLEGRAVE

**NO OLHO DO FURACÃO, NA ILHA DA FANTASIA:
A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde**

Porto Alegre

2008

DANIELA DALLEGRAVE

**NO OLHO DO FURACÃO, NA ILHA DA FANTASIA:
A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria
Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2008

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

D146n Dallegrave, Daniela

No olho do furacão, na ilha da fantasia : a invenção da
residência multiprofissional em saúde [manuscrito] / Daniela
Dallegrave. – 2008.

f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

Orientação: Maria Henriqueta Luce Kruse.

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Internato
e residência. 3. Integralidade – Sistema Único de Saúde. I.
Kruse, Maria Henriqueta Luce, orient. II. Título.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Aos Residentes que

... ensinam-me muito todos os dias;
... com sua pressa, mostram-me que ainda há muito por fazer;
... com seus ideários, renovam os meus;
... com sua vitalidade e vontade,
relembrem-me que o mais importante é lutar pela vida.

DANIELA DALLEGRAVE

NO OLHO DO FURACÃO, NA ILHA DA FANTASIA: A INVENÇÃO DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

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

Aprovada em Porto Alegre, 14 de Março de 2008.

BANCA EXAMINADORA



Profa Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Presidente – Orientadora

Escola de Enfermagem – UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro

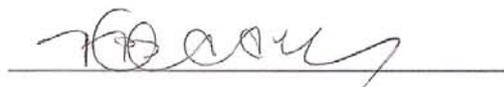
EEnf/UFRGS



Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Membro

PPGenf/UFRGS



Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Membro

EDU/UFRGS

“SOU FELIZ E AGRADEÇO POR TUDO QUE DEUS ME DEU”¹

À minha orientadora Maria Henriqueta Luce Kruse, por acreditar e investir em mim.

À banca examinadora desta dissertação: Cristine, Dagmar e Ricardo. Por filiarem-se ao meu trabalho e colocarem-se como edificadores deste sonho, até pouco tempo, impensável.

Ao meu marido, companheiro, namorado, amante, amigo, parceiro e muitas coisas mais... Juliano: obrigada pela paciência, pelos carinhos, por segurar a minha onda, por criticar nas horas certas, por me fazer feliz, por me dar um filho, por...

Ao meu bebê, meu gurizão, meu Bernardo, que, embora ainda esteja na minha barriga, já me dá muita força.

Aos meus pais, Danilo e Angela, que mesmo algumas vezes estando longe, estavam sempre por perto... Que orgulham-se incondicionalmente pelas minhas pequenas vitórias.

Ao meu sogro Odilo, minha sogra Marli e meus cunhados e padrinhos Anderson, Evandro e Ivan: expansão da minha família. Agradecimento especial ao Odilo que carinhosamente fez a revisão ortográfica da minha dissertação e à Marli que acalentou algumas das minhas ansiedades com maravilhosos docinhos.

Aos colegas de trabalho e amigos da Unidade de Saúde Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, que me receberam como residente e agora como contratada. Agradeço especialmente pela flexibilidade de horário e de atividades que tive para poder concluir este mestrado. Não tenho palavras para expressar o quanto o carinho de todos me faz bem, me alimenta, me sustenta.

À coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária e amiga Edelves, por ser exemplo, por interessar-se em mim, por ler e criticar os meus escritos, por estar sempre disposta a ouvir-me.

Aos usuários, que me ensinam diariamente que algumas coisas funcionam para os livros e que outras funcionam para a nossa vida. Agradeço às mulheres do Grupo Fazendo Arte da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina, especialmente à dona Leda (inspiradora para a criação do grupo), que me ensinaram a fazer crochê, o que muito

¹ Zeca Pagodinho. Deixa a Vida me Levar. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/zeca-pagodinho/deixa-a-vida-me-levar.html>. Acesso em: 23 fev. 2008.

ajudou a aliviar alguns estresses (pena que eu não aprendi a fazer sapato de bebê! Faltei essa aula...).

Agradecimento especial aos usuários da Unidade Jardim Itu que com sua garra e luta por uma saúde de qualidade, me fazem ser curiosa e buscar fazer sempre mais, aprender sempre mais com suas complexas demandas.

Aos amigos da Unidade de Saúde Jardim Leopoldina. Saudade, saudade, saudade. Especialmente daquelas que não estão mais: Ângela e Ramira.

Ao nosso grupo de orientação que cada vez cresce mais: Fernanda, Flávia, Helen, Karen, Kelly, Lydia, Lisiane, Mariene e Rubia (e bebê). Valeu gurias! Há muito de Foucault para aprendermos ainda.

RESUMO

Trata da Residência Multiprofissional em Saúde como uma invenção cultural constituída a partir do Sistema Único de Saúde. A dissertação foi elaborada a partir do referencial teórico pós-estruturalista, utilizando as ferramentas analisadoras propostas por Michel Foucault, quais sejam: norma, discurso, poder e dispositivo. A partir dessa vertente, aponta que essa invenção cultural se deu com a edificação de discursos que falam sobre o que a Residência é ou deveria ser. O texto não tem o objetivo de estabelecer verdades sobre a proposta de formação de profissionais de saúde. Apenas procura mostrar como se apresenta nos materiais produzidos e veiculados pelo Estado, pelos residentes, pelos profissionais de saúde, pelos programas de Residência e pelos médicos (residentes ou não). Nas análises, observa-se que os discursos dividem-se entre aqueles que falam a favor e contra a proposta, sendo que neste último estão as matérias produzidas pela categoria médica. Falam contra a proposta os experts, médicos, geralmente homens, que ocupam espaços de poder na categoria. A favor sujeitos sem distinção de gênero que enunciam sobre a Residência, articulando-a com outros poderosos discursos como o da Integralidade, o do Sistema Único de Saúde, o do trabalho em equipe e o da Reforma Universitária. Este estudo pretende provocar nos seus leitores/interlocutores a inquietação e a desestabilização de verdades sobre a Residência Multiprofissional em Saúde tão caprichosamente sedimentadas em nossa cultura.

Descritores: Internato não médico. Educação. Poder.

ABSTRACT

IN THE EYE OF THE HURRICANE, IN THE FANTASY ISLAND:

The invention of Multiprofessional Residence in Health

The following work is about Multiprofessional Residence in Health as a cultural invention built upon SUS (Sistema Único de Saúde, Brazilian Health Care system). This dissertation was elaborated from post-structuralist theoretical data, using the analytical tools as proposed by Michel Foucault, as follows: norm, discourse, power and device. Such trend points out that this cultural invention occurred with the edification of discourses on what a Residence is and what it should be. This text has no intention of establishing truths about the proposition of the formation of health care professionals. It just attempts to show how it is presented in the produced materials advertised by the State, by the residents, professionals in health, Residence Programs and by the doctors (residents or not). In the analysis, it has been observed that the discourses split in those who are in favor and those against the proposition, in the latter category are those materials produced by the medical category. Those who speak against the proposition are the **experts**, doctors, generally men, who occupy positions of power in the medical category. On the other hand, there are those in favor of the proposition, a group composed of people, regardless of gender, who talk about Residence, articulating it with other powerful discourses such as integrality, Brazilian's Health System (SUS), team work and university reforms. This study seeks to provoke in its readers/participants some restlessness and the unbalancing of truths about Multiprofessional Residence in Health, which are so thoroughly set in our culture.

Keywords: Non-medical Internship, education, power.

RESUMEN

NO OLHO DO FURACÃO, NA ILHA DA FANTASIA:

(EN EL OJO DEL HURACÁN, EN LA ISLA DE LA FANTASÍA)

La invención de la Residencia Multiprofesional en la Salud

Trata de la Residencia Multiprofesional en la Salud como una invención cultural constituida a partir del Sistema Único de Salud. La disertación se elaboró a partir del referencial teórico posestructuralista, utilizando las herramientas analizadoras propuestas por Michel Foucault, son ellas: norma, discurso, poder y dispositivo. A partir de esa vertiente, señala que esa invención cultural ocurrió con la edificación de discursos que se refieren a lo que la Residencia eso debería ser. El texto no tiene el objetivo de establecer verdades sobre la propuesta de formación de profesionales de la salud. Solamente intenta mostrar cómo se presenta en los materiales producidos y difundidos por el Estado, por los residentes, por los profesionales de la salud, por los programas de Residencia y por los médicos (residentes o no). En los análisis, se observa que los discursos se dividen entre aquellos que hablan a favor y en contra de la propuesta, siendo que en este último están las materias producidas por la categoría médica. Hablan en contra de la propuesta los *expertos*, médicos, generalmente hombres, que ocupan espacios de poder en la categoría. A favor, sujetos sin distinción de género que enuncian sobre la Residencia, articulándola con otros poderosos discursos como el de la integralidad, el del Sistema Único de Salud, el del trabajo en equipo y el de la Reforma Universitaria. Este estudio posibilita provocar en sus lectores/interlocutores la inquietud y la desestabilización de las verdades sobre la Residencia Multiprofesional en la Salud tan esmeradamente sedimentadas en nuestra cultura.

Palabras clave: Internado no médico, educación, poder.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Desenho “Residente qualificado para o SUS”	45
Figura 2: Capa revista VOX Médica	56
Figura 3: Capa da SIMERS em Revista	58

SUMÁRIO

1 “EU VIM AQUI PARA LHE DIZER”	13
2 “QUERO LHE CONTAR COMO EU VIVI E TUDO QUE ACONTECEU COMIGO” .	17
3 “CAMINHANDO CONTRA O VENTO”	27
4 COLOCANDO “OUTRO TIJOLO SOBRE O MURO”	37
4.1 “Brasil, mostra a tua cara”: o discurso oficial.....	38
4.2 “Alí onde todos calam, ele fala” : bem vindo, residente!.....	44
4.3 Residência role-models: o discurso dos profissionais de saúde e dos programas de residência	49
4.4 “Eu vivia, isolado do mundo”: o discurso dos médicos	55
5 “SEM SABER QUE O PRA SEMPRE, SEMPRE ACABA”	69
MEUS LENÇOS E DOCUMENTOS	72
APÊNDICE - Corpus de análise	83

1 “EU VIM AQUI PARA LHE DIZER”²

*No olho do furacão, na ilha da fantasia*³, ou talvez um turbilhão e no instante seguinte, uma calmaria... Um olho de furacão, que por onde passa arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece. Uma ilha da fantasia, onde tudo é possível, onde não há limites para o sonho. O título desta dissertação, assim como o título das sessões são extraídos de músicas, na tentativa de que estes escritos, assim como as músicas escolhidas, façam arrepiar a pele como uma lufada de vento, provocando nela tanto modificações visíveis como sensações.

Deixar fluir, fazer pensar, dar asas à imaginação... Constituir um problema de pesquisa, desenhá-lo, preenchê-lo. Onde é o começo disto? Quando é o momento em que acontece a dobra, onde aquilo que é externo entra e, neste movimento, modifica as relações, subjetiva e transforma pensamentos? O que constitui isto? O que sustenta isto? Ao refletir sobre isto, sobre o ato de envolver-se com algo, de incomodar-se, sobre como se dá o processo complexo e individual, por vezes solitário, por vezes na solidão, de pensar o processo de construção de um problema de pesquisa - mais precisamente desta pesquisa – não tenho a intenção de buscar respostas “precisas” e “certezas”. Até por que, será que é preciso encontrá-las?

Neste exercício, lembro-me de meu semblante surpreso ao ouvir uma professora, que muito me ensinou e constituiu parte dos princípios e convicções profissionais que tenho hoje, dizer, em tom de vitória política, que a “Residência de Enfermagem” da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul estava novamente em funcionamento (referia-se ao Programa de Residência Integrada em Saúde, Instituído pela Portaria Estadual nº 16/99. (RIO GRANDE DO SUL, 2001). Lembro nitidamente do cenário a nossa volta: uma maca, alguns medicamentos, uma balança, estetoscópio... Um típico ambiente hospitalar? Não! Um posto de saúde e eu, uma enfermeira aprendiz, alguém em busca de uma identidade profissional.

² Tim Maia. “Guiné Bissau, Moçambique e Angola”. Disponível em <http://www.tim-maia.letas.terra.com.br/letas/618641/>. Acesso em: 21 out. 2006.

³ Engenheiros do Hawaii. “Quanto vale a vida”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/engenheiros-do-hawaii/quanto-vale-a-vida.html>. Acesso em 26 de maio de 2007.

Como já dito, não entendia muito bem do que se tratava a Residência de Enfermagem a que ela se referia e, embalada pelos discursos que me constituíam, lembro-me que questionei: essa tal de Residência não é só para médicos? Fui, então, surpreendida com a resposta de que se tratava da formação em serviço para profissionais de diversas áreas, inclusive a enfermagem.

Pergunto-me agora que mecanismos de subjetivação atuaram naquele momento a ponto de me constituir e ter produzidos motivos para que eu buscasse este tipo de pós-graduação, mais especificamente em Saúde da Família e Comunidade, a qual tem seu campo de atuação predominante nos postos de saúde? Será que este foi o começo desta Dissertação? Será que este foi o gatilho para a minha busca profissional?

Penso também que, assim como aquelas breves palavras produziram efeitos em mim, isto é, reverberaram, aquilo que é dito, escrito e as coisas que constituem o corpus dos discursos acerca da Residência Integrada/Multiprofissional⁴ em Saúde e que são veiculados, inventados e reinventados por diversos meios de comunicação, constroem identidades profissionais e também constituem essa Residência.

Esses efeitos foram potencializados pela minha vivência como residente do Grupo Hospitalar Conceição, e pela participação no Grupo de Trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre para a construção de um novo programa de Residência. Hoje, situada no mundo do trabalho, mais precisamente no mesmo lugar em que fui residente, tenho a oportunidade de participar na orientação de enfermeiras, dentistas, assistentes sociais e médicos residentes. Assim, entendo-me também como constituinte desta Residência e destes residentes.

Destaco tais passagens de minha vida acadêmica e profissional para explicar, apesar de não ter a pretensão de delimitar um começo *único* de tudo isso, que a motivação para este estudo foi se construindo também a partir de questionamentos na minha vivência enquanto enfermeira residente e definindo seus contornos com a participação no movimento local e nacional de residentes.

Considero que este Movimento é polifônico, pois se constitui da relação de múltiplas vozes: residentes, educadores/preceptores, corporações profissionais,

⁴ Existem diferenças conceituais e pedagógicas entre a Residência Integrada em Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde, as quais tentarei explicitar mais a frente. Para fins de análise, optei por utilizar os dois termos conjuntamente, sendo grafado como segue: Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde.

gestores locais e nacionais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Essas vozes evidenciam os diferentes olhares das profissões da saúde e as concepções que a formação em serviço – modalidade Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde - carrega, emergindo daí as seguintes questões: que discursos circulam sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde? Quais as condições de possibilidade da existência destes discursos? Como e com quais discursos se articulam? Quem está autorizado a falar sobre este assunto? De onde os autores falam? Para quem? A favor de quê? Contra o quê?

Para responder a estas perguntas utilizo algumas idéias de Michel Foucault, especialmente aquelas que se referem às ferramentas de análise norma, poder, discurso e dispositivo.

Apresento, na seção que chamo *Quero lhe contar como eu vivi e tudo o que aconteceu comigo*, uma breve revisão da literatura que trata das Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde. Escolhi essa música para intitular o capítulo porque muitas vezes escreverei sobre aquilo que já vivi, haja vista que o assunto é relativamente jovem nas publicações de grande circulação, ou seja, aquelas que autorizam o discurso possível. Falo também da evolução legal deste tipo de formação. Esclareço que tomo evolução aqui não como algo que “sobe”, ou que melhora, ou seja, algo somente positivo. Utilizarei esta palavra para edificar a trama histórica com as suas relativas condições de possibilidade. Como pretendo analisar materiais veiculados pela mídia escrita, bem como textos oficiais, discorro sobre este poderoso instrumento de veiculação de saber e poder.

No capítulo denominado *Caminhando contra o vento* apresento os estudos culturais e as idéias de Michel Foucault, os quais me servem de alicerce no percurso de pesquisa que trilhei. Neste lugar, destaco também as ferramentas analisadoras que balizaram as análises do estudo.

No capítulo *Colocando “outro tijolo sobre o muro”* apresento a análise que construí a partir das fontes utilizadas. Divido este capítulo em quatro partes, as quais se denominam *Brasil, mostra a tua cara* (onde discuto o discurso do governo, das políticas de educação e de saúde referentes à Residência Integrada/Multiprofissional); *Ali onde todos calam, ele fala* (referente ao discurso dos residentes de diversas profissões); *Residência Role-Models* (o discurso das corporações profissionais e dos programas de Residência) e *Eu vivia, isolado do mundo* (o discurso dos médicos, médicos residentes e das entidades médicas).

Entendendo o caráter provisório dos discursos, construí um fechamento para essa dissertação que em nada se pretende prescritivo ou constitutivo de verdades permanentes porque bem sei que *Sem Saber que o pra Sempre, Sempre Acaba*, algumas coisas podem ser ditas e outras não. Que na ordem discursiva onde me encontro e na perspectiva à qual me filiei para a construção destes escritos não é possível falar de verdades universais, mas em efeitos de verdade que se relacionam com o poder que circula em nossa sociedade.

Por último, apresento algumas das fontes que me constituíram/constituem – *Meus lenços e documentos* - e auxiliaram na escrita deste trabalho, bem como a lista de materiais que utilizei como *corpus* de análise.

2 “QUERO LHE CONTAR COMO EU VIVI E TUDO QUE ACONTECEU COMIGO”⁵

Entendendo que nada do que somos vem de dentro de nós mesmos de maneira inata e que tudo o que foi vivido, as mudanças operadas pelas experiências que tive, os livros, artigos e reportagens que li, me constituíram como sujeito, trago uma das idéias de Deleuze (2006, p. 107): “é como se as relações do lado de fora se dobrassem, se curvassem para formar um forro e deixar surgir uma relação consigo, constituir um lado de dentro que se escava e desenvolve segundo uma dimensão própria” e, como tal me fazem ser o que sou e a pensar o que penso.

Embasada na literatura e contando como eu vivi e o que aconteceu comigo, transitarei pelo tema da Residência, que é considerada uma modalidade de formação profissional em nível de pós-graduação *latu sensu* e utiliza como metodologia a formação em serviço mediante acompanhamento e supervisão (CECCIM; FERLA, 2003).

Historicamente, no Brasil, a modalidade de ensino denominada Residência consolidou-se como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade, por prática liberal individual, curativa e privada, característicos desta profissão da área da saúde (BRASIL, 2004b). De acordo com Ceccim (2006, p.2) “haveria a necessidade de pensarmos a especialidade não apenas em relação a si mesma, mas em relação ao conhecimento maior e mais complexo do campo em que se insere uma profissão e uma especialidade”. Os jogos e as relações de poder implicados com esse modelo sanitário, onde somente o profissional médico é capaz de curar e onde o especialista é alguém capaz de conhecer intrinsecamente a menor parte possível de um todo, são bastante poderosos e operam na manutenção de muitos discursos da área da saúde. É a partir deste lugar que a Residência Médica coloca-se como um ritual possível de representar a passagem do estudante à vida profissional.

O ritual, para Foucault (2003), opera superficialmente e visivelmente como sistema de restrição do discurso, neste caso do discurso médico corporativo, do discurso da saúde privada e do discurso das especialidades. Nesses, a troca e a

⁵ Elis Regina. “Como Nossos Pais”. Disponível em <http://vagalume.uol.com.br/elis-regina/como-nossos-pais.html>. Acesso 01-12-2006

comunicação atuam como forma de perpetuação do discurso, limitando o que pode ser dito, por quem pode ser dito e em que circunstâncias, “sem que seus detentores sejam despossuídos por essa distribuição” (FOUCAULT, 2003, p. 39). No meu entendimento e a partir deste referencial, a Residência Médica constitui-se como *sociedade de discurso*, que se limita a determinados indivíduos, onde os discursos só podem circular entre os pares, os que estão autorizados (FOUCAULT, 2003).

