

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva



**Camila Costa Frigo de Carvalho**

**"A FORMAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA NO  
SUS"**

**UNICAMP**

Campinas

2015

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
Faculdade de Ciências Médicas “Zeferino Vaz”  
Departamento de Saúde Coletiva



**Camila Costa Frigo de Carvalho**

**"A FORMAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A PRÁTICA NO  
SUS"**