Há uma predominância de “fórmulas, textos, conjuntos ritualizados de discursos que se narram conforme circunstâncias bem determinadas; coisas ditas uma vez e que se conservam, porque nelas se imagina haver algo como um segredo ou uma riqueza” (FOUCAULT, 2003, p.22). Um exemplo é a palavra Residência. Apesar de haver diversas profissões que se utilizam desta palavra (que traz consigo um conjunto de saberes e poderes), incluindo-se profissões que não são usualmente reconhecidas como pertencentes à área da saúde, como o direito, a pedagogia, a agronomia e a engenharia civil, existe uma apropriação deste substantivo pela categoria médica, a partir do Decreto 80.281/77 e da Lei 6.932/81, que define a Residência Médica como uma modalidade de ensino destinada a médicos (FEUERWERKER, 1998).

Com a manutenção desta expressão como “coisa de médico”, percebe-se que ela carrega também os sentidos ritualísticos de formação de médico e especialista, para o sistema privado de saúde. Para Foucault (2003, p. 40), “mesmo na ordem do discurso verdadeiro, mesmo na ordem do discurso publicado e livre de qualquer ritual, se exercem ainda formas de apropriação do segredo e não-permutabilidade”.

Neste sentido, também a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde coloca-se nessa posição de ritual, porém constitui-se mais como doutrina. Por que penso em doutrina? Doutrina, para Foucault (2003, p. 42), constitui o inverso das sociedades de discurso, pois ela “tende a difundir-se; e é pela partilha de um só e mesmo conjunto de discursos que indivíduos definem sua pertença recíproca”. Ainda hoje, quase 30 anos após a sua criação, tal modelo busca sua legitimação frente às sociedades civil e corporativa, alicerça-se, e também constitui outros poderosos discursos: o do Sistema Único de Saúde (SUS), o da Integralidade e o do trabalho em equipe. É o conjunto de discursos sobre o SUS que dá a liga ao grupo multiprofissional, porque a doutrina “vale sempre como o sinal, a manifestação e o instrumento de uma pertença prévia” (FOUCAULT, 2003).

No ano de 1979, o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva e Social (PAR) foi criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), aproveitando o Treinamento Avançado em Serviço, o qual era desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública, desde 1977, com profissionais de diferentes áreas, constituindo-se como um dos embriões da atual Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. Três anos depois, o financiamento foi extinto para residentes ditos não-médicos, os quais também estavam com dificuldade para definir um campo de atuação prática multiprofissional (ABRASCO, 1984). Naquele momento não havia força política para mudar esse cenário hegemônico, nem, tão pouco, poder social para isso.

Nessa época, pré-constituição de 1988, o Brasil vivia um intenso movimento de democratização da saúde, mais conhecido como movimento da Reforma Sanitária (COSTA, 2003). Vale lembrar que muitos dos profissionais que lideraram o movimento da Reforma Sanitária foram formados dentro das Residências (DE CAMPOS, 2000).

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual se constituiu em marco histórico para o setor da saúde no Brasil, culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, uma mudança de paradigma na assistência à saúde. Dentre os princípios do SUS estão a universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; participação da comunidade; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência (BRASIL, 1990).

Pensando que, antes da Constituição e da Lei Orgânica nº 8.080, a palavra integralidade não fazia parte do vocabulário da saúde, posso arriscar dizer que a integralidade é uma invenção do SUS. Mas o que seria isso? Hoje temos inúmeras tentativas de atribuição de sentido a esta palavra. O que se pode dizer é que não se tem uma única definição e, de acordo com Mattos (2006, p.2), “talvez não devemos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo”. Isto pode significar, ao mesmo tempo, fragilidade e potencialidade (CAMARGO JR., 2006). Assim, a cada sentido que se atribui, descobre-se que outros podem ser inventados e isto pode não ter um fim (e talvez não se queira este fim!). Um exemplo desta atribuição de sentidos à Integralidade pode ser localizada nas produções do Laboratório de Pesquisas e

Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), às quais hoje alicerçam a formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, os integrantes do LAPPIS constituem-se como fundadores da discursividade sobre a Integralidade, isto é, o discurso produzido abriu espaço para outra coisa diferente dele e que, no entanto, pertence ao que aquele discurso fundou (ROUANET et al, 1996).

O que quero dizer com isto é que a nova discursividade introduzida sobre o SUS e, no caso das Residências, sobre a integralidade, apoiada pela demanda das Conferências de Saúde realizadas a partir de 1986, criou um fato político que demandou um re-ordenamento na educação formal em saúde. Dentre os movimentos que aconteceram, ao final da década de 1990, a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul retomou o programa de Residência com profissionais da saúde, apoiada pela Lei estadual nº 11.789 (RIO GRANDE DO SUL, 2002a), instituindo legalmente a Residência Integrada em Saúde (RIS) e orientando a sua execução através do Regulamento do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002b).

De acordo com Mayer Jr. (2002, n.p.), “foi possível identificar, também, que a RIS configura uma escolha/decisão de governo sobre a estratégia de formação de trabalhadores em saúde”. Em 2003, esta modalidade de ensino deixou de ser em espaço regional para ganhar amplitude nacional, tomando forma como política de formação de trabalhadores em serviço, que privilegia o SUS. Nessa oportunidade foram criados aproximadamente 18 programas de Residências Multiprofissionais ou Integradas, financiados pelo Ministério da Saúde. Eles são mantidos por instituições públicas, privadas e filantrópicas.

Atualmente, outras profissões da saúde, dentre as definidas pelo Conselho Nacional de Saúde pela resolução 287/98 (BRASIL, 1998), estão sendo incorporadas a essa metodologia de formação, dentre elas: enfermagem, serviço social, odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física, terapia ocupacional e farmácia.

A fim de definir melhor a proposta de que falo, utilizarei minha vivência para caracterizar, diferenciar e também aproximar os conceitos de Residência Integrada em Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde. Destaco que os textos sobre o assunto, no meu entendimento, não têm se ocupado em construir conceitos únicos para cada um destes termos. As práticas também não se ocupam desta unificação. Aí surge uma

série de perguntas. Será que é possível unificar conceitos? Será que isto é desejável? O que importa: os conceitos, as concepções, as práticas, o produto final ou mesmo a sensibilização e a experimentação do mundo do trabalho? Muitas vezes, o que observo são propostas com nomes idênticos, caracterizações divergentes e práticas diferentes, denotando a polissemia que o assunto carrega. Penso que algumas vantagens destas (in)definições materializam-se nas possibilidades de invenção, de criação, de edificação do novo, da concretização da mudança de paradigma, da participação dos envolvidos (gestores, professores, usuários, trabalhadores, residentes,...) na construção da pauta da formação em saúde do jeito que ela se apresenta necessária. Além disso, a mudança no perfil do trabalho, do trabalhador e das novas discursividades, ou seja, daquelas que vão falar do SUS, da integralidade, do trabalho em equipe, capturam (ou tentam capturar) o trabalhador, sujeito que atua nos serviços atendendo as demandas das comunidades. Tudo isso tendo como mote a política nacional de formação profissional.

A Residência Integrada em Saúde prevê a integração e a interação entre coisas, ou seja, de acordo com Ceccim e Ferla (2003, p. 217): “integração entre os Programas de Residência Médica e os de Aperfeiçoamento Especializado⁶, a integração entre trabalho e educação, integração de diferentes profissões da saúde como equipe, integração entre ensino, serviço e gestão do SUS.”

Em termos legais, a Residência Integrada em Saúde existe desde 1999, no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2001). Dela participam profissionais de diferentes áreas, reconhecidos como sendo da saúde ou não (como é o exemplo dos arte-terapeutas), o que quer dizer que as ênfases e as profissões escolhidas para cada Programa procuram privilegiar as necessidades e realidades locais.

Já a Residência Multiprofissional em Saúde, ocupa-se de abrigar diversas profissões da saúde, sendo preservadas as especificidades de cada uma, não necessariamente tendo um campo de ação em comum. Ou, ao contrário, não são privilegiados os núcleos de saberes e formam-se profissionais com ênfase em um campo de conhecimento único, geralmente em epidemiologia e/ou em gestão do SUS. Neste segundo tipo de Programa, freqüentemente, não são oferecidas vagas

⁶ Nome instituído pela portaria estadual nº 16/99 para designar a modalidade de ensino pós-graduado *latu sensu* que é multiprofissional e interdisciplinar (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

especificadas por profissão no edital e são selecionados portadores de diplomas de cursos considerados da área da saúde, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde. Sob o conceito jurídico-legal, a portaria interministerial 2.117 (de 3 de novembro de 2005) institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005d).

A Residência em Área Profissional de Saúde inclui “qualquer área onde a profissão pode definir um campo dedicado de atenção. Então, se a gente tem um campo dedicado de atenção de enfermagem em saúde coletiva, a área profissional é saúde coletiva” (CECCIM, 2006⁷). Para o Conselho Nacional de Saúde, o termo refere-se ao “aperfeiçoamento especializado, realizado em ambiente de serviço” (BRASIL, 2004b, p. 5). Esta modalidade aparece no texto da Medida Provisória nº238 (de 1º fevereiro de 2005) e é reafirmada na Lei 11.129 (de 30 de junho de 2005). Elas instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; criam o Conselho Nacional de Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; alteram as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dão outras providências. As referidas medida provisórias e lei instituem o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005a e BRASIL, 2005b), sendo que o financiamento está assegurado pela portaria nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, e, em seu artigo 7º, parágrafo II, define que as bolsas de Aperfeiçoamento e Especialização terão simetria e isonomia à bolsa de Residência Médica, regulamentada por lei específica (BRASIL, 2005c).

Quero ressaltar que as Residências em Área Profissional podem ser ou não multiprofissionais (na medida em que os serviços são constituídos por profissionais de diversas formações) e integradas (se privilegiarem “a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área das humanidades para alcançar a atenção integral à saúde” (CECCIM; FERLA, 2003, p. 217) ou qualquer outra integração supracitada). O que faz sentido, a partir dessas (in)definições, são as possibilidades

⁷ CECCIM, Ricardo Burg. Oficina sobre Residência Integrada em Saúde Fórum de Psicologia e Formação. Porto Alegre, 15 de junho de 2006. (comunicação oral).

inventivas e o caráter dispositivo⁸ dos processos vividos nessa modalidade de formação.

Na cidade de Porto Alegre, desenvolvem-se seis programas de Residência que formam profissionais de saúde: o Grupo Hospitalar Conceição, com as áreas de ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva; a Escola de Saúde Pública, com financiamento do Governo Estadual, formando profissionais nas áreas de Atenção Básica na Saúde Coletiva, Pneumologia Sanitária, Saúde Mental Coletiva e Dermatologia Sanitária; a Fundação Universitária de Cardiologia, com ênfase em Cardiologia; a FUNDATEC (Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com área específica em Saúde Mental (destaco que este curso teve funcionamento nos anos de 2005 e 2006, portanto tem, por enquanto, apenas uma turma formada); o Hospital de Pronto Socorro, com a Residência em Psicologia Hospitalar; a Pontifícia Universidade Católica, nas áreas de formação em Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto (incluindo Saúde da Mulher e do Idoso), Reabilitação Cardiopulmonar, Nefrologia, Oncologia, Intensivismo Adulto, Intensivismo Pediátrico, Saúde Bucal e Saúde Mental (PUCRS, 2006). Além desses, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolveu projeto que está tramitando nas instâncias institucionais.

A partir disso, penso que este lugar geográfico de onde falo, caracteriza-se como um dos pólos de concentração desse tipo de formação profissional, o que justifica uma busca de atribuição de sentido a essa prática, uma busca de constituição destes ditos novos fazeres profissionais.

A formação de profissionais de saúde está cada vez mais especializada. Este paradigma, amplamente disseminado nas práticas de saúde, como não poderia deixar de ser, produz efeitos na formação. São poucos os espaços para profissionais generalistas, apesar de considerarmos a necessidade da existência tanto do saber generalista, como do especializado para que a produção de cuidados que possam convergir na direção da Integralidade. A maioria das instituições formadoras buscam um perfil profissional super-especializado, sendo o exemplo mais evidente a medicina, que privilegia os profissionais que realizam a pós-graduação em serviço

⁸ Uso a palavra dispositivo aqui não no sentido foucaultiano e sim pensando na possibilidade de desencadear processos.

(Residência), oferecendo-lhes acesso mais qualificado ao mundo do trabalho (ELIAS, 1987; FEUERWERKER, 1998). A enfermagem, que tem seu espaço de formação predominantemente no ambiente hospitalar, pois ainda segue o modelo definido desde o 'surgimento' da enfermagem brasileira, o qual, segundo Kruse (2004, p. 64), "se deu, principalmente, nas instituições hospitalares", também vem aderindo a estes programas de formação em serviço, regulados pela resolução COFEN nº 259/2001, que estabelece padrões mínimos para o registro de enfermeiro especialista na modalidade de Residência em Enfermagem.

A partir deste contexto, as Residências vêm ocupando seu espaço na sociedade, moldando-se às exigências do SUS, à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais (DALLEGRAVE; SILVA, 2006). Assim, em nosso país, os programas de Residência têm vestido diversas roupagens, experimentando modos diferentes de fazer/pensar saúde e assumindo conceitos de formação semelhantes, porém polissêmicos.

Ao mesmo tempo, a medicina, tida como disciplina hegemônica e original, está procurando sustentar-se legalmente enquanto profissão através da lei do exercício profissional, também conhecida como Lei do Ato Médico. No entanto, este processo vem impondo limites ao exercício profissional das demais profissões e, portanto, instigando o posicionamento contrário dos atores destas. Nas palavras do médico Giovanni Aciole vinculado ao Sindicato Médico de Campinas,

a luta pela constituição do ato médico nos parece mais uma aposta no imaginário liberal da categoria, que parece ignorar o oceano de transformações sociais, políticas e tecnológicas da contemporaneidade e acorrenta os médicos a uma odisséia em que naufragam numa nau sem leme e sem navegabilidade e cujo rumo só os distancia daqueles de quem deveriam cuidar (ACIOLE, 2006, p. 50).

Há também o movimento das corporações profissionais para garantirem as Residências por profissões, inclusive sugerindo a formação de comissões de residência por categoria profissional. Assim, tendo como pano de fundo os atos corporativos, a Residência assume diversos papéis, quais sejam: manter o saber e o poder dos médicos, produzir/constituir profissionais qualificados para o exercício no

SUS e habilitados para o trabalho em equipe, e constituir-se como espaço de disputa das profissões da saúde (DALLEGRAVE; SILVA, 2006).

É importante ressaltar que o movimento pelas Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde previa a inclusão dos Programas de Residência Médica, que já possuíam regulamentação específica. No entanto, devido à resistência das corporações médicas a este modelo de formação, a lei 11.129, que institui as Residências em Área Profissional, excetua a profissão médica desses programas (BRASIL, 2005b). Embora tal medida, a meu ver, aspirasse à aproximação com as entidades médicas, uma vez que não haveria interferência no seu modo de realizar a formação de médicos residentes, contrariamente, esse fato ocasionou grande reação desse grupo sustentada pelo discurso de que é impossível fazer saúde sem médico.

Muitos avanços, alguns retrocessos... É como dizem/cantam⁹: “Caminhando e cantando e seguindo a canção, somos todos iguais, braços dados ou não”. Mas o que quero dizer com “braços dados” no caso das Residências? Lutar pela saúde? Ter a Integralidade como bandeira? Integrar Programa de Residência Médica com Programa de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde? Contaminar a formação com o serviço e o serviço com a formação? Qualificar o Sistema Único de Saúde? Essas, além de outras, são questões possíveis de disparar pensamentos e movimentos e foram visualizadas/materializadas pelas discussões travadas por diversos atores, espalhados pelos “cantos” do país. Falo aqui dos I e II Seminários Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde, que ocorreram em dezembro de 2005 e agosto de 2006, respectivamente. Esses seminários tiveram o objetivo de traçar a política de ensino nas Residências, bem como operacionalizar o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, criada pela lei 11.129 (BRASIL, 2005b). Neste sentido, a Portaria Interministerial nº 2.538, de 19 de outubro de 2006 é fruto dos Seminários Regionais (Sul/Sudeste, Nordeste, Centro-oeste/Norte) e do II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Tal portaria constitui o grupo de trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT – CNRMS) (BRASIL, 2006).

⁹ Geraldo Vandré. “Pra não dizer que não falei de flores”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/ze-ramalho/pr-nao-dizer-que-nao-falei-de-flores.html>. Acesso em: 11 dez. 2006

Ao relembrar a história da Residência Médica, vale mencionar que o movimento de residentes impulsionou a criação da Comissão Nacional de Residência Médica e a regulamentação dos Programas (ELIAS, 1987; FEUERWERKER, 2005). Em relação à publicação de uma portaria de regulamentação das Residências Integradas/Multiprofissionais, os residentes referem que ela “afirma a luta de residentes [multiprofissionais] de várias localidades do país” (CGMRS, 2007).

Atualmente, percebo que a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde está andando pelos mesmos caminhos, o que pode significar a busca de uma identidade na modalidade de formação pós-graduada comum para os Programas de Residência Médica e Integrada/Multiprofissional. Ao mesmo tempo, o andar pelas mesmas vias inscreve a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde na pauta das discussões e no investimento da mídia em produzir e veicular saberes sobre este outro, o que confere poder e segurança aos Programas de Residência Médica, ao mesmo tempo em que subjetiva os profissionais de saúde e as comunidades, além de constituir os Programas de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde.

A partir das reuniões do grupo de trabalho operadas após o II Seminário até o final do ano de 2006, foi constituída a Portaria Interministerial Nº45 de 12 de janeiro de 2007, a qual 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. Embora, em termos legais, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde exista desde a Medida Provisória nº 238, no ano de 2005, parece que há uma necessidade jurídica de constantemente retomá-la, a fim de que ela efetivamente aconteça. Considerando que a nomeação desta Comissão se deu com a Portaria Interministerial nº 698 de 19 de Julho de 2007 e só após esse evento iniciarem-se as discussões sobre as atribuições desta Comissão, ou seja, a aprovação do seu estatuto, penso que ainda há muita água para rolar por debaixo desta ponte.

3 “CAMINHANDO CONTRA O VENTO”¹⁰ ...

O trecho de música escolhido para dar título a esta sessão parte de sentimentos e reflexões. Para mim, a proposta metodológica indica um caminho a ser percorrido. É, de certa forma, uma escolha, e não muitas outras. Caminhar contra o vento exige equilíbrio, conhecimento do corpo e, às vezes, implica cobrir os olhos para protegê-los dos objetos trazidos pelo vento. Além disso, esse tipo de caminhada pode significar ainda um maior investimento de tempo para a mesma distância percorrida.

Às vezes, posso perceber um vento mais brando, outras, agarro-me em postes ou árvores que encontro pelo caminho e uma parada se faz imprescindível para que esses ventos não me façam andar por espaços que já trilhei. Com isso, quero dizer que a proposta de escrita pós-estruturalista constitui-se em algo novo para mim e que exige um controle constante para não *escorregar*. Portanto, ao contrário do que pensam alguns, as pesquisas pós-estruturalistas têm seus rigores, suas possibilidades, seus jeitos.

O meu interesse em pesquisar sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde (um tipo de escola), através das publicações escritas: revistas, legislações, boletins, internet (tipos de mídia), utilizando como metodologia a análise de discursos (método arqueológico), tudo isso inscreve-me nesta perspectiva (PETERS, 2000) e, ao filiar-me a ela, inspirando-me em Michel Foucault, aproximo-me dos Estudos Culturais, já que a mídia e mesmo as leis que serviram de *corpus* para este estudo são produtos da cultura.

Os Estudos Culturais, em sua vertente Pós-Estruturalista e, mais especificamente, as análises foucaultianas põem sob suspensão a questão da gênese e das essências, procurando desnaturalizar aquilo que é tomado e em que se acredita como verdade, segundo regras e ordens fixadas em uma grande narrativa explicativa, pois, concordando com Bauman (1999, p. 12) “nada é mais artificial que a naturalidade”.

¹⁰ Caetano Veloso, “Alegria, Alegria”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/caetano-veloso/alegria-alegria.html>. Acesso em: 06 nov. 2006

Assim, tomando a asserção *Residência como coisa de médico* (conforme já anunciado anteriormente), construí um percurso de investigação que tentasse pôr em xeque esta meta-narrativa, questionando como se deram as associações entre as palavras que compõem este enunciado, e pensando que processos históricos e culturais permitiram a legitimação dessa verdade e instauraram isto como um discurso imperativo.

Entendendo que discursos constroem subjetividades e produzem realidades em determinadas circunstâncias históricas, a análise desta pesquisa considerou suas condições e os jogos e efeitos de verdade que produzem sobre a Residência Integrada/Multiprofissional, o que ela é, o que deveria ou poderia ser (FOUCAULT, 2000a). Assim, neste estudo, investiguei os discursos que circulam nos meios de comunicação e na legislação, tomando-os como artefatos da cultura que são capazes de subjetivar aqueles que os lêem. Nesses artefatos, encontram-se as vozes que se autorizam a falar sobre o assunto, aí está quem pode praticar o discurso válido sobre a Residência Integrada/Multiprofissional, dizer o que é verdadeiro e o que é falso. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que podem ser ditos. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros, vistos como sem autoridade e que, portanto, devem ser marginalizados e excluídos (CHEEK, 2000).

Assim, dentro da vertente Pós-Estruturalista, especialmente na análise de discurso, a linguagem torna-se um conceito chave, pois ela não apenas é concebida como capaz de narrar acontecimentos e sujeitos, mas os constitui. As representações culturais conferem significados às coisas e também apresentam esses objetos que, no caso de meu estudo, constroem a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde.

Para construir um percurso de investigação que possibilitasse responder as questões deste estudo, utilizei, como fontes de análise, documentos produzidos em âmbito nacional para regulamentar as Residências, bem como jornais, revistas, publicações na internet e boletins informativos de corporações da área da saúde, produções de residentes, de instituições formadoras ou da mídia, indexadas ou não, especialmente aqueles publicados a partir de fevereiro de 2005, quando os debates sobre as Residências ganharam impulso com a publicação da Medida Provisória 238. Destaco que seria de grande relevância analisar a produção dos trabalhadores

em saúde e dos usuários implicados na proposta de Residência. No entanto, a produção destes grupos ainda é pouco expressiva na mídia de maior circulação.

A consulta a bibliotecas possibilitou a localização das fontes, das entidades da área da saúde envolvidas na proposta. Na internet, os textos foram localizados digitando as palavras “Residência Integrada” e “Residência Multiprofissional”. A lista das reportagens que serviram de *corpus* de análise do estudo encontra-se no apêndice. A construção deste *corpus* não se deu, de acordo com Deleuze (2006, p. 28), “em função de freqüências lingüísticas ou constantes lingüísticas, nem por conta das qualidades pessoais dos que falam ou escrevem”, mas a escolha das palavras, frases e proposições “em torno dos focos difusos de poder (e de resistência) acionados por esse problema [proposto]” (DELEUZE, 2006, p.28).

Inspirando-me em Foucault e nas análises de discursos produzidos por pessoas *infames*, procurei olhar, não só para as leis, expressão máxima da verdade “cega”, transitando por renomados doutores e doutoras, conhecedores e admirados por seu saber acerca do tema, mas também para esses e essas sem fama, que escrevem sobre a Residência, que assinam produções apócrifas, “ou seja colocando um olhar diferente sobre o que todos já pensavam conhecer” (VEIGA-NETO, 1995, p. 19). O que me interessa não é discutir o valor desse ou daquele lugar, mas sim os enunciados que se materializam a partir de tais discursos, evidenciando o que se repete, se transforma, se rompe nesses lugares. Entendo as publicações como veículos de idéias e verdades daqueles que falam. Penso que só entram em disputa aqueles que acreditam ser portadores da verdade, e não há nada de mau nisso, visto que “não é possível qualquer (tipo de) pensamento e conhecimento que não esteja sempre comprometido com a posição daquele que pensa, conhece e fala; é impossível pensar, conhecer e falar independentemente de agenciamentos, interesses, valores e forças sociais” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007).

Embora não tenha sido o meu foco, utilizei discussões travadas na lista *risbrasil@yahoogrupos.com.br*, quando houve pertinência. Participam, dessa lista de debates, residentes, ex-residentes, preceptores, coordenadores de curso, gestores, entre outros, já que a inscrição é aberta àqueles que tiverem interesse. O objetivo inicial da lista era aglutinar os residentes para que se organizasse um movimento discente. Por isso, entendo que este instrumento, uma comunidade de disputa de discursividade, disputa de processos de subjetivação, veicula um jeito de ser residente, um modo de pensar a Residência, isto é, subjetiva e constrói identidades.

O processo de subjetivação, na perspectiva foucaultiana, “acontece em função de um entrecruzamento de várias práticas: culturais, sociais, econômicas, tecnológicas, midiáticas, participando da constituição de sujeitos” (FOUCAULT, 1995b, p. 15).

Após explorar os diferentes materiais da mídia, através da leitura interessada, realizei uma análise textual, procurando apontar as ocorrências e regularidades sobre a temática e os questionamentos desse estudo, os quais estavam contidos nos textos. Essa análise me permitiu também organizar, separar e agrupar discursos antagônicos, divergentes ou aqueles que, no meu entendimento, aproximavam-se.

A leitura do material também me proporcionou selecionar as informações relevantes para as análises, quando identifiquei aquelas que interessavam aos objetivos da pesquisa, estabelecendo relações entre elas e analisando as tramas discursivas nas quais estas informações se sustentam. Deste modo, foram selecionados, a partir do meu interesse enquanto pesquisadora, trechos das fontes de estudo que evidenciam os enunciados e discursos que estão sendo veiculados, de forma a responder às questões apresentadas.

Ainda que a autoria tenha sido considerada, desde a Idade Média, como indicador de verdade, como prestação de contas daquilo que é dito, considero que o autor é constituído e atravessado por diversos discursos, escolhe, recorta e decide aquilo que aparece e o que é deixado fora, o que pode ter efeitos de verdade, e o que produz efeitos de repulsa e mentira em uma sociedade, em um momento histórico (FOUCAULT, 2003).

Para realização desta pesquisa foram utilizadas informações de documentos de caráter público, sendo respeitados os aspectos éticos. No entanto, não houve a preocupação com relação à pessoa que disse determinada coisa, mas sim com o lugar que ela ocupa, por entender que este lugar a constitui como produtora de enunciados e a autoriza a falar. Olhar para as revistas e ler um nome que assina, ou seja, que atesta a *veracidade* dos escritos e que, assim, constitui-se como um autor, é um tanto quanto desconcertante, se considerarmos o entendimento que Michel Foucault tem sobre o que é um autor. Difícil tarefa foi entender que aqueles que assinam as produções de discurso, *não são autores* daqueles enunciados. Eles, naquele tempo e espaço, naquela cultura, são portadores de discursos autorizados pelas sociedades de discurso às quais pertencem e que, portanto, têm efeitos de verdade.

Em nossa cultura, aqueles que escrevem nas revistas são tidos como intelectuais. Na perspectiva deste estudo, os intelectuais se colocam de maneira horizontal aos demais participantes da luta “no sentido de que seu saber, sua visão e seu discurso devem tanto aos interesses do poder” quanto os de qualquer outro que advoga sob a mesma causa (SILVA, 1994, p. 251). A voz *dele*, não lhes pertence. *Suas* palavras, não lhes pertencem. *Suas* verdades, não são suas. *Seu* corpo é tomado, *sua* identidade constitui-se a partir do lugar de onde falam, de onde são autorizados a portar aqueles enunciados. Pensando assim, é mais adequado, neste referencial, descrever o lugar de onde fala o sujeito, qual a visibilidade que é dada ao seu discurso, quais as possíveis ressonâncias, ao invés de focar o *quem*.

A análise do material está caracterizada pela leitura interessada, uma vez que entendo que esta varia de acordo com aquele que lê, dada a provisoriedade dos discursos e considerando que nada é natural, sendo construído histórica e socialmente. Assim, não serão estabelecidas as verdades sobre a Residência Integrada/Multiprofissional, mas apenas apontados os discursos que circulam e são os portadores daquilo que pode ser pensado, escrito e dito sobre a mesma. Para tanto, será necessário

desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de ‘reais’ intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis (FISCHER, 2001, p.198).

A fim de desprender-me desse aprendizado referido por Fischer, destaco que utilizei as ferramentas¹¹ de Michel Foucault, mais precisamente os analisadores *poder, discurso, dispositivo e norma*, os quais serviram de base para a análise de discurso a que me propus. No entanto, não pretendi estabelecer um único conceito para estes analisadores, dizendo que *isto é aquilo* ou que há uma verdade única do que é o poder, ou o discurso, ou o dispositivo, ou a norma. Esta seria uma tarefa bastante difícil, para não dizer impossível. De qualquer forma, minha pretensão foi

¹¹ Deleuze, em um diálogo com Foucault (FOUCAULT, 2000b), propõe que uma teoria não é como um significante e sim como uma prática local e aplicada a um contexto, uma caixa de ferramentas: é preciso que sirva, que funcione. Se não é possível usá-la, não se volta a ela, recorre-se a outra teoria, produz-se outra, pois há tantas outras por fazer.

bem menor, ou seja, utilizei alguns apontamentos referidos por Foucault, os quais estão espalhados nas suas obras.

Assim, utilizei-me de *poder* como algo que circula, que não se compra, não se detém, nem se oferta (FOUCAULT, 1989). Como algo vivo, em movimento, o poder só existe em ato e produz efeitos importantes nas sociedades, de acordo com os seus regimes de verdade, isto é, aquilo que a sociedade acolhe e autoriza a circular como um saber. Para isto, as sociedades detêm poderosos mecanismos ou procedimentos técnicos para realizar o controle detalhado dos sujeitos e das coisas: moldando os gestos, controlando as atitudes, autorizando, ou não, o que pode ser dito (MACHADO, 1989). Um desses poderosos instrumentos é a mídia, e é por isso que, concordando com Fischer (1997, p. 63), acredito que ela “não apenas veicula, mas constrói discursos [sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde] e produz significados e sujeitos”.

Uma das questões que me ajuda a pensar este assunto é quanto aos efeitos de poder, que circulam a partir dos enunciados, que falam da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. De certa maneira, entendo que esses enunciados operam na manutenção de poderes, pois, de fato, eles permeiam, produzem coisas, induzem ao prazer, formam saberes, produzem discursos (FOUCAULT, 1989).

Tomo *discursos* como conjunto de enunciados, os quais são acontecimentos, irrupções, quebras na continuidade.

Segundo Albano¹² (2007, p.35), “o acontecimento como emergência do singular se opõe à regularidade discursiva construída pelos operadores da continuidade”. Assim, uma análise de discurso sobre a Residência implica olhar para os acontecimentos que se articulam e se enredam para formar discursos. Implica perceber os momentos de irrupção, as quebras, continuidades e descontinuidades discursivas, ou seja, aquilo que interessa fazer aparecer nos documentos. Não o seu sentido oculto ou manifesto, e sim as regras de sua formação, já que todo enunciado liga-se àqueles que o precedem e que o sucedem. Apesar de ser singular na sua emergência, o enunciado presta-se à repetição, à transformação, à atualização (ALBANO, 2007).

¹² Esta referência está em espanhol no original, portanto, quando me refiro a este autor, realizo traduções livres.

Discurso é, de acordo com Albano (2007, p. 66), o “conjunto de todas as atuações verbais e de seqüências de signos e enunciados, capazes de adotar uma modalidade própria de existência que dependem de um mesmo sistema ou regime de formação”. A partir dessa definição, é possível falar de um discurso sobre a Residência, pois tais discursos são o lugar de emergência dos conceitos e enunciados que constituem um acontecimento singular dotado de materialidade, determinado por um regime de aparição, transformação e desaparecimento, que permite falar de alguma coisa. A noção de discurso se vincula à noção de arquivo, pois ele “mostra que as coisas ditas não surgem conforme as leis de pensamento e que não desempenham uma função de sinalização mas que aparecem graças a um jogo de relações que caracterizam um discurso” (ALBANO, 2007, p. 74).

Analiso os discursos como intrinsecamente ligados às relações de poder, não sendo aquilo que representa as lutas ou a dominação, “mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2003, p.10). Da mesma forma, o poder é posto em jogo através desses discursos, os quais produzem efeitos de verdade e constituem as coisas de que falam. Na ordem discursiva, algumas coisas são permitidas, outras não.

As condições de funcionamento dos discursos impõem aos indivíduos algumas regras e permitem acesso àqueles que entram em determinadas ordens discursivas, cumprindo as normas que autorizam a proferir tal discurso. Discurso para Foucault (2003, p. 49) “nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; [...], isso se dá porque todas as coisas podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si”.

Entendo que as revistas corporativas, a legislação, os escritos dos residentes funcionam, de certa forma, coagindo os discursos, delimitando suas condições de aparecimento, os efeitos de poder e os sujeitos que falam (FOUCAULT, 2003), e conferindo hegemonia a determinados discursos e não a outros. Penso, também, que a mídia é intencional, porque é escrita por alguém que fala de algum lugar e delimita o que pode ser dito. Portanto, ela também ordena o discurso. Desse modo, as redes de comunicação se ocupam em fazer o poder existir (FOUCAULT, 1995a). Ainda, pensando que sistemas educacionais constituem políticas de manutenção ou modificação de discursos, entendo que aquilo que é dito sobre a Residência Integrada/Multiprofissional instrumentaliza os pares dos discursos disciplinares e a equipe do discurso da Integralidade das práticas.

Tratar com o que aqui chamo de teoria de Foucault, não é tarefa fácil. Entretanto, não há como fazer análise de discursos veiculados pela mídia impressa e internet e não falar em Dispositivo Pedagógico da Mídia, expressão cunhada por Fischer (2002a). Para a autora, a mídia é considerada um dispositivo inserido na pedagogia, pois permite “mostrar de que modo opera a mídia no sentido de participar efetivamente da constituição de sujeitos e subjetividades, na medida em que produz imagens, significações, enfim, saberes que de alguma forma se dirigem à ‘educação’ das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem” (FISCHER, 2002a, p. 153). Os componentes de um dispositivo são o poder (que está em ligação permanente com o saber), a enunciação e a visibilidade. De acordo com Deleuze (1990, p. 155), “os dispositivos são como máquinas de fazer ver e de fazer falar”.

Dreyfus e Rabinow (1995, p. 135) definem o dispositivo como “uma grade de análise”. Além disso, são também as práticas “atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando”. Por isso, falar em análise de discurso sem utilizar o dispositivo como ferramenta analisadora seria como esquecer que a mídia (tomada aqui como um dispositivo) é capaz de subjetivar, pois constitui-se como lugar de verdade e organiza certas posições de sujeito de acordo com aquilo que fala e faz falar sobre o objeto em questão.

Observo que, ao consumirmos os produtos que estão veiculados nos e pelos textos midiáticos, sejam eles produtos eletrônicos, da moda ou até mesmo produtos que caracterizam determinados grupos ou algumas práticas (como é o caso deste estudo), estamos consumindo muito mais do que idéias estamos realizando trocas simbólicas e materiais, extravasando sentimentos, deixando falar algo que se cala dentro de nós. É neste constante movimento que experienciamos permanentemente a conferência de sentimentos e valores, prazeres e angústias relacionados a esses produtos e práticas que invadem a nossa vida privada. Concordando com Fischer (2002b), “no centro das lutas pelo poder, em nosso tempo, cada vez mais estão em jogo as lutas simbólicas, lutas pela hegemonia de sentidos, lutas pela visibilidade de imagens, associadas a determinados grupos, [...]”. Com isto, estamos aprendendo não só o que está dito e escrito ali, mas também um modo de nos relacionarmos com o mundo, com as pessoas, com os objetos de que tratam os textos, modos de pensar as coisas que nos cercam (FISCHER, 2002b).

Entender a mídia como um dispositivo, a partir do olhar de Foucault, significa também pensar que ela é uma rede que articula coisas; que serve a um programa institucional ou, ao contrário, para justificar que uma determinada prática permaneça muda, ou seja, sem expressão; e, também, que ela é um tipo de formação que em seu tempo responde a uma urgência (FOUCAULT, 1979). Compreendê-la como um dispositivo é pensar sobre ela como algo “inscrito em um jogo de poder”, isto é, como “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (FOUCAULT, 1989, p. 246).

Neste sentido, o material que serviu de *corpus* para esta pesquisa, advindo da mídia impressa e internet, operou como uma máquina que nos faz ver e, deste modo, constitui o que chamamos de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde e faz falar sobre ela. Dessa maneira, inscreve-a em jogos de poder, constitui saberes e também se constitui a partir deles. O *Dispositivo Pedagógico da Mídia* é descrito por Fischer (2002a, p. 155) “como um aparato discursivo (já que nele se produzem saberes, discursos) e ao mesmo tempo não discursivo (uma vez que está em jogo, nesse aparato, uma complexa trama de práticas, de produzir, veicular e consumir TV, rádio, revistas, jornais, numa determinada sociedade e num certo cenário social e político)”.

O Dispositivo Pedagógico da Mídia, desta forma, articula-se com o conceito de norma a partir do momento em que veicula coisas consideradas culturalmente corretas e sublinha aquelas que devem ser consideradas disfuncionais para determinados grupos e objetos. Para falar sobre a *norma*, Foucault estudou o monstro, o indivíduo a ser corrigido e o onanista. Tomou esses três exemplos para construir um percurso investigativo que considerasse algo como sendo socialmente aceito, e outros divididos e apartados daquilo, os quais a cultura considerasse como sendo diferente.

Trazendo isso para os meus estudos, posso pensar que a diferença, em nossa sociedade, em nosso tempo, em nossa cultura, é vista e entendida como desvio, como algo que se encaixa (ou não?) em alguma determinada norma já pré-estabelecida e que, quando não encaixados, compõe a anormalidade e aquele a quem chamamos de anormal. Pensando assim tomo, nesta pesquisa, a anormalidade como algo construído discursivamente, isto é, algo que não é dado a priori, desde sempre, ou natural; mas sim resultado de práticas discursivas construídas através de processos históricos e culturais e que determinam processos

de subjetivação e posições de sujeito considerados aceitos e válidos ou marginais e inválidos.

Essas posições de sujeito não são assumidas para causar algum mal ou dano ao outro, são fruto de construção histórica e cultural que pode ser ilustrada com a citação de Bauman (1998, p.17):

Nenhum de nós pode constituir o mundo das significações e sentidos a partir do nada. Cada um ingressa num mundo 'pré-fabricado', em que certas coisas são importantes e outras não o são; em que as conveniências estabelecidas trazem certas coisas para a luz e deixam outras na sombra.

Utilizarei aqui o termo anormal quando as posições de sujeitos expressarem determinadas representações culturais de exclusão, que indicarão que algo não está de acordo com aquilo que é considerado conveniente para a sociedade, mas que coexiste e sobrevive nos mesmos tempo e espaços. É também através da desestabilização, da colocação da ordem, que "se torna indistinguível da proclamação de sempre novas 'anormalidades', traçando sempre novas linhas divisórias, identificando e separando sempre novos 'estranhos'" (BAUMAN, 1998, p. 20).

Entre poderes, discursos, normas e dispositivos, caminho contra o vento utilizando muitos lenços e alguns documentos, seguindo uma trajetória árdua, e cansativa, mas também de muitas descobertas, alguns desafios e incontáveis aprendizados... Convido você para embarcar agora numa leitura que conta com alguns tijolos, muito cimento, atores e atrizes encenando e ensinando o que é, o que foi ou o que poderia ser isto que em sua invenção foi chamado de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. Vamos juntos?

4 COLOCANDO “OUTRO TIJOLO SOBRE O MURO”¹³

Acreditamos na ‘permutabilidade de pontos de vista’; isto é, em que, se nos colocarmos no lugar de uma outra pessoa, veremos e sentiremos exatamente o ‘mesmo’ que ela vê e sente em sua posição presente – e em que essa façanha ou empatia pode ser retribuída (BAUMAN, 1998, p. 18).

Cimento para cá, toca mais um tijolo! Cadê o esquadro? Será que está ficando reto o nosso muro? Chama o engenheiro, faz favor. Quantos andares esta construção terá? Pra quando é a obra, doutor? Cimento ali, me alcança a pá! É um, é dois, é três... Vamos lá, que muito ainda há! Início aqui a discussão sobre alguns dos discursos que constituem a Residência Inteira/Multiprofissional em Saúde. Trata-se de um início, apenas um dos muitos possíveis. Trata-se de uma pulverização, para pôr o assunto “na roda”, para falar, para ver e ser visto. E como todo o princípio, não acaba em si, não acaba neste ato.

Esta discussão está parcelada em quatro distintas classificações, organizadas conforme algumas regularidades discursivas e conforme os focos difusos de poder, acionados pelo problema em estudo, seguindo a proposta metodológica. As considerações feitas não se utilizam da permutabilidade de pontos de vista, conforme descrito por Bauman. Isto se dá desta maneira, a partir da perspectiva pós-estruturalista, porque somos sujeitos dos discursos que nos constituem, de diferentes modos de subjetivação, e não há como sentir o ‘mesmo’, ver o ‘mesmo’, por mais empático que alguém possa ser. Assim se dão também as posições dos sujeitos que falam a favor ou contra a Residência: cada um posiciona-se de acordo com o seu mundo, com as suas experimentações acerca do tema da Residência Inteira/Multiprofissional em Saúde.

A primeira sessão, intitulada *Brasil, Mostra a tua Cara*, traz o entrelaçamento legislativo acerca das Residências e também o discurso oficial, do Estado, sobre elas. A segunda sessão, a qual denominei *Alí Onde Todos Calam, Ele Fala*, trata da construção discursiva de atores e atrizes denominados genericamente de residentes. Destaco que as falas dos médicos residentes não aparecem neste lugar por não apresentarem consonância com este discurso, embora haja uma

¹³ Tradução minha. Pink Floyd, “**Another Brick in the Wall**”, disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/pink-floyd/another-brick-in-the-wall-pt-1.html>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2008.

identificação de inserção pedagógica entre esses grupos. A próxima sessão denomina-se *Residência Role-Models* e nela agrupei os discursos dos profissionais de saúde e também aqueles que falam dos programas de Residência, por entender que estes discursos, quando não se aglutinam, são bastante parecidos. Por último, trago o discurso das corporações médicas, incluindo aqueles enunciados por médicos residentes, na sessão chamada de *Eu Vivia, Isolado do Mundo*.

4.1 “Brasil, mostra a tua cara”: o discurso oficial

Se quisermos conhecer o conhecimento, saber o que ele é, apreendê-lo em sua raiz, em sua fabricação, devemos nos aproximar, não dos filósofos mas dos políticos, devemos compreender quais as relações de luta e de poder (FOUCAULT, 1999, p.23).

Para um começo de conversa, gostaria de falar sobre a representação cultural da pureza em nossa sociedade, pois o discurso oficial transita, muitas vezes, neste conceito. De acordo com Bauman (1998, p. 13), “a pureza é um ideal, uma visão da condição que ainda precisa ser criada, ou da que precisa ser diligentemente protegida contra as disparidades genuínas ou disparadas”. A pureza também pode ser entendida como ordem, organização, “uma situação em que cada coisa se acha em seu justo lugar e em nenhum outro” (BAUMAN, 1998, p. 14), e “um meio regular e estável para os nossos atos; um mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam distribuídas ao acaso, mas arrumadas numa hierarquia estrita” (BAUMAN, 1998, p. 15). Partindo deste entendimento, acredito que colocar as Residências na roda, torná-las formais, legais, parte de um desejo, de uma vontade de ordem, de uma vontade de inclusão.

Toda e qualquer invenção pressupõe que ainda não há um lugar definido para aquela coisa, é preciso criá-lo, é preciso desestabilizar uma ordem já reconhecida socialmente para que a invenção possa ter o seu espaço. Algumas coisas ficam por um tempo nos lugares possíveis, mas, como são acomodadas, por vezes consideradas inadequadas no seu local, estão ali para torná-lo sujo. Na tentativa de adequação, determinados grupos recorrem às mais variadas alternativas e, por vezes, essas coisas “ficam ‘fora do lugar’ em toda parte” (BAUMAN, 1998, p.

14). Com mais freqüência, essas *coisas* que estão sempre fora, são *coisas* móveis, não enraizadas. “É por isso que a chegada de um estranho tem o impacto de um terremoto [ou de um olho de furacão]... O estranho despedaça a rocha sobre a qual repousa a segurança da vida diária” (BAUMAN, 1998, p. 19) e é por isso que a invenção da Residência, para mim, deu-se assim, desta maneira que agora vou contar, considerando as publicações legais, o discurso oficial.

Em documento publicado, em julho de 2004, o Ministério da Saúde apresenta o panorama da educação em serviço e assume seu papel como responsável por ordenar essa formação. Após, elenca os aspectos legais envolvidos na regulamentação educacional e aponta, entre outras coisas, como prerrogativa aberta pela legislação, “o desaparecimento da organização privativa da profissão médica para a especialização profissional realizada em serviço” (BRASIL, 2004b, p. 5). Informa que o Parecer CES/CNE nº 908/98, vinculando à prática na área da saúde, refere que “recém formados são incentivados a prosseguir o seu aperfeiçoamento em instituições cujo ambiente de trabalho mescla a capacitação em serviço com a participação em experimentos, estudos ou intervenções com impacto sobre o desenvolvimento da área específica” (BRASIL, 2004b, p.5). Além disso, o documento oficial declara haver consenso de que há excelência na formação denominada Residência Médica, como a “melhor alternativa para propiciar formação especializada de qualidade”, apesar de enfrentar inúmeras inadequações e limitações frente à legislação vigente e as condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2004b).

Na seqüência, o documento apresenta a situação dos Programas de Residência Médica, ressaltando suas qualidades e, portanto, exemplos a serem seguidos (motivação dos residentes para aprender, desenvolvimento de habilidades como eixo estruturante da aprendizagem, formação em situação/exposição ao mundo do trabalho, qualificação dos serviços/valorização dos profissionais, etc.), enfatizando também as precariedades (gestão dos programas apartada das políticas de saúde, programas desenvolvidos quase exclusivamente no ambiente hospitalar, privilégio da formação sobre a necessidade regional de profissionais, entre outras). Desta forma, o governo diz o que serve e o que não serve, o que pode e o que não pode ser feito, e como se coloca em situação de provedor financeiro dos programas de Residência, também prescreve um jeito de se fazer os *novos* Programas, ou seja, constitui possibilidades para as Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde.

O documento propõe que, para “fortalecer e ampliar” a capacidade de qualificação de especialistas através dos Programas de Residência Médica, esses “devem estar orientados pela integralidade” (Brasil, 2004b, p. 10), bem como a avaliação desses programas deve ser feita a partir de conceitos e políticas da Integralidade. Mais do que isso, o documento ensina como se faz esse tipo de avaliação: corrigindo as *imperfeições* dos Programas, apontadas anteriormente.

Embora o documento faça um reconhecimento público da existência de programas de residências em área profissional, destaca que o Ministério pretende instituir esses programas “de acordo com as necessidades de saúde e as características de organização do sistema de saúde” (BRASIL, 2004b, p.11). O que quer dizer com isso? Que os programas existentes não se pautam por essas diretrizes?

Em 2004, o Ministério da Saúde, ordenador no âmbito nacional da formação profissional para o Sistema Único de Saúde, aponta como áreas com necessidade de atuação e formação multiprofissional e interdisciplinar a saúde mental, a saúde do trabalhador, a reabilitação, a saúde do idoso, a saúde da família e a gestão de sistemas e serviços de saúde. Ressalta a importância dos Programas de Residência Médica “que incentivem práticas de ensinar, aprender e trabalhar em equipes multiprofissionais e interdisciplinares” (BRASIL, 2004b).

Percebo uma inversão no discurso oficial quando leio o artigo intitulado *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário*, assinado por gestores do Ministério da Saúde, que assumiram em julho de 2005. Embora não sendo os mesmos da gestão anterior, parece-me coerente que o discurso oficial deva manter certa regularidade, quando se trata de políticas consideradas essenciais para o desenvolvimento. O texto aponta o investimento na formação da especialidade Saúde da Família, destacando sua importância a partir da emergência da Residência Médica nessa especialidade. Desse modo, as outras especialidades mencionadas anteriormente, sequer aparecem como áreas com necessidade de profissionais. Chama atenção a declaração de que houve tratativas, inclusive com a participação do Ministério da Saúde para se assegurar “um desenho semelhante ao de residências ‘puras’ de Medicina Comunitária” (DA ROS et al, 2006, p. 112). Para Bauman (1998, p. 20), “cada ordem tem suas próprias desordens; cada modelo tem sua própria sujeira a ser varrida”, como se aquilo que não é a Residência em Medicina Comunitária caracterizasse esta desordem.

Acredito que a Medida Provisória 238 e a Lei 11.129, bem como a portaria interministerial 2.117, que criaram essa modalidade de formação, foram influenciadas por essas tratativas de manutenção da pureza dos Programas de Residência Médica quando ambas instituem a Residência em Área Profissional da Saúde “destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, excetuada a médica”. Ao mesmo tempo em que se apresenta a necessidade de manter a pureza das Residências Médicas, o Ministério da Saúde diz que “as residências multiprofissionais seguem o preceito das residências médicas” (BRASIL, 2004b, p. 15). E, portanto, “a política deve, então, criar especialização em serviço para as outras profissões, à semelhança da residência médica, e, a partir daí, criar as residências integradas em saúde” (LAPPIS, 2005). Em outro artigo veiculado em revista apoiada pelo Ministério da Saúde, um de seus consultores (médico que também assina a publicação acima referida que fala sobre Saúde da Família) explica a existência de duas Residências: a médica e a multiprofissional, sugerindo que elas funcionem integradamente, pois “na primeira proposta da residência o modelo era esse” (RESIDÊNCIA..., 2006b). Será que reunir tais modalidades de formação seria o mais adequado? Ou iria borrar a ordem anteriormente estabelecida? A que interesses servem estes programas de formação quando (não) aparecem juntos?

No I Seminário de Residências Multiprofissionais em Saúde, realizado em dezembro de 2005, o grupo que discutiu a *Construção de Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde* propôs uma moção de repúdio ao artigo da Lei 11.129 que excetua a profissão médica das Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde, fato que comprometeria a Integralidade, dificultada pela ausência da medicina. Em entrevista concedida ao LAPPIS (2005), o então diretor do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, refere que “o conceito da integralidade ajuda muito a pensar a formação porque é por meio dele que dizemos que a formação dos profissionais não é só técnica, tem que compreender cultura, sistema e relação”. Nessa mesma entrevista, o diretor trata da Residência Integrada em Saúde como sendo “montada para solucionar o problema da residência médica e da especialização em serviço no país” (LAPPIS, 2005). Pergunto-me que solução é essa que exige a exclusão da categoria médica daquilo que vem justamente para resolver os problemas da formação pós-graduada?

As referidas medidas provisórias e a lei instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens, ProJovem, o qual se destina a elevar a escolaridade de jovens entre 18 e 24 anos que não tenham concluído a quarta série. Parece um tanto estranho que seja nesse lugar que a Residência em Área Profissional tenha recebido força legal. De qualquer forma, essa foi a condição de possibilidade da criação deste programa. Cabem aí as perguntas: Que efeitos de poder se produzem a partir da ligação de um programa de pós-graduação com um programa de elevação de escolaridade para o nível fundamental? Seriam estas as condições de possibilidade de instaurar esta formação? Seria para apagar antigos efeitos, pois “há trinta anos era um delírio pensar (...) em ampliar esse modelo de formação para outras áreas profissionais” (RESIDÊNCIA..., 2006b).

Em consulta ao parecer apresentado em plenário pelo deputado André Figueiredo (2005), a justificativa do projeto seria a equiparação dos termos oportunidade de trabalho e oportunidade de educação profissional. Além disso, destaca-se como prerrogativa das Residências em Área Profissional “propiciar a agregação de recursos humanos de saúde em áreas carentes ou no interior do país” (FIGUEIREDO, 2005, p. 16). Que interesses estão em jogo quando se articula o discurso pedagógico com o discurso do *mercado* de trabalho?

O provimento financeiro das bolsas dos programas, com as referidas normas de concessão, foi estruturado pela portaria 1.111 (BRASIL, 2005c), a qual destina as bolsas aos profissionais de saúde que estejam cursando os programas, bem como seus docentes, restringindo-o aos programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Penso que qualquer financiamento público deva ter regulamentação para que possa se sustentar ou, seja assegurar a continuidade dos investimentos. Observo que, embora essa portaria tenha entrado em vigor em 2005, a Comissão foi instituída em janeiro de 2007 (BRASIL, 2007a) e, até o presente momento, está em tratativas para definir seu regimento interno, ou seja, ainda não credenciou qualquer programa e diversos profissionais continuam vivenciando as ditas realidades dos programas. O que isso pode implicar para os cofres públicos? E para os profissionais que estão recebendo esta formação?

Por outro lado, a portaria interministerial nº 45 (2007a), ao invés de repetir a redação da Lei 11.129, excetuada a médica, cita quais são as profissões de abrangência da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. Ao fazer isso, não

só exclui a medicina (porque não a menciona), mas também exclui muitas outras profissões, por exemplo: a agronomia, a engenharia civil, o direito, a administração, etc. Como eixos norteadores, a portaria subverte a ordem e coloca a “articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica” (2007a). Quanto à vinculação dos Programas ao Sistema Único de Saúde, as portarias 1.111/05 e 45/07 são enfáticas em dizer que as disposições referem-se ao privilégio da formação neste Sistema.

Encontro, numa ata do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, referência à Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública. Alguns aspectos pedagógicos do programa são mencionados, mas a principal questão discutida é a Reforma Psiquiátrica e também os serviços em que a referida Residência acontece (CMS-POA, 2004). Desse modo, observo que, através da Residência, outras temáticas ganham visibilidade.

Aparece também, como será visto na fala dos residentes, dos profissionais da saúde e dos programas de Residência, a alusão a outras situações que estão na ordem do dia das discussões, que ultrapassam as fronteiras da saúde: “cidadania, equidade, justiça social, objetivo na vida, solidariedade, trabalhar junto, diversão, felicidade” (RESIDÊNCIA..., 2006b). Como numa orquestra, os instrumentos se afinam, o som sai em melodia e o discurso oficial afirma “o que há de novo são as propostas multiprofissionais” (RESIDÊNCIA..., 2006b). Parece não ser possível falar em inovação na área da saúde que não esteja atrelada às questões que sejam de interesse global. E mais, o novo visto como o desejável na nossa cultura, o novo como algo que não se rejeita, o novo como algo inédito.

Também não é possível falar em Residência sem articulá-la com a “busca dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são integralidade, equidade e universalidade” (RESIDÊNCIA..., 2006b). Ou sem relacioná-la com a Reforma da Universidade, pois “estamos trabalhando simultaneamente com mudança na graduação” (RESIDÊNCIA..., 2006b), porque “a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista” (RESIDÊNCIA..., 2006c).

Nesta sessão, procurei mostrar como os discursos legais que produzem a Residência o fazem de maneira a caracterizá-la como prática cultural. É na tentativa de colocá-la para fazer parte de uma ordem, de incluí-la, que as coisas vão se

ajeitando, que os enunciados vão se aglutinando e se enredando, para se enraizar, para se inventar.

4.2 “Alí onde todos calam, ele fala”¹⁴ : bem vindo, residente!

“Tu estás começando os dois anos mais importantes da tua vida” (BOLETIM..., 2006a). Esta frase abre o segundo número do Boletim Resistência, produzido por residentes do Rio Grande do Sul. O boletim teve quatro números, o primeiro versando sobre as dificuldades percebidas pelos autores dentro do seu programa de Residência; o segundo refletindo sobre a passagem, o ritual de saída de universidade e entrada na Residência; o terceiro situando a pauta das Residências nos aspectos legais e demarcando o que eles chamam de “espaços de luta”; e, por fim, o quarto trazendo a discussão acerca da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Nos Boletins, os residentes se apresentam e se representam, pois trata-se de “um boletim de muitas vozes” (BOLETIM..., 2005). Os que escrevem identificam-se como “militantes do SUS, em defesa da vida” (BOLETIM..., 2005); como “homens e mulheres, militantes da vida, que acreditam que o SUS não se faz somente com fichas e medicamentos, mas, principalmente, com promoção da saúde, trabalho, cultura, saneamento básico, educação, cuidado com o meio ambiente e muita luta” (BOLETIM..., 2006a).

Percebo o acionamento de discursos (re)conhecidos na área da saúde pública, que se enredam com os ideários da Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde e que se encontram, além disso, com as pautas definidas e defendidas pelas conferências de saúde. Os enunciados também interpelam, aqueles que são considerados leigos neste campo, pois falar em prol do meio ambiente nos dias de hoje é uma questão ecologicamente correta, que todos entendem.

Em outro documento, também produzido por residentes gaúchos, em outro período, eles se declaram como “atores políticos implicados com seu processo de

¹⁴ Bertolt Brechet. Esta frase aparece em dois boletins produzidos por residentes (BOLETIM RESISTÊNCIA, 2005; 2006b). A frase localiza-se na seção **Sobre o Boletim**.

formação” (CGMRS, 2007). Já no informativo produzido pelo Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, ou seja, em âmbito nacional, os residentes se inscrevem como “profissionais de saúde e cidadãos brasileiros” (FNRMS, 2007). Que personagem é este que se narra de muitos modos, que incita um posicionamento quase heróico de seus pares, que milita por todos os cantos, buscando seus encantos? Essa narrativa inflamada fala e faz falar sobre quem é o residente. Constitui esses sujeitos, produz efeitos de verdade, tem caráter pedagógico. Ao mesmo tempo, esses sujeitos que se identificam também estão em busca de identificação ou da certeza dela, pois manifestam sua vontade de realizar um “aprofundamento da identidade política para o grupo formado por residentes de várias partes do país” (LAPPIS, 2007b).



Figura 1: Desenho “Residente qualificado para o SUS”

Fonte: Boletim Resistência, n. 3, mar. 2006b.

Ao mesmo tempo em que há o imperativo do tom heróico, inovador e da transformação, esse discurso divide o espaço com imagens de desqualificação dos programas, das ditas “realidades” dos serviços que abrigam as Residências, do (des)preparo dos profissionais, das práticas pedagógicas, conforme a Figura 1. Nessa figura aparece um típico ambiente de laboratório, reconhecidamente o lugar privilegiado das experiências, isto é, aquelas coisas ainda não comprovadas cientificamente, as quais unificam elementos em busca de um outro melhor, o novo. Em cima da mesa (objeto reconhecido como sendo específico do pensamento sobre

o trabalho ou do trabalho intelectual) está um tubo de ensaio com o desenho de uma pessoa com as pernas para o ar (ou o mundo está ao avesso?); a essa imagem corresponde o escrito *obediência*. Um segundo tubo de ensaio, com uma figura feminina e jovem, com os braços paralelos ao corpo, acompanha a palavra *trabalho*. Sem a intenção de entrar em debates sobre gênero, observo que há predominância de uma lógica que se diferencia da dominante, pois o mais comum seria encontrarmos a palavra trabalho articulada à imagem masculina. Um terceiro tubo, sem desenho, ou seria o desenho do nada, do ar? Acompanha o dizer *alienação*.

A figura apresenta a soma dos elementos descritos, os quais resultam nos dizeres *residente qualificado para o SUS*, que, a um primeiro olhar, não está correspondendo a qualquer imagem. À direita, aparece a caricatura de um homem com olhos aumentados, vestindo um jaleco/avental (símbolo da limpeza e do trabalho em saúde), com as letras *Dr*, indicando ser este o experimentador, o doutor. Ele carrega um quarto tubo de ensaio, do qual sai fumaça. Sua outra mão apóia seu queixo. Estaria ele em dúvida quanto ao que fez ou irá fazer? A essa imagem do doutor que parece não saber o que fazer, está associada a palavra *supervisão*. O que parece representar que este não soubesse como se produz o tal residente.

Outro pensamento suscitado pela figura é correspondência da palavra doutor, na área da saúde, àqueles profissionais diplomados em medicina. Será que a figura faz menção a um médico utilizando residentes como cobaias para aquilo que é preconizado para a formação em serviço orientada para o SUS?

E a fumaça saindo do tubo de ensaio? Representa que algo não deu certo? Saiu do previsto? Ficou anormal? Ou será que era este o resultado que se esperava? Olhando para a figura, penso que o tubo de ensaio que se localiza nas mãos do doutor corresponderia aos dizeres *residente qualificado para o SUS*. Aqui caberia refletir sobre quais jogos de poder e efeitos de verdade estão apresentados nesta imagem?

Para falar dos tempos e espaços dos Programas, aparecem enunciados contraditórios, por vezes, instigantes, de construção e de conquista; outras de repúdio, de desmontagem e de desqualificação. “A modernidade viveu num estado de permanente guerra à tradição, legitimada pelo anseio de coletivizar o destino humano num plano mais alto e novo, que substituísse a velha ordem remanescente, já esfaldada, por uma nova e melhor” (BAUMAN, 1998, p. 26).

São comuns as palavras “construção inovadora”, “criar novas práticas em saúde”, “transformação das condições de vida”, “modificar a estrutura social”, “novo projeto para a saúde e sociedade” (BOLETIM..., 2006a) para se referir à Residência Integrada/Multiprofissional. De acordo com Bauman (1999, p. 18), “a modernidade é o que é – uma obsessiva marcha adiante – não porque sempre queira mais, mas porque nunca consegue o bastante”.

Se, por um lado, os residentes mostram-se confiantes naquilo em que apostam ser “os dois anos mais importantes” da vida, aqueles em que haverá a construção da identidade de profissionais qualificados para o SUS, por outro, questionam se “existe espaço para diversidade na Residência?” (BOLETIM..., 2006a). Para Bauman (1999, p. 19), “o presente está sempre querendo, o que o torna feio, abominável, insuportável. O presente é obsoleto. É obsoleto antes de existir”. É com sentimentos contraditórios, convivendo lado a lado, amor e ódio, que esses novos atores, ou melhor, esses novos autores constituem um discurso que parece não saber a quem se filiar, pois sabem que se trata de posições políticas bem definidas e contrárias.

Os residentes questionam também a formação universitária, que “forma profissionais que mantêm as estruturas sociais” (BOLETIM..., 2006a). Por outro lado manifestam um discurso contraditório quando referem que “a residência integrada desintegra; a produção de saúde adocece; a formação deseduca (...)” (BOLETIM..., 2006a). Aparentemente, tudo isso se coloca e se materializa nos mesmos tempos e espaços, inclusive nos mesmos boletins. É uma rede que lança para atrair e, no minuto seguinte, “manda embora” aquele que está atraindo. É um tipo de ironia para “ver quem quer mesmo”.

Quando perguntam que mudanças são possíveis viabilizar a partir da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, trazem questionamentos acerca da chamada “desqualificação das preceptorias, das relações pedagógicas domesticadoras, das infra-estruturas inadequadas” (BOLETIM..., 2006c). Apesar disso, evidenciam que estão “sedentos por mudanças nos ‘programas’ que vivenciamos” (BOLETIM..., 2006c) e perguntam se as Residências são “centros de excelência” (BOLETIM..., 2006b). Para seu conforto e “aceitação” do que é tido como verdade, apontam para uma direção, apoiados em ícones da educação brasileira, como Carlos Rodrigues Brandão: “quanto mais excelente for uma experiência educativa realizada em condições especiais, tanto

maior sua ineficácia, ou seja, tanto mais remota a sua possibilidade de transitar entre a realidade da experiência e a experiência da realidade” (BOLETIM..., 2006b).

Em um trabalho apresentado por um residente, no VI Seminário do Projeto Integralidade, promovido pelo LAPPIS, o Programa de Residência e o processo de trabalho organizado pela gestão municipal são apresentados juntos, como se fossem uma só coisa. O residente considera que “observando-se a conjuntura do cenário nacional, o município [de Aracaju] torna-se verdadeiramente um lócus singular para a formação de novos trabalhadores para o SUS” (RAMOS, 2006, p. 81). Percebo que esta fala expressa a vontade de estar associado às experiências com potencialidade construtiva de práticas de integralidade, trazendo para si o louvor de transformação de um espaço/lugar, o lugar cidade, o lugar da saúde pública, o lugar da formação profissional e aponta para aquilo que reconhece (e não precisa ser dito!) como novo. É neste lugar que se incluem “processos de trabalho multiprofissionais e interdisciplinares”, na proposta pedagógica. (RAMOS, 2006, p.81).

Para Foucault (2003, p. 26), “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”. Ou seja, o reconhecido novo modelo de saúde e de formação aclamado e idealizado pelos residentes reaparece na voz desses autores, mas é também retorno, é reverberação do que foi definido como pauta da Reforma Sanitária. Novamente, esses discursos se enredam para dar corpo e forma aos discursos da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. Aí se colocam também enunciados que dizem que a aprendizagem se faz nesse lugar de Residência para dar seqüência “e dar continuidade ao seu processo de formação” (RAMOS, 2006, p. 83) que iniciou em outro lugar, a Universidade.

Desse modo, o lugar da Universidade é referido, ora como aquele que mantém as estruturas sociais e ora como algo que inicia o processo de transformação tão almejado.

De forma genérica, a questão da escola aparece constantemente nos dias de hoje, a partir de dois olhares, dois pontos de vistas, ao primeiro contato, contraditórios entre si: o tom salvacionista, “a escola como a grande tábua de salvação para as nossas imensas mazelas sociais” (VEIGA-NETO, 2003, p. 104), pelo qual só a educação é capaz de oferecer um futuro melhor e digno; e, por outro lado, a crise da escola, uma maquinaria moderna, que “foi e continua sendo a principal instituição encarregada de construir um tipo de mundo, que chamamos de

mundo moderno” (VEIGA-NETO, 2003, p. 104), onde é preciso reformar para adequar às exigências desse mundo atual e pós-moderno. É para falar das mesmas coisas... Tudo está nos mesmos tempos... Quem são os autores? Os mesmos! É da voz do residente que estamos falando: estes infames que falam, quando todos calam.

Agora olho para esses documentos produzidos por residentes e percebo que esta voz iniciou aos berros e pela surdina, isto é, o apelo a frases irônicas, enunciados chocantes, a contradição convivendo lado a lado, o anonimato, no espaço em que chamou de “dispositivo de contra-poder” (BOLETIM..., 2006b); tudo isso foi usado como recursos de retórica para se fazer ouvir, para se fazer presente. Esse personagem, o/a residente, não existia... Teve que ser inventado. E teve que falar o discurso positivo sobre a Residência, para entrar nessa nova ordem do discurso.

Os significados dependem do uso que se faz da linguagem, da produção e circulação dos textos e do modo como são lidos e consumidos. Os residentes, quando interpelados e capturados pelos discursos que circulam na mídia, assumiram uma determinada posição de sujeito diferente da que vinham assumindo na surdina, ou seja, optaram por aquela considerada socialmente aceita, para tratar de um assunto que profissionalmente lhes interessava.

É na cultura que se produzem e circulam significados que, ao nos interpelarem, requerem de nós uma posição de sujeito, que é ocupada na medida em que nos aproximamos ou não do que está sendo dito. É pela interpelação que os sujeitos se reconhecem no que está sendo dito e assumem para si uma identidade.

4.3 Residência role-models: o discurso dos profissionais de saúde e dos programas de residência

O aspecto em que somos semelhantes é decididamente mais significativo que o que nos separa; significativo bastante para superar o impacto das diferenças quando se trata de tomar posição (BAUMAN, 2001, p.202).

A expressão *role-models*, utilizada no título desta sessão, foi inspirada em um texto produzido por De Campos (2000), veiculado pelo Boletim Abrasco, onde o autor disserta sobre a conjuntura das Residências em medicina preventiva e social e, ao falar das Residências Multiprofissionais, refere que elas terão “o papel de formar profissionais de ponta, que exerçam a função de *role-models*”. Recorro à internet para saber o significado da expressão mencionada e encontro referência a uma marca de roupas, cuja propaganda é feita por seus criadores ao usarem os próprios produtos durante shows, entrevistas, clipes, etc. Traduzindo, temos papel de modelo ou a função de ser padrão.

Percebo que a Residência, muitas vezes, constituiu-se e sustentou nas propagandas produzidas sobre ela e para ela. A estratégia é defendida a partir da idéia de formar os tais profissionais considerados de ponta e cuja virtude é “ser uma proposta integral de intervenção sobre a saúde de indivíduos e comunidades” (DE CAMPOS, 2000).

O documento produzido pela FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo – (2004), para explicar o que na época era chamado de Programa de Aprimoramento Profissional, conta a sua implantação no Estado de São Paulo, desde o ano de 1979. Tal programa é referido “aos profissionais não-médicos que atuam na área da saúde”.

Aí, questiono: profissionais de saúde ou os chamados não-médicos? De onde surgiu essa denominação? Médico é aquela pessoa que faz curso de graduação em medicina, sendo, portanto, possuidor de um diploma de médico. E o não-médico? Quem é? Que “titulação” ele tem? A quem se endereça esse dito? Talvez, as respostas para estas perguntas sejam muitas, ou nenhuma. Quando uma revista fala de um grupo profissional referindo-o como não-médico, aciona um conjunto de saberes, utiliza relações de poder nas quais a corporação médica está representada como mais importante do que as demais profissões.

Quando vejo as oposições binárias impressas nas identidades dos trabalhadores da saúde, ou seja, aquilo que a mídia chama de médicos e não-médicos (incluindo nesta categoria todas aquelas profissões que não cabem na primeira), percebo este binarismo como uma construção da identidade política, pelas democracias liberais modernas, tão “caras à tradição do pensamento filosófico ocidental”, (PETERS, 2000). Este tipo de construção é uma das críticas propostas pelo movimento pós-estruturalista.

De acordo com Silva (1994), o uso de binarismos identifica um termo como positivo e o outro como negativo. No entanto, ao passo que essa mesma identidade, muitas vezes, é conferida pela oposição (como no caso do exemplo que utilizo), ou seja, não há um limite único e fronteiro, ela é flutuante e cambiante. Entendo, agora, este binarismo como exercício do poder, o lugar por onde ele se espalha, entranha-se, capilariza-se. Além disso, essa intrínseca relação entre o que é com o que não é, vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Para *tratar* destes binarismos, inspiro-me na desconstrução para “desmontar essas oposições naquilo que um elemento apresenta de pretensão de superação do outro” (SILVA, 1994, p. 253).

A nomeação de uma coisa e da sua oposição, se tomadas a partir da análise lingüística, transformam-se na própria *coisa* e na própria oposição. O pós-estruturalismo utiliza-se da chamada “virada lingüística”, não mais concebendo “a linguagem como um meio transparente e neutro de representação da ‘realidade’” (SILVA, 1994, p. 254). Nesta perspectiva, nomear algo carrega um conjunto de saberes e também constitui a ‘realidade’. Dizer, portanto, que há médicos e não-médicos, ou que há Residências para médicos e Residências para os outros, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho.

Para Ceccim (2006, p.3), “a residência multiprofissional e não apenas médica, [...] não anula os saberes da profissão médica ou das demais profissões, antes os reconhece em unidade para a qualificação das práticas e expansão dos saberes”.

Por outro lado, a Residência Integrada/Multiprofissional nasce como um modelo avançado de formação profissional, como a “oportunidade para uma reflexão organizada em torno de alternativas que permitam rever os caminhos para a formação de profissionais, na perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas” (GIL, 2005, p. 497). Mais uma vez, percebo o discurso da Residência Integrada/Multiprofissional associado a outros poderosos discursos como o do trabalho em equipe e o da Integralidade.

Assim, conforme já mencionado em outro capítulo, os fundadores do discurso da integralidade participaram e participam ativamente da construção desta nova discursividade que trata das Residências Integradas/Multiprofissionais. Para Foucault (1996, p. 32), os fundadores de ciência ou de determinados tipos de

discurso utilizam “um conceito existente no interior de um discurso já constituído. A partir desse conceito, formou [formulam] regras para esse discurso já constituído, e o deslocou [deslocam], transformando-o no fundamento de uma análise e de um tipo de discurso totalmente outro”. Portanto, penso que os discursos da Residência utilizam-se dos conceitos da educação pelo trabalho e do aprendizado por especialidade, tal como existentes no discurso da Residência Médica, apenas deslocando-se para outros lugares, com algumas regras (integralidade, trabalho em equipe, SUS, etc.) instaurando assim outra discursividade, que, no entanto, estabelece uma relação de pertencimento ao que aquele discurso fundou. Um exemplo desta construção e articulação de discursos encontra-se na publicação intitulada “Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto da integralidade da atenção à saúde”. Nesse texto, os autores (CECCIM; FERLA, 2003) destacam a integralidade, o trabalho em equipe e a inserção no SUS, articulando-os, enredando-os e edificando-os. Das publicações que analisei considero que esta aponta as principais condições de possibilidade da instauração dos discursos sobre as Residências.

Esse entrelaçamento de discursos também aparece em Lessa (2000, p. 109), quando a autora menciona “destacamos a construção no cotidiano de uma postura profissional que favorece a assistência integral, a comunicação com a comunidade e estimula o controle e a participação social”. Ou ainda, quando a mesma autora (p. 108) refere-se a “uma crescente reflexão sobre a necessidade de novas propostas pedagógicas coerentes com a reformulação do modelo de atenção à saúde no país”.

Embora se fale que os Programas oferecem “alguns pontos demarcadores de uma nova prática profissional, diferenciada da ainda hegemônica nos serviços de saúde” (LESSA, 2000, p. 109), há uma crítica a esses serviços oferecidos, apontando para a incapacidade de lidar com a complexidade dos problemas de saúde das pessoas. Alguns autores também consideram que o objetivo das Residências Integradas/Multiprofissionais é “capacitar estes profissionais [...], adequando-os para o novo modelo de atenção proposto” (OLIVEIRA et al, 2000, p. 112), ou que ela está aí para “vencer a inadequação da formação e especialização dos profissionais de saúde” (SILVA, 2006, p. 18).

A especialidade profissional, conforme o exemplo supracitado, aparece como um desafio a ser superado. No entanto, pela lógica atual dos programas é a formação por especialidade que está em jogo. E não há nada de mau nisso, visto que, muitas vezes, os programas são constituídos “a partir da demanda de aumento do número de equipes” (MACHADO, 2006, p. 10). Apesar disto, um dos desafios da invenção das Residências é assegurar que ela seja “um espaço de formação/qualificação e evitar a desvirtuação da mesma para resolver abastecimento de profissionais na rede” (SILVA, 2006, p. 18).

Também é preciso considerar que os autores das falas ressaltam a necessidade de “treinamento em serviço” (OLIVEIRA et al, 2000, p. 112) para bem qualificar os profissionais. No entanto, como isso é possível se o novo modelo está ainda apenas em proposta? Segundo Lappis (2006a, p. 2), isso é possível porque a Residência “pode consolidar-se como relevante ferramenta para a produção de saberes e fazeres imbricados com um cotidiano que está em constante transformação, atualização e renovação, mais ainda quando sensível às escutas da sociedade”.

Assim, também observo que a Residência aparece muitas vezes acompanhada dos enunciados que falam da necessidade da reforma curricular nas universidades. Por vezes, ela vem para salvar o profissional, pois tem “investido em áreas ainda pouco exploradas nos cursos de graduação da área da saúde” (LESSA, 2000, p. 108), porque ela é um dos “instrumentos para correção das impropriedades na formação e aprimoramento da ação de várias profissões da saúde” (MACHADO, 2006, p. 10). Ou ainda “a implantação da residência impõe-se como desafio, pois sua característica interdisciplinar é algo que até o momento não foi desenvolvido no sistema de ensino do Brasil” (OLIVEIRA et al, 2000, p. 113). Há que se considerar que a Residência acontece “sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (COFFITO, 2007).

Esforços em contrário, articulações que ultrapassam as possibilidades naturais do fazer profissional em saúde, o que dá para concluir? Que “as dificuldades [da Residência] dizem respeito ao programa interdisciplinar” (OLIVEIRA et al., 2000, p. 114), mas ao mesmo tempo ela é “responsável pela formação de equipes multidisciplinares” (ENSINO..., 2007, p. 29). Penso agora em um cachorro correndo atrás do próprio rabo... Os serviços estão deficitários, as universidades não conseguem formar profissionais que atendam às exigências do serviço. E a

Residência? Bom, a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, esta “política de governo e de estado” (OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 2007; OPAS, 2007), importante por ser um “projeto de Estado organizado como política pública” (LAPPIS, 2006a, p. 4), em consonância com a Residência Médica, que “cumpre seu papel ativo de qualificação dos serviços” (CECCIM, 2006, p. 2), a ela resta qualificar os serviços, formar pessoas para atuar nesses serviços, melhorar as condições de saúde das pessoas, ensinar integralidade, SUS, trabalho em equipe, etc... A Residência é capaz disso porque ela “prevê uma formação voltada para a assistência integral e mais humana ao paciente, prerrogativa do SUS” (CERTIFICADO..., 2006). Isto é, levando-se em consideração que “nenhuma reforma se fará sem alterar a qualidade das relações de cuidado à saúde, sob pena de aperfeiçoar-se a organização técnica do Sistema e não se gerar nos usuários das ações e dos serviços ou na população a sensação do cuidado” (CECCIM, 2006, p.4).

Não podemos esquecer que se trata de “um projeto inédito”, que vai oportunizar “continuar a formação em seu ambiente de trabalho, na prática cotidiana”. Ainda é dito que, com essa formação, os profissionais poderão “atender a reais necessidades da população, compreendendo a pessoa na sua integralidade” (grifo meu). Para isso, os profissionais “devem estar cientes de que são múltiplas as questões que condicionam o modo de viver, adoecer e morrer, envolvendo aspectos políticos, sociais, ambientais e culturais e de saúde” (PUCRS, 2006, p. 15). Consoante com o discurso dos residentes e do Estado, esses enunciados tratam das coisas que estão na ordem do dia: a proteção ambiental, a consciência política, a cultura (como modos de saber e poder) e até da saúde, ou seja, questões de “importante impacto social” (idem). É extensivo? Serve para todos? Recursos do dispositivo pedagógico da mídia?

A Residência também aparece como um movimento, termo que carrega representação de leveza, liquidez, e é considerada assim porque tem o “potencial de agregação e mobilização de movimentos sociais e institucionais” (SILVA, 2006, p. 18), uma característica aglutinadora tão esparsa neste mundo pós-moderno.

Em relato sobre um dos cursos de Residência realizado no estado do Ceará, a preceptoria ressalta que “uma das dificuldades que tem sido levantada pelos enfermeiros [residentes] é de otimizar o tempo, de modo a permitir a execução de atividades que lhes foram atribuídas” (OLIVEIRA et al., 2000, p. 113). Por essa enunciação, considero que há um modelo a ser seguido e que esse modelo difere do

cotidiano do trabalho ou mesmo das aspirações dos residentes ou, ainda, diverge das tão mencionadas balizadoras dos Programas, que são as necessidades de saúde das comunidades. Outra surpresa da retórica?

Residência Role-Models, mas de que modelo estão falando? Qual a propaganda veiculada? Penso que enunciados que falam de coisas contrárias estão convivendo com a tentativa de vender a Residência como um produto a ser almejado não só pelos profissionais diplomados nas universidades, mas também pelos serviços, que enxergam na proposta uma oportunidade de qualificação para os cidadãos que têm carências, e necessitam ajuda das mais diversas formas; pelos gestores, na esperança de oferecer serviços necessários às suas comunidades; e também pelas instituições formadoras visando aos benefícios que poderão alcançar. Fica a pergunta: será que a estratégia dos discursos divergentes inventa a Residência como algo a ser consumido? O que será que os médicos pensam disso?

4.4 “Eu vivia, isolado do mundo”¹⁵: o discurso dos médicos

As fronteiras que “nos” separam “deles” estão claramente traçadas e são fáceis de ver, uma vez que o certificado de “pertencer” só tem uma rubrica, e o formulário que aqueles que requerem uma carteira de identidade devem preencher contém uma só pergunta, que deve ser respondida “sim ou não” (BAUMAN, 2001, p.202).

Uma mão grande, aparentemente de um homem, uma luva e um bisturi. Esta imagem desencadeia uma cascata em meu pensamento: uma série de saberes se ativa, aciona a imagem de um hospital, um lugar limpo e puro, com uma porção de equipamentos da mais avançada tecnologia, o lugar tido como privilegiado para a cura de todos os males da humanidade. Pode se ver nesta imagem, uma mão, aquela que afaga, que acalenta, que exerce sua tarefa com precisão. A luva, aquela que protege tanto aquele que cura quanto aquele que está sendo curado: a superfície de contato entre o mundo do equipamento e o mundo da vida. O bisturi,

¹⁵ Zeca Pagodinho, **Vivo Isolado no Mundo**, disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/zeca-pagodinho/vivo-isolado-no-mundo.html>. Acesso em: 18 de janeiro de 2008.

aquele que invade o mundo da vida, se conecta com o sangue, com o pulsar, com a ardência e os desejos, com a dor... um movimento preciso.

A perfeição da atuação profissional de um médico é o que parece constituir essa imagem que acabo de descrever. Até pode ser... No entanto, essa imagem está localizada na capa de uma revista publicada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul¹⁶ (VOX Médica, 2007) e acompanha outra imagem portando os dizeres “Formação multiprofissional da área da saúde: Quem ganha com isso?”. E há mais: a mão visivelmente tem quatro dedos e a luva é de lã. Porém, não há com o que se preocupar: o desenho da revista está preso, ou como diria Foucault (2001a, p. 248): “estável prisão”. A descrição que se faz e o pensamento ativado pela imagem nos leitores e nas leitoras da revista estão soltos. São do mundo!

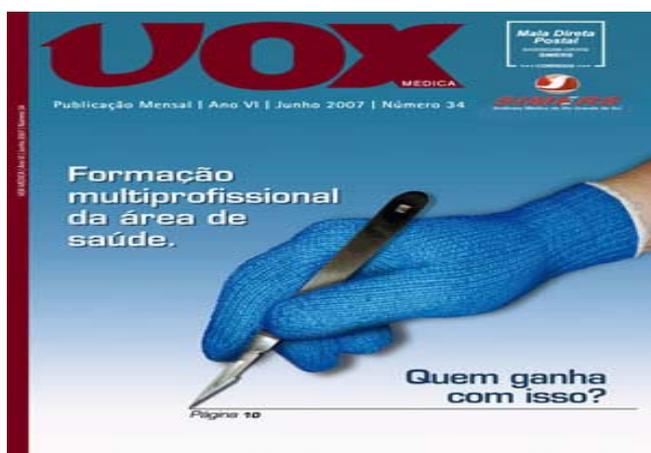


Figura 2: Capa revista VOX Médica
VOX Médica, junho, 2007

O que ocupa as capas das revistas? Ou melhor, com o que se ocupam as capas de revistas? Este é o lugar privilegiado de uma publicação, é a vitrine, a tentativa mais potente e sutil de captura do leitor. O desenho é tão simples: uma figura e o texto que a nomeia. Nada mais fácil de reconhecer na área da saúde: uma mão enluvada que segura um bisturi. O que cria a estranheza é a desqualificação desta mão, que parece contrariar a natureza esperada, ou seja, cinco dedos e também a desqualificação desta luva, que contradiz os mais dignos manuais de

¹⁶ As revistas do SIMERS dirigem-se aos médicos sindicalizados no Rio Grande do Sul, portanto, tem um grande espectro de circulação e constitui-se como poderoso instrumento de veiculação do discurso médico.

controle de infecção hospitalar. Quem não sabe que se deve utilizar uma luva esterilizada, vestida com técnica asséptica, para preservar a pureza de um procedimento cirúrgico?

E o texto que a nomeia, constituindo outra imagem, outro desenho. Quem poderá afirmar que este desenho no meio do texto retrata uma ou outra profissão? No entanto, a imagem do texto leva a pensar que a formação a que se refere ensina coisas inadequadas ao padrão acionado pela imagem do desenho: hospitalar, estéril, privado e centrado no médico. Além disso, pode-se pensar também que a formação, a partir deste saber desqualificado para esse padrão, resulta em pessoas incompletas, aleijadas, anormais!

Um caligrama, com sua “tríplice função: compensar o alfabeto; repetir sem a ajuda da retórica; prender as coisas na armadilha de uma dupla grafia” (FOUCAULT, 2001a, p. 250). Ao cercar duplamente, com palavra e desenho, o caligrama, na capa da revista, prepara sua arapuca: representa e se materializa na própria formação multiprofissional; é ele próprio o que pode ser dito; é ele próprio o que pode ser pensado. O discurso impresso pelas palavras e pelo desenho é a própria coisa e faz extravasar, dispara a sua rede de significações. Essas significações são atribuídas por aqueles que recebem o texto e a imagem, porque é possível múltiplas leituras, porque aqui algumas significações são oferecidas, mas há mais para pensar.

Recorro a publicações, anteriores ainda, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, e vejo o tema da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde apresentado a partir de uma denúncia feita pelo presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes, no ano de 2005, o qual, ao falar dos Programas de Residência Médica, refere que “gestores utilizam os programas como forma de assistencialismo, esquecendo-se de que devem formar profissionais completos”. O que essa fala tem a ver com a imagem da mão incompleta? Na capa desta edição, outro caligrama: um homem – barba mal feita, os dentes cerrados, aparentando pouca higiene, utilizando roupas e sapatos velhos, sujos e escuros, contrastando com o ambiente claro – está em pé com os braços fechados, cruzados frente ao peito: está com frio? Está esperando? Está indignado? Ao fundo, um ambiente limpo, aparentemente a sala de emergência de um hospital, duas macas cheias, dois colchões com muitos cobertores pelo chão. Acompanham os dizeres “Falta de Leitos nos Hospitais: Até quando o SUS vai ficar de braços cruzados?”. Que sistema

público de saúde é este que sofre carências, que é pobre, que é inerte e ainda ordena uma formação profissional incompleta?



Figura 3: Capa da SIMERS em Revista

Fonte: SIMERS em Revista, julho, 2005

Pergunto-me o que seria formar profissionais completos? Ou melhor, o que seria um profissional completo? Aquele que entende absolutamente tudo de joelho, mas, quando perguntado sobre um nódulo que apareceu cerca de dois centímetros acima do joelho, já não é mais capaz de resolver?

Voltando à luva que veste a mão anormal, percebo que ela carrega outra representação, outro sentido para a imagem, outro enunciado emergente: luvas de lã são utilizadas na área de saúde quando da realização de procedimentos de avaliação da causa de morte, realizados por profissionais com a titulação de técnico em anatomia e necropsia. Quando descritos esses procedimentos, com freqüência, ouve-se a analogia comparando sua atividade à exercida por açougueiros ao lidarem com animais mortos, o legítimo dito popular: “sem dó, nem piedade”. Nesses procedimentos, as ferramentas utilizadas são o bisturi e a serra elétrica. Por que será que a imagem não foi concebida com outro instrumento utilizado na saúde

como, por exemplo, o estetoscópio? Outra característica da atividade do técnico em necropsia, que dá o que pensar, é que os órgãos retirados no procedimento não são devolvidos aos mesmos lugares, como exigiria um procedimento cirúrgico realizado em alguém que está vivo. O cérebro, por exemplo, é colocado no abdome, pois depois de retirado não poderá mais se adequar à caixa craniana. Quebra-cabeças com peças desordenadas: que tipo de saúde/cura é possível produzir?

E o que mais há para pensar sobre essas imagens? Que tipo de subjetivação elas produzem? Como interpelam os seus observadores? Que outras representações discursivas se constroem, a partir dos enunciados acerca da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, produzidos por médicos? Por que os enunciados contrários a essa proposta de formação aparecem apenas nas publicações da categoria médica? O que há de tão ameaçador?

Lembro-me de um evento ocorrido, em junho de 2006, no auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, promovido pelo Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado “Residência Multiprofissional: Afinal, o que é isso?”. Nesse tempo e espaço, os convidados a falar, ambos médicos, um deles ocupava o cargo de presidente da Associação de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul (AMERERS), e o outro atuava como consultor dessa instituição, abordaram o tema, com críticas bastante contundentes acerca da palavra Integrada, trazendo argumentos de que não há nada contra o trabalho em equipe ou contra a especialização dos profissionais, desde que seja cada profissão com o seu curso. Referiram que está em jogo, para os médicos, o “temor de que o projeto viesse a comprometer as fronteiras profissionais” (CASL, 2006).

Ainda, nessa reunião, na tela, é projetado um avião, cuja cabine de comando representa um rosto que está com um nó no nariz. Aquele que está autorizado a falar compara esse avião com a equipe de saúde:

Os aviões para que cumpram sua função com eficiência, são comandados por pilotos. A assistência ao enfermo é comandada pelo médico. Ambos, apesar de tal função hierárquica, sabem ou deveriam saber que o vôo à saúde depende da maior harmonia, do trabalho integrado de todos os profissionais, cada um exercendo suas importantes funções da melhor forma possível (CASL, 2006).

Este exemplo, visto com outros óculos, foi comentado, por uma enfermeira residente presente à reunião, a partir da concepção de que o lugar do comandante do avião pode ser ocupado por qualquer um, e o modelo de formação proposto pela Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde pretende colocar o usuário na posição de piloto. A comparação de um avião com a assistência na área da saúde parece reverberar dentro da categoria e surge também em artigo publicado pela revista do SIMERS (RESIDÊNCIA..., 2005b). Hoje, algum tempo depois, algumas coisas mais consolidadas, alguns ensinamentos por meio do caos, após dois episódios graves de acidentes aéreos, com muitas mortes, as quais foram fruto de contingências para além da condução dos seus pilotos/comandantes, co-pilotos, controladores aéreos, etc.. , o que dá para pensar sobre o exemplo apresentado?

O método de formação denominado Residência Médica foi apontado pelos palestrantes como um modelo vitorioso, de ótima resolutividade, em que a pessoa sai mais qualificada. Ao tratar da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, referem que “uma idéia boa pode ter se perdido no meio do caminho” (CASL, 2006). Por vezes, parece divergente o discurso, pois ao mesmo tempo em que defendem as Residências em Enfermagem, em Fisioterapia, pronunciam, em tom uníssono, que o termo Residência Médica só pode ser usado por médicos, pois “está na lei!” (CASL, 2006). Esse discurso é reforçado pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, que endereçou uma carta a todos os seus associados, no mês de outubro de 2007, para relatar encontro que teve com a diretoria de uma instituição de saúde, que mantém há quatro anos um Programa de Residência Integrada em Saúde na cidade de Porto Alegre. Nesta carta, entre outras afirmações, o SIMERS deixa claro que “a existência de Residência Integrada em Saúde é um manifesto desejo de confundir. Residência sempre foi – em todo mundo – forma específica de pós-graduação de médicos” (SIMERS, 2007).

Deparo-me com múltiplos sentidos de uma palavra. Surpresas da retórica... Para qualquer pessoa abordada na rua, residência é o lugar onde se mora. Para o dicionário, modernamente o detentor da verdade sobre as palavras, residência é casa; domicílio; trecho de uma rodovia, ou parte de uma rede rodoviária, em construção ou em tráfego, sob a jurisdição de um engenheiro-residente. Para os médicos, parece ser um laboratório, o lugar da experimentação e do aprendizado. E para os idealizadores do projeto da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, o que ela é ou representa? Por que há um investimento pesado nesta

palavra? O que teria acontecido se a opção de denominar este projeto fosse por outras sendas? Será que esta Dissertação aconteceria se o nome dado fosse outro?

Entendo, a partir desta reflexão, que está em jogo a disputa por modalidades pedagógicas. Observo que, nas publicações da corporação médica, há regularidade quando se trata do assunto: é conferida a autoridade da enunciação e da representação a homens que ocupam lugares de expressão para a categoria (geralmente presidentes, coordenadores, consultores, secretários executivos, diretores, etc.). Pergunto-me: por que as mulheres não estão autorizadas a falar? Ou porque as mulheres não ocupam as posições de sujeito que autorizam as falas? Por que os médicos que estão alocados na rede de serviços públicos de saúde e que experienciam o trabalho em equipe, muitas vezes com colegas egressos de programas de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, não são convidados a falar sobre a sua vivência? Por que não aparecem médicos que não exercem sua função porque estão aposentados, desempregados, ou com outras ocupações? O que está em disputa dentro da própria categoria?

Para Foucault (2003, p. 28) “o autor é aquele que dá à inquietante linguagem da ficção suas unidades, seus nós de coerência, sua inserção no real”. Talvez isso aponte para uma possível resposta: por que a inserção de saberes na nossa cultura, se faz a partir dos ditos intelectuais políticos, dos *experts*, daqueles bem sucedidos? Embora os intelectuais políticos tenham descoberto que as maiorias não necessitam deles para obter o saber, pois elas sabem muito melhor do que eles e, além disso, podem falar muito bem sobre o assunto; apesar de tudo isso “existe um sistema de poder que intercepta, proíbe, invalida esse discurso e esse saber [da maioria]” (FOUCAULT, 2000b¹⁷, p. 9).

Voltando à analogia do comando do avião, percebo a ressonância desse enunciado em outro momento, ainda carregando novamente a marca institucional do Sindicato Médico, onde o discurso parece permanecer: “Não há grupo sem liderança, a qual deveria, naturalmente, ser exercida pelo profissional com conhecimentos e habilidades suficientemente amplos para permitir a máxima integração entre os diferentes saberes: o médico!” (FORMAÇÃO..., 2007). O que está em jogo quando sucessivamente são reproduzidas as mesmas idéias? Muda-se

¹⁷ Em espanhol no original.

uma palavra aqui e outra ali, o discurso atualiza-se e se mantém na produção de efeitos e sujeitos.

Esse posicionamento não se estanca na repetição pura e simples de que deve ser assim, o médico deve ocupar a liderança, a chefia da equipe... Ele se reproduz numa rede que cerca, por todos os lados, e sustenta o discurso hegemônico. Percebo a construção desta rede em muitas outras ações como, por exemplo, o projeto de lei do ato médico que, em sua primeira versão, propunha que os cargos de chefia dos serviços de saúde fossem ocupados apenas por médicos. Torna-se tão significativa a construção desse enredamento a ponto de outros assuntos, como no caso da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, serem utilizados para carregar a questão de fundo, que, muitas vezes, é a regulamentação da profissão. As pautas da Residência Médica, da remuneração dos médicos, dos atos privativos, são exemplos de assuntos que vêm colados nas publicações que falam sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde.

A partir desse discurso capilarizado na corporação, justificam-se os aparecimentos de enunciados como: “Não posso concordar com tentativas de tirar o médico da liderança da equipe de saúde”, ou “Existe uma orquestração contra os médicos” (CONTRATUALIZAÇÃO..., 2007), ou ainda, “Tudo parece fazer parte de uma ampla estratégia para reduzir a influência da profissão médica” (FORMAÇÃO..., 2007). Quem sabe será a “Banalização da medicina” (RESIDÊNCIA..., 2006a). Os mais modernos, ao olharem para isso, para todas essas constatações, podem questionar-se: o que há para fazer? E aí, a resposta da corporação está pronta: “O médico deve ser tratado como médico. Deve ser mais valorizado dentro do SUS e respeitado pela importância de seu trabalho junto à população” (CASL, 2006). O que quer dizer ser mais valorizado? Ter melhor remuneração? Ter reconhecimento público pelos seus atos? Ser o único “habilitado” para fazer um programa de pós-graduação que se chama Residência?

Outro exemplo de reportagem sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, em que se (des)cola outro tema, é a entrevista realizada com o médico residente que, no momento ocupava o cargo de presidente da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR). Ressalto que é importante considerar o lugar de onde falam os sujeitos das matérias apresentadas, visto que os discursos não representam o que esta ou aquela pessoa pensa, mas sim os discursos que são produzidos por determinados sujeitos, que ocupam determinados

lugares, de onde falam, de onde se podem produzir discursos sobre determinados temas. Conforme afirma Fischer (1997, p. 64), “não estamos diante de um sujeito, e sim, nos defrontamos com um lugar de sua dispersão e de sua descontinuidade, já que o sujeito da linguagem não é o sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem”. O título da matéria é *Residência Multiprofissional é um engodo*. No entanto, são feitas oito perguntas, das quais apenas uma refere-se à Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. Evidencia-se, portanto, uma chamada a um assunto polêmico, que, apesar disso, é quase silenciado, oferecendo espaço e dando visibilidade à pauta da Residência Médica. Nessa única resposta sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, o entrevistado produz um discurso e delimita o que pode ser dito por médicos a respeito das outras Residências. Responde que “é um retrocesso” (RESIDÊNCIA..., 2005a), posicionando-se a favor de Residências específicas para cada profissão e, portanto, que “o governo está com um problema: terá que criar residências para todos os profissionais em suas respectivas áreas” (RESIDÊNCIA..., 2005a). Por sua vez, “usar o termo [Residência] para designar formação diversa disso [Residência Médica], denota a disposição de dar formação semelhante, a diferentes profissões na área da Saúde” (SIMERS, 2007), pois “as entidades médicas apoiavam a especialização de todas as profissões, desde que ficassem claras as competências de cada uma” (AMB, 2007). Está clara aqui a reafirmação do discurso das fronteiras profissionais, a vinculação política do programa, bem como a desqualificação da Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde.

O ingresso dos profissionais em programas de Residência tem como critério o grupo social ao qual “seu corpo é visto como indissolúvelmente ligado” (VEIGANETO, 2001, p. 107). Ou seja, deve ter tido uma formação em sociedade de discurso. O risco desse critério é que, muitas vezes, ele subjetiva e disciplina os corpos a ponto de ser difícil (para não dizer impossível) a mistura interdisciplinar. É preciso manter o discurso entre os pares para que ele se perpetue. Assim, uma questão importante a ser pensada é: se houver esse encontro com o outro, haverá perda de identidade? Para o médico residente entrevistado: “criou-se um falso apoio das outras profissões, convencidas de que era necessária a criação de residência para todos”.

Isso reporta a pensar que há uma separação, explícita e desejada pelos médicos, entre os Programas. A desqualificação das demais profissões da saúde, camuflada e ao mesmo tempo evidenciada pela mão incompleta, pela escolha considerada incorreta da luva de lã, da explicitação de que a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde forma uma “massa amorfa” (FORMAÇÃO..., 2007; AMB, 2007; BARCELLOS, 2007), ou de que a Residência constitui-se em uma das “aberrações para tentar romper as fronteiras entre as carreiras profissionais” (CASL, 2006), sugere a inclusão das Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde na norma, e a classificação dos profissionais de saúde formados por esse tipo de programa, como anormais. E são anormais porque insanos, pois “não sabemos até quando os médicos estarão imunes a esta insanidade” (FORMAÇÃO..., 2007; AMB, 2007; BARCELLOS, 2007).

Segundo Foucault (2001b, p. 62), “a norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”.

Vivemos numa sociedade de normalização. Todos nós somos anormais em algum momento e os *experts* são os especialistas em apontar as anormalidades dos outros, o que fica evidente, por exemplo, no discurso da medicina que se ocupa de normalizar a vida, desde a concepção até a morte (VEIGA-NETO, 2007¹⁸). Para Foucault (2001b, p. 32), “essa emergência do poder de normalização, a maneira como ele se formou, a maneira como se instalou, sem jamais se apoiar numa só instituição, mas pelo jogo que conseguiu estabelecer entre diferentes instituições, estendeu sua soberania em nossa sociedade”.

Os perigos dessa inclusão são os mesmos que os de processos semelhantes, o que quer dizer que o jeito moderno de pensar colocou a classificação das coisas e sujeitos como requisito imprescindível para a sua inclusão na norma, como anormal ou normal; tendo em vista, é claro, que estas práticas “estão implicadas com tão poderosas relações de poder” (VEIGA-NETO, 2001, p. 106). O que quero dizer é que o discurso da inclusão é o discurso da normalização (VEIGA-NETO, 2007¹⁹). Outro perigo é arriscar o caráter ambíguo que pode assumir esse processo, conforme aquilo que é exposto por Veiga-Neto (2001, p. 108-109),

¹⁸ Veiga-Neto, Alfredo. Os Estudos Culturais e os currículos escolares contemporâneos ; aula I. Porto Alegre, 06 de novembro de 2007. (comunicação oral).

¹⁹ Veiga-Neto, Alfredo. Os Estudos Culturais e os currículos escolares contemporâneos ; aula I. Porto Alegre, 06 de novembro de 2007. (comunicação oral).

“particularmente quando se trata de decidir se os [ditos] anormais podem, ou mesmo devem, ser misturados, nas escolas, com os [ditos] normais – cada vez mais parecidos com nós mesmos e, bem por isso, cada vez mais especiais, melhores, mais raros...” (onde se lê nas escolas, leia-se nas Residências). “Cada esquema de pureza gera sua própria sujeira e cada ordem gera seus próprios estranhos, preparando o estranho à sua própria semelhança e medida” (BAUMAN, 1998, p. 23), pois de tão especiais que são, correm o risco de serem enganados, segundo o médico residente que responde a reportagem, pois “não foram avisados pelo Ministério da Saúde de que seriam um único profissional” (RESIDÊNCIA..., 2005a), uma massa amorfa. Daí poder perguntar, quais os mecanismos de subjetivação desses processos em nossas vidas?

Esta questão nos leva a outra que é a inclusão de currículos integrados entre Programas de Residência Multiprofissional e os Programas de Residência Médica. Sobre isso, vale a pena ressaltar a importância que assume a invenção dos conceitos de campo e núcleo, definidos por Campos (2000). Nesse referencial, núcleo seria a aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Campo seria um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras o apoio para cumprir suas tarefas. A nova discursividade, que fala desses conceitos, parece ser rechaçada pela categoria médica, pois na vivência de uma utopia moderna, eles parecem acreditar “que o ‘mundo perfeito’ seria aquele que permanecesse para sempre idêntico a si mesmo, um mundo em que a sabedoria hoje aprendida permaneceria sábia amanhã e depois de amanhã” (BAUMAN, 1998, p. 21).

A invenção do campo e do núcleo dá visibilidade para as questões: o que (não) está autorizado a ser dito para todas as profissões da saúde? Por quem isso (não) pode ser dito? A questão das disciplinas, enquanto saberes, se comparadas à lógica da divisão de estudantes em classes/disciplinas, também “foi um arranjo inventado para, justamente, colocar em ação a norma, através de um crescente e persistente movimento de, separando o normal do anormal, marcar a distinção entre normalidade e anormalidade” (VEIGA-NETO, 2001, p. 111). Vista sob essa ótica, a hegemonia das Residências Médicas e a tentativa de barrar o processo de legalização das Residências Multiprofissionais marca a vontade de ordem, a pureza almejada pela Modernidade. Esse fato evidencia-se na seguinte fala do médico, ao

sustentar a necessidade de criar *Residências uniprofissionais*: “Na minha opinião, esse vai ser um ponto positivo fruto de um projeto negativo” (RESIDÊNCIA..., 2005a).

A lei que institui as Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde, ao financiar os programas com verba pública, está legitimando um determinado tipo de educação dos profissionais em saúde. Se houver a instituição desta modalidade, será possível a inclusão para exclusão. Fazendo relação com a inclusão educacional dos anormais, posso pensar que os demais profissionais (os ditos não-médicos, e como tal nomeados por aquilo que não são) são os outros e, portanto, a política de expansão, consolidação, normatização, etc, das Residências Integradas/Multiprofissionais seria o contrato social, o pagamento da dívida, a necessária inclusão/normalização. Até agora, os outros profissionais são classificados e considerados como pouco importantes para a cura das doenças, visto que este constituía o paradigma hegemônico de assistência à saúde na época pré-reforma sanitária.

Estando dentro da norma, as Residências Multiprofissionais podem causar estranhamentos e exclusão entre os próprios pares. Isso já acontece na enfermagem, onde o Conselho Federal regulamenta a Residência de Enfermagem, considerada como, de acordo com o Anteprojeto de Lei nº 5.905/73 e a Resolução COFEN 259/2001: “uma modalidade de pós-graduação lato sensu destinada a enfermeiros, [...] caracterizada pelo aprofundamento de conhecimento científico e proficiência técnica, decorrentes de formação em serviço, em regime de tempo integral” (AGUIAR, 2005, p. 9). O Conselho Federal de Enfermagem dificulta o reconhecimento do título a enfermeiras que se especializaram com outros profissionais. Bom, mas então pela sugestão dita e reiterada freqüentemente pelos médicos, nas revistas, é muito mais simples do que parece! Basta criar Residências em Psicologia, em Odontologia, em Medicina Veterinária, em Serviço Social... Seria a exclusão da inclusão! O que quero dizer é que isso poderia resolver o assunto provisoriamente, conforme citado pelo médico residente, mas criaria um outro problema, pois se inscreveria no velho paradigma e retornaria a pergunta: como dar conta da tal Integralidade se os profissionais continuarem sendo (con)formados e encaixotados em suas profissões, com medo de se contaminar com o outro de si mesmo?

Outro aspecto importante a observar é que a mídia, especialmente a que circula entre médicos, está veiculando reportagens sobre Residências Médicas e sua relação com as Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde, confirmando o que Veiga-Neto (2001, p. 113) diz: “se o normal depende do anormal para sua própria satisfação, tranquilidade e singularidade, o anormal depende do normal para sua própria segurança e sobrevivência”.

Como já descrito, na maioria das vezes, essas reportagens debatem contra as Integradas/Multiprofissionais, mas, ao contrário disto, se elas estão na pauta é porque oferecem singularidade aos Programas de Residência Médica e também segurança aos de Residência Integradas/Multiprofissionais porque evidenciam a importância do assunto.

Para não dizer que a totalidade de artigos médicos analisados veiculava opiniões contrárias às Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde, encontrei um artigo produzido do mesmo lugar (as entidades de representação da categoria) e veiculado pelas mesmas pessoas (homens, ocupantes de lugares que dão amplitude ao som de suas vozes): ao ser questionado “como está a questão da residência médica versus a residência multiprofissional?” (AMRIGS, 2006), o secretário executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) responde: “não existe mais o versus. A residência multiprofissional é das profissões da área da saúde com exceção da médica. Isso é lei” (AMRIGS, 2006). Complementa sua fala referindo que a Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica são modelos, pois “quem faz a residência médica tem um diferencial muito grande em relação a todos os outros profissionais” (AMRIGS, 2006).

Analisei outros três artigos que deram voz ao ex-secretário executivo da CNRM e penso que seu discurso é ambíguo, já que se refere à Residência Médica, ora como trabalho (na remuneração, na qualificação de seus profissionais, etc), ora como “treinamento após a graduação” (LOPES, 2007a; LOPES, 2007b; AMB, 2008), relevante quando se trata de falar do modelo pedagógico preconizado pela CNRM. Essas falas constituem enunciados que parecem extrair o que há de melhor em cada situação, na tentativa genuína de interpelar aquele que lê.

O ex-secretário executivo da CNRM se contradiz quando afirma que a Residência Médica não deve ser tratada como uma política de saúde e sim uma política de governo (LOPES, 2007a; LOPES, 2007b; AMB, 2008). E acrescenta:

“acima de partidos e de homens” (LOPES, 2007a). Penso que esta fala reforça o lugar masculino na instauração das atividades consideradas de maior valor e, portanto, melhores e mais qualificadas dentro da categoria.

No início desse processo desencadeado pelo Ministério da Saúde, houve a tentativa de inclusão da categoria médica nas Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde, com a respectiva resistência da categoria. Este movimento pode ser visto como resistência ao projeto. Porém, arruma daqui, acomoda de lá, a política tem seus jeitos... No final, houve a inclusão sutil da expressão “excetuada a médica” (BRASIL, 2005d). E a reação: como é possível fazer saúde sem médico? Será que o tiro saiu pela culatra?

Ao mesmo tempo, observo que há uma tentativa da categoria em se inserir na ordem discursiva predominante na área da saúde, ou seja, aquela que vai falar da Integralidade e do trabalho em equipe, pois os médicos afirmam que a Residência Médica “é, por excelência, multiprofissional”, ela “está de parabéns pelo seu paradigma multiprofissional”, ou ainda “que só há uma residência verdadeiramente multiprofissional: é a residência médica” (LOPES, 2007b). Por que se faz necessário, repetidas vezes, em um único lugar, “reverter” aquilo que critica para considerá-lo como algo tradicional no contexto da categoria?

Por outro lado, percebo que há um descompasso de sentido quando esta categoria fala em multiprofissionalidade, se comparado o seu ao discurso das demais categorias profissionais da área da saúde. É comum encontrarmos equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade. Por exemplo, a equipe multiprofissional formada pelo traumatologista, o ortopedista e o fisiatra, ou seja, todos eles formados em medicina, mas oriundos de especialidades diferentes e que, de certa forma, atuam sobre uma mesma problemática. Será que é desta conformação que estão falando quando relatam que a única Residência verdadeiramente multiprofissional é a médica?

Discursos contraditórios, discursos que se sustentam mutuamente, discursos que reverberam... Indignações, expressões de insatisfação com a política e com os governos, amplificação das vozes de homens, de experts para a categoria... O que cala? Quem se cala? Parecem estar perguntando e dizendo a todo instante: você não vai me ouvir? De qualquer jeito, eu vou falar porque “eu vivia, isolado do mundo”!

5 “SEM SABER QUE O PRA SEMPRE, SEMPRE ACABA”²⁰

Todos esses e, quem sabe, muitos outros constituíram, constituem e constituirão a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde. São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na contradição, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas no olho do furacão, outras na ilha da fantasia.

Não há uma hierarquia daqueles que falam sobre a Residência, não há o que considerar como mais ou menos importante, não há lugares mais ou menos autorizados. O que há são aqueles que falam, aquilo que é dito e discursos que se autorizam. E há mais: há a emergência, a constituição, a invenção disto que alguém achou importante chamar de Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde e que hoje combinamos que também chamaremos assim. E amanhã?

Por esse caminho que andei, percebi que há um discurso quase exclusivo da categoria médica, que não é autorizado pelos outros grupos, assim como aquela categoria não considera outros discursos que não aquele produzido no seu interior. Percebo esta univocidade do discurso intencionalmente para manter o poder da corporação. De maneira geral, o discurso dos médicos (residentes ou não) fala contra o projeto das Residências. São tramas que apontam para a idéia de algo insano, incompleto, tramas que utilizam as mesmas palavras daqueles que falam a favor, mas carregam outra representação cultural. Esta outra representação cultural é encontrada no discurso da integralidade, da multiprofissionalidade (vista como sinônimo de massa amorfa), do trabalho em equipe (que insiste em afirmar a chefia de alguém que sempre deve ser o médico) e do Sistema Único de Saúde (como laboratório de experimentação, lugar para aprender e não se comprometer). Seria uma tentativa de entrar para a ordem discursiva?

No grupo dos médicos, percebi também a manutenção das vozes de homens, ocupantes de lugares considerados privilegiados pela categoria. Entendo

²⁰ Renato Russo. “Por enquanto”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/legiao-urbana/por-enquanto.html>. Acesso em: 14 set. 2007.

que essa estratégia objetiva a manutenção do *status* médico e da medicina como profissão melhor, mais completa e mais importante na área da saúde.

Por outro lado, os grupos que falam a favor da proposta das Residências, grupos formados por residentes desses programas, por instituições que mantêm os programas, pelo Estado e pelas corporações dos profissionais em saúde, constroem certa regularidade naquilo que enunciam. Esta regularidade parece configurar uma estratégia politicamente importante para que estes sujeitos identifiquem-se enquanto grupo. Não há predileção por esta ou aquela pessoa. Aqui podem falar *experts* e também os infames, falam os homens e também as mulheres, aqueles que são diplomados ou não. É como se os grupos fossem um único conjunto de sujeitos, subjetivados da mesma maneira, de tal modo que qualquer sujeito que se apresente como pertencente àquele conjunto, aciona em sua apresentação o tom da inovação da proposta, a articulação com poderosos discursos globalizados (como, por exemplo, referentes ao meio ambiente, à cidadania, à solidariedade, etc) ou que se coadunassem com o ideário da Reforma Sanitária (o Sistema Único de Saúde, a integralidade, o trabalho em equipe). São discursos que, ao falarem das necessidades pedagógicas para formar o profissional idealizado pelo conjunto, acionam a questão da Reforma Universitária e dos serviços de saúde.

A articulação entre os discursos da Residência e os discursos da Integralidade aparece, a meu ver, apostando na emergência da Integralidade como condição de possibilidade para a construção da proposta pedagógica das Residências, e deve-se também ao fato de ter como *autores*, ou talvez seja melhor falar em enunciadores, personagens que transitam pelos dois temas.

Esses jogos de verdade e enredamentos que se constroem a partir dos discursos e que, em nossa sociedade, constituem a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde como uma invenção cultural, instituem-na de diferentes formas e a modificam de acordo com as políticas culturais e governamentais, dependendo da região ou instituição, onde a proposta se encontra inserida.

Assim, essa Residência pode ser um espaço estrategicamente fabricado, num sistema complexo de relações, que envolve poder (e conseqüentemente saber). O que busquei ao longo dos meus escritos foi argumentar como um discurso se organiza, como produz e como incita o aprendizado de um conjunto de

conhecimentos. Além disto, quis mostrar os jogos de poder envolvidos na verdade sobre a formação em saúde.

O fato de ter pesquisado sobre o assunto da Residência não faz de mim um sujeito fora deste discurso. Ao contrário disso, creio ter construído um percurso de investigação, em que a todo instante apareceram características minhas, as quais fizeram parte da jornada de subjetivação e interpelação que motivaram este estudo. Com isto, minha idéia era inquietar e desestabilizar verdades sobre a Residência Integrada/Multiprofissional em Saúde, que já estão caprichosamente sedimentadas em nossa cultura.

Pude perceber que o mundo das significações e sentidos dos diferentes atores e atrizes cujas vozes falaram nesta pesquisa evidenciam que as posições de sujeitos que assumem carregam as representações do seu mundo e estão consoantes com os lugares de onde falam. Considerando que a voz que toma aquele corpo que fala amplifica os discursos possíveis na comunidade de discurso em que o corpo se encontra, fala e faz falar o que está autorizado, cala e faz calar o que não é considerado possível, subjetiva e constitui posições de sujeito.

Concluir, para quê? Para pôr um ponto final, porque o show já está terminando, porque a música vai acabar. Mas outras melodias virão, outros sons, outros tons... A música que canta, que encanta, por vezes é leve, livre, embala o sono, nos leva para a ilha da fantasia. Outras são arrebatadoras, são fortes, vêm para mexer e estremecer, carregam tudo o que está por perto, devastam, até parecem um olho de furacão...

MEUS LENÇOS E DOCUMENTOS...

ABRASCO. Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social. Grupo de trabalho sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social (Informe Final). **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, Rio de Janeiro, n. 3. p.105-109, 1984.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 47-54, jan./abr. 2006.

AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa Aguiar. O que é a Residência em Enfermagem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações para o enfermeiro residente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.9-12.

ALBANO, Sérgio. Michel Foucault: **Glosario Epistemológico**. Buenos Aires: Quadrata, 2007.

AMRIGS. **Entrevista**: Antônio Carlos Lopes. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/entrevistas_detalhe.asp?campo=1049&secao_id=143>. Acesso em: 24 jul. 2007.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Residência multiprofissional engloba 13 profissões de saúde**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=2533>. Acesso em: 08 fev. 2007.

.ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Antônio Carlos Lopes pede demissão da Comissão de Residência Médica**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=3240>. Acesso em 29 jan. 2008.

BARCELLOS, Guilherme Brauner. **Multiprofissionalidade**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinahospitalar.com.br/word/multiprofissionalidade.pdf>>. 2007. Acesso em: 10 set. 2007.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 260p

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 1, nov./2005. Publicação apócrifa.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 2, fev./2006a. Publicação apócrifa.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 3, ago./2006b. Publicação apócrifa.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 4, ago./2006c. Publicação apócrifa.

BRASIL. Presidência da República. **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. Publicado no Diário Oficial da União de 06/09/1977. Disponível em: <http://www.abramer.com.br/Pdf/decreto80281.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2008.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei Federal nº8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília, 1998.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria 109/04 de 31 de março de 2004**. Porto Alegre, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília, 23 de julho de 2004b.

_____. Presidência da República. **Medida Provisória 238 de 1º de fevereiro de 2005**. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude – CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. Brasília, 2005a.

_____. 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 de Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005d.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial nº 2.538 de 19 de outubro de 2006**. Constitui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS). Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial 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. Brasília 2007a.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial nº 698 de 19 de Julho de 2007**. Brasília, 2007b.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As Muitas Vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-CEPESC-ABRASCO, 2006. p.11-15.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2003. p.211-226.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: Uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. **Caderno de Textos para Subsidiar as Discussões Sobre Residência Médica nas Coordenações Locais da DENEM**, Florianópolis, p. 22-23, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/>>. Acesso em: 11 out. 2006.

_____. Residência e Educação Permanente em Saúde no Cenário do Sistema Único de Saúde, Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS (5.: 2006: Buenos Aires). [Anais...]. Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2006.

CENTRO ACADÊMICO SARMENTO LEITE – CASL. Residência Multiprofissional: afinal, o que é isso? In: DEBATE AUDITÓRIO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (2006: Porto Alegre). [Apresentação]. Porto Alegre, 2006.

CERTIFICADO para residentes. **Revista Grupo Conceição**, Porto Alegre, ano 1, n. 2, jul. 2006.

CHEEK, Julianne. **Postmodern and Poststructural Approaches to Nursing Research**. California: Sage Publications, 2000.

COFFITO. **Portaria cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e define residências**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=206&psecao=7>. Acesso em: 08 fev. 2007.

COLETIVO GAÚCHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE – CGMRS. **Informativo RisGaúcha**, Porto Alegre, out. 2007.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. **Ata nº25/2004**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www.conselhodesaude.poars.nom.br/default.php?reg=23&p_secao=30>. Acesso em: 07 jul. 2007.

CONTRATUALIZAÇÃO une entidades do setor da e mobiliza saúde no RS. **Informativo CREMERS**, Porto Alegre, p. 11, jul. 2006. Disponível em: <http://www.cremers.com.br/cremers/uploads/cremers_34.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: ARANHA, Ilorio Aranha (Org.). **Direito Sanitário e Saúde Pública**: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v.1.

DALLEGRAVE, Daniela; SILVA, Quelen Tanize Alves da. **Residência Integrada em Saúde**: TRANSformação INTERdisciplinar. 2006. Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Integrada em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2006.

DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, p. 109-117, 2006.

DE CAMPOS, Francisco Eduardo. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na Atual Conjuntura Brasileira. **Boletim ABRASCO**, Rio de Janeiro, n. 76, 2000. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol76/bol76part1.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: BALBIER, E. (Org.). **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161.

_____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. A Genealogia do Indivíduo Moderno: a Analítica Interpretativa do Poder, da Verdade e do Corpo. In: _____ (Orgs.). **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.113-115.

ELIAS, Paulo. **Residência Médica no Brasil**: a institucionalização da ambivalência. 1987. 155 f. Mestrado em Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

ENSINO e pesquisa estão entre as prioridades da nova gestão. **Caderno Especial do Jornal do Comércio** – Dia do Médico, Porto Alegre, ano 75, n. 101, 18 out. 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Rede Unida, 1998.

_____. A formação de médicos especialistas no Brasil. **Caderno de Textos para Subsidiar as Discussões sobre Residência Médica nas Coordenações Locais da DENEM**, Florianópolis, p.4-10, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/>>. Acesso em: 11 out. 2006.

FIGUEIREDO, André. **Parecer apresentado em plenário pelo deputado designado para manifestar-se pela comissão mista incumbida da apreciação da matéria: Medida Provisória 238, de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/307954.htm>. Acesso em: 25 jul. 2007.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O Estatuto Pedagógico da Mídia: questões de análise. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22. n. 2. p. 59-79, jul./dez. 1997.

_____. Foucault e a Análise do Discurso em Educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p.197-223, nov. 2001.

_____. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.28, n.1, p.151-162, jan./jun. 2002a.

_____. Educação, subjetividade e cultura nos espaços midiáticos. **Cadernos temáticos: multimeios e informática educativa**, Porto Alegre, 2002b. Disponível em: <http://www.midiativa.org.br/index.php/educadores/content/view/full/1852>. Acesso em 28 nov. 2007.

FORMAÇÃO de Massa Amorfa: Residência Multiprofissional tenta reduzir Importância do Médico na Equipe. **VOX Médica**, Porto Alegre, ano VI, n. 34, jun. 2007.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – FNRMS. **Informativo em Movimento**, Rio de Janeiro, ano I, n. 2., set. 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. **Microfísica do Poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.

_____. **Tecnologias del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós, 1995b.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

_____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a.

_____. **Um dialogo sobre el poder**. Madrid: Alianza, 2000b.

_____. **Ditos & Escritos III - Estética: literatura e pintura, música e cinema**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001a.

_____. **Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001b.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 2003.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 2, mar./abr. 2005.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios - das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília: ABEn, 2004.

LAPPIS. Ricardo Ceccim – A Integralidade Ensina os Profissionais a Lidarem com Histórias de Vida. **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, 2005.
Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=179&sid=25>.
Acesso em: 07 jul. 2007.

_____. **Carta de resultados e recomendações: Evento - Roda acadêmica Multiprofissional de residência em Saúde e Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro, 2006. 5p.

_____. Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, em Salvador. **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=7507sid=1>. Acesso em: 11 jul. 2007.

LESSA, Gessilda Meira. Residência Multiprofissional como Experiência de Atuação Interdisciplinar na Assistência à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 107-110, dez. 2000.

LOPES, Antônio Carlos. Reflexões Sobre a Residência Médica. **Repórter Diário**, Santo André, set. 2007a. Disponível em: <<http://www.reporterdiario.com.br/index.php?id=35600>>. Acesso em: 18 set. 2007.

_____. **Residência Médica**: abrangência única. [São Paulo], 2007b. Disponível em: <http://www.jovensmedicos.org.br/Artigo_detalhe.aspx?artigo=6>. Acesso em: 21 set. 2007.

MACHADO, Kátia. Equipe Mínima, dilemas e respostas. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 08-10, nov. 2006.

MACHADO, Roberto. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas definições acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.

MAYER JR., Manoel. **Problematizações para o Desenho da RIS**: reflexões a partir da sistematização. Porto Alegre, 2002. Mimeografado.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Portaria cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=457>>. Acesso em: 08 fev. 2007.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Residência em Saúde da Família: a preceptoria de Enfermagem lapidando seu objeto de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 111-115, dez. 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Multiprofissionalismo amplia conhecimento de saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/noticia_det_imprime.cfm?id_noticia=411>. Acesso em: 02 dez. 2006.

PETERS, M.. Parte I: Estruturalismo, Pós-Estruturalismos e Pós-Modernismo. In: _____. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**: uma introdução. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**: PREMUS/PUCRS. Porto Alegre: PUCRS, 2006. Mimeografado.

RAMOS, Alexandre de Souza. Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Debate. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade**: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC:ABRASCO, 2006.

RESIDÊNCIA Multiprofissional é um engodo. **SIMERS em Revista**, Porto Alegre, ano 05, n. 24, p. 8-10, jul. 2005a.

RESIDÊNCIA para não-médicos vira lei. **SIMERS em Revista**, Porto Alegre, ano 05, n. 24, p. 26-27, jul. 2005b.

RESIDÊNCIA Multiprofissional e Banalização da Medicina. Rio de Janeiro: SBM, 2006a. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1705&tipo_de_talhe=s>. Acesso em: 02 fev. 2007.

RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família: do Movimento Sanitário à nova forma de tratar a comunidade. **Revista Brasileira: Saúde da Família**, Brasília, ano VII, n. 10, p. 4-7, abr./jun. 2006b.

RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde: Investimento na integralidade entre as 14 profissões. **Revista Brasileira: Saúde da Família**, Brasília, ano VII, n. 10, p. 8-9, abr./jun. 2006c.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.179-181, 2001.

_____. 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. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.16 n.1, 2002a.

_____. Portaria nº 71, de 06 de dezembro de 2002. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.16 n.1, 2002b.

ROUANET, Sérgio P. et al. **O Homem e o Discurso** (a arqueologia de Michel Foucault). 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

SILVA, T.T. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, T. (Org.). **O Sujeito da Educação**. Petrópolis: Vozes, 1994.

SILVA, Francisca Valda da. Residência em Área Profissional da Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde: Sociedade Civil e Estado na construção coletiva de uma política pública. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 48, n. 1/2, p. 18, jan./jun. 2006.

SIMERS. **Carta enviada aos associados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2007.

SIMERS em Revista, Porto Alegre, jul. 2005

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e Educação: Há algo de novo sob o sol? In: _____ (Org.). **Crítica Pós-Estruturalista e Educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

_____. Incluir para Excluir. In: LARROSA, Jorge; SKLIAR, Carlos (Org.). **Habitantes de Babel: Políticas e Poéticas da Diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. Pensar a escola como uma instituição que pelo menos garanta a manutenção das conquistas fundamentais da Modernidade (entrevista). In: Marisa Cristina Vorraber Costa. (Org.). **A escola tem futuro?** Rio de Janeiro (RJ): DP&A, 2003, p. 103-126.

_____; LOPES, Maura Corcini. Identidade, cultura e semelhanças de família: as contribuições da virada lingüística. In: BIZARRO, Rosa (Org.). **Eu e o Outro**. Porto: Universidade do Porto, 2007. No prelo.

VOX Médica. Porto Alegre, Ano VI, nº. 34, Jun. 2007.

APÊNDICE - Corpus de análise

1. A POLÊMICA residência multiprofissional: Entidades médicas estão alertas à proposta do Ministério da Saúde. **Jornal AMRIGS**, Porto Alegre, p. 13, jan./fev. 2005.
2. ABRASCO. Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social. Grupo de trabalho sobre Multiprofissionalidade nas Residências em Medicina Preventiva e Social (Informe Final). **Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, Rio de Janeiro, n. 3, p.105-109, 1984.
3. AMRIGS. **Entrevista:** Antônio Carlos Lopes. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/entrevistas_detalhe.asp?campo=1049&secao_id=143>. Acesso em: 24 jul. 2007.
4. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Residência multiprofissional engloba 13 profissões de saúde**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=2533>. Acesso em: 08 fev. 2007.
5. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **Antônio Carlos Lopes pede demissão da Comissão de Residência Médica**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.amb.org.br/mc_noticias1_abre.php3?w_id=3240>. Acesso em 29 jan. 2008.
6. AVANÇOS na Residência Médica. **JAMB**, São Paulo, p. 5, jan./fev. 2005. Disponível em: <http://www.amb.org.br/jamb/jan_fev05/pg5.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2006.
7. BARCELLOS, Guilherme Brauner. **Multiprofissionalidade**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinahospitalar.com.br/word/multiprofissionalidade.pdf>>. 2007. Acesso em: 10 set. 2007.
8. BARROS, Newton. Cortando o Sete. **AMRIGS Documenta**, Porto Alegre, ano II, n. 2, p. 2, jul. 2006.
9. BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 1. Publicação apócrifa. Porto Alegre. nov./2005.

10. BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 2. Publicação apócrifa. Porto Alegre. fev./2006a.

11. BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 3. Publicação apócrifa. Porto Alegre. mar./2006b.

12. BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 4. Publicação apócrifa. Porto Alegre. ago./2006c.

13. BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria 109/04 de 31 de março de 2004**. Porto Alegre, 2004a.

14. _____. Ministério de Educação. **Assessoria de Imprensa. MEC cria novas especializações para profissionais ligados à saúde**. Santa Maria: Volver – Programa UFSM de ex-Alunos, 2007. Disponível em: <<http://coralx.ufsm.br/ex-alunos/index.php?acao=noticias&id=13209&PHPSESSID=b326a258e123796ee2600715ed47bd84>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

15. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília, 2004b.

16. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005.

17. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

18. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**. Brasília, 2004.

19. _____. **Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005**. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.

20. _____. **Portaria Interministerial 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. Brasília, 2007.

21. _____. Presidência da República. **Medida Provisória 238 de 1º de fevereiro de 2005.** Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude – CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. Brasília, 2005.

22. _____. 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 de Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.

23. CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, dez. 2001.

24. _____. Gestão da Educação em Saúde Coletiva e Gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Orgs.). **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Da Casa, 2002.

25. _____. FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: Uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. **Caderno de Textos para Subsidiar as Discussões Sobre Residência Médica nas Coordenações Locais da DENEM**, Florianópolis, p. 22-23, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/>>. Acesso em: 11 out. 2006.

26. _____. Residência e Educação Permanente em Saúde no Cenário do Sistema Único de Saúde, Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS (5.: 2006: Buenos Aires). [Anais...]. Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2006.

27. CENTRO ACADÊMICO SARMENTO LEITE – CASL. Residência Multiprofissional: afinal, o que é isso? In: DEBATE AUDITÓRIO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (2006: Porto Alegre). [Apresentação]. Porto Alegre, 2006.

28. CERTIFICADO para residentes. **Revista Grupo Conceição**, Porto Alegre, ano 1, n. 2, jul. 2006.

29. COFFITO. **Portaria cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e define residências**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=206&psecao=7>. Acesso em: 08 fev. 2007.

30. COLETIVO GAÚCHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE – CGMRS. **Informativo RisGaúcha**, Porto Alegre, out. 2007.

31. CONASEMS. **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional é instituída**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_doc=823>. Acesso em: 08 fev. 2007.

32. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE – CMS/POA. **Ata nº25/2004**. Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www.conselhodesaude.poars.nom.br/default.php?reg=23&p_secao=30>. Acesso em: 07 jul. 2007.

33. CONTRATUALIZAÇÃO une entidades do setor da e mobiliza saúde no RS. **Informativo CREMERS**, Porto Alegre, p. 11, jul. 2006. Disponível em: <http://www.cremers.com.br/cremers/uploads/cremers_34.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

34. CRÍTICAS à residência no Hospital São Pedro. **SIMERS em Revista**, Porto Alegre, Ano 5, n. 24, p. 28-29, jul. 2005.

35. DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, p. 109-117, 2006.

36. D'ÁVILA, Roberto Luiz. **Não se Trata com Igualdade os Desiguais e com Desigualdade os Iguais**. São Paulo: AMB, 2004. Seção Espaço do Médico. Disponível em: <http://www.amb.org.br/inst_artigos_template.php3?pagina=art_20>. Acesso em: 11 maio 2007.

37. DE CAMPOS, Francisco Eduardo. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na Atual Conjuntura Brasileira. **Boletim ABRASCO**, Rio de Janeiro, n. 76, maio 2000. Disponível em:

<<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol76/bol76part1.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

38. ENSINO e pesquisa estão entre as prioridades da nova gestão. **Jornal do Comércio**, Porto Alegre, ano 75, n. 101, 18 out. 2007. Caderno Especial do Dia do Médico

39. ESCOLA de Saúde Pública realiza Primeiro Encontro de Residência Integrada e homenageia 30 anos. Porto Alegre, Governo do Estado do RS. Palácio Piratini, 2006. Disponível em:

<<http://www.rs.gov.br/master.php?capa=43&int=noticia¬id=54464&pag=190&editoria=&orig=1>>. Acesso em: 07 jul. 2007.

40. FIGUEIREDO, André. **Parecer apresentado em plenário pelo deputado designado para manifestar-se pela comissão mista incumbida da apreciação da matéria:** Medida Provisória 238, de 2005. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/307954.htm>. Acesso em: 25 jul. 2007.

41. FINAL de ano da AMERGHC. **Jornal da AMEHC**, Porto Alegre, Ano X, nº. 44, p. 11, dez. 2005.

42. FORMAÇÃO de Massa Amorfa: Residência Multiprofissional tenta reduzir Importância do Médico na Equipe. **VOX Médica**, Porto Alegre, ano VI, n. 34, jun. 2007.

43. FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – FNRMS. **Informativo em Movimento**, Rio de Janeiro, ano I, n. 2., set. 2007.

44. FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO - FUNDAP. **Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)**. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br>>. Acesso em: 08 dez. 2006.

45. GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 2, mar./abr. 2005.

46. LAPPIS. Ricardo Ceccim – A Integralidade Ensina os Profissionais a Lidarem com Histórias de Vida. **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=179&sid=25>. Acesso em: 07 jul. 2007.

47. LAPPIS. **Carta de resultados e recomendações**: Evento - Roda acadêmica Multiprofissional de residência em Saúde e Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro, 2006a. 5p.

48. LAPPIS. Residentes se mobilizam para a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, out. 2006b. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=687&sid=20>>. Acesso em: 16 out. 2006.

49. LAPPIS. Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, em Salvador. **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, 2007^{ab}. Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=7507&sid=1>. Acesso em: 11 jul. 2007.

50. LAPPIS. Encontro do Fórum de Residentes em Salvador Supera Expectativas. . **Boletim Integralidade em Saúde**, Rio de Janeiro, 2007^{bc}. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=781&sid=20>>. Acesso em: 11 set. 2007 .

51. LESSA, Gessilda Meira. Residência Multiprofissional como Experiência de Atuação Interdisciplinar na Assistência à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 107-110, dez. 2000.

52. LOPES, Antônio Carlos. Reflexões Sobre a Residência Médica. **Repórter Diário**, Santo André, set. 2007a. Disponível em: <<http://www.reporterdiario.com.br/index.php?id=35600>>. Acesso em: 18 set. 2007.

53. LOPES, Antônio Carlos. **Residência Médica**: abrangência única. [São Paulo], 2007b. Disponível em: <http://www.jovensmedicos.org.br/Artigo_detalhe.aspx?artigo=6>. Acesso em: 21 set. 2007.

54. MACHADO, Kátia. Equipe Mínima, dilemas e respostas. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 08-10, nov. 2006.

55. MARQUES, Hugo Braz et al. A Experiência de Residentes em Saúde da Família no Enfoque Integral da População Adscrita do PSF Sereno. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Resumos ampliados do VI Seminário do**

Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPES/ABRASCO, 2006.

56. MÉDICOS na chefia. **Informativo CREMERS**, Porto Alegre, p. 5, jul. 2006. Disponível em: <http://www.cremers.com.br/cremers/uploads/cremers_34.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

57. MÜLLER, Marisa Campio; HAAG, Cristina Beatriz; SILVA, Juliana Dors Tigre da. A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da Psicologia. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2001.

58. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Portaria cria Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/interna.php?id=457>>. Acesso em: 08 fev. 2007.

59. OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Residência em Saúde da Família: a preceptoria de Enfermagem lapidando seu objeto de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. esp., p. 111-115, dez. 2000.

60. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Multiprofissionalismo amplia conhecimento de saúde.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/noticia_det_imprime.cfm?id_noticia=411>. Acesso em: 02 dez. 2006.

61. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Portaria cria Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde.** Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/noticia_det_imprime.cfm?id_noticia=536>. Acesso em: 08 jul. 2007.

62. PASINI, Vera Lúcia. Residência Multiprofissional em Saúde: uma estratégia de formação de profissionais para o SUS. **Entre Linhas: Psicologia e Formação**, Porto Alegre, ano VII, n. 33, p. 7, mar./abr. 2006.

63. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS. **PUCRS Informação**, Porto Alegre, Ano XXIX, n. 131, set./out. 2006.

64. RAMOS, Alexandre de Souza. Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Debate. In: PINHEIRO, Roseni;

MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade**: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC:ABRASCO, 2006.

65. REDE UNIDA. In Rede. **Boletim Eletrônico/Informativo da Rede Unida**, Londrina, n. 65, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/novoinrede/view.asp?id=27>>. Acesso em: 08 fev. 2007.

66. RESIDÊNCIA Multiprofissional é um engodo. **SIMERS em Revista**, Porto Alegre, ano 05, n. 24, p. 8-10, jul. 2005a.

67. RESIDÊNCIA para não-médicos vira lei. **SIMERS em Revista**, Porto Alegre, ano 05, n. 24, p. 26-27, jul. 2005b.

68. RESIDÊNCIA Multiprofissional: categoria médica foi excluída. **Jornal da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, p.5, jan./fev. 2005c.

69. RESIDÊNCIA Multiprofissional e Banalização da Medicina. Rio de Janeiro: SBM, 2006a. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=1705&tipo_de_talhe=s>. Acesso em: 02 fev. 2007.

70. RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família: do Movimento Sanitário à nova forma de tratar a comunidade. **Revista Brasileira: Saúde da Família**, Brasília, ano VII, n. 10, p. 4-7, abr./jun. 2006b.

71. RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde: Investimento na integralidade entre as 14 profissões. **Revista Brasileira: Saúde da Família**, Brasília, ano VII, n. 10, p. 8-9, abr./jun. 2006c.

72. RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família na UFBA: sotaque baiano por uma saúde integral. **Revista Brasileira: Saúde da Família**, Brasília, ano VII, n. 10, p. 10-11, abr./jun. 2006d.

73. RESIDÊNCIA Integrada em Saúde. **O Bisturi**, Porto Alegre, ano 61, n. 02, p. 12-13, set. 2006e.

74. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p.179-181, 2001.

75. _____. 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. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16 n. 1, 2002a.

76. RODA Acadêmica Multiprofissional de Residência em Saúde e a Reforma Sanitária. Carta de Resultados e Recomendações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA (8.: 2006 : Rio de Janeiro). [**Anais...**]. Rio de Janeiro, 2006.

77. ROSSONI, Eloá; FARIAS, Élson Romeu. O Processo de Ensino-Aprendizagem na Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.16, n.1, 2002.

78. SAUDÁVEL tensão. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 50, p.13, out. 2006.

79. SILVA, Clécio Homrich da. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p.105-115, 2002.

80. SILVA, Francisca Valda da. Residência em Área Profissional da Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde: Sociedade Civil e Estado na construção coletiva de uma política pública. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 48, n. 1/2, p. 18, jan./jun. 2006.

81. SIMERS. **Carta enviada aos associados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2007.

82. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE – SBMFC. **Segue Abaixo um Breve Histórico da MFC no Brasil**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/site/sbmfc/hist-r.asp>>. Acesso em: 07 jul. 2007.

83. VALENZUELA, Stella Máris. **Assembléia aprova Bolsa de Estudo para Residência em Saúde**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do RS, 2002. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Dep/site/materia_antiga.asp?txtIDMateria=25377&txtIDDep=5>. Acesso em: 07 jul. 2007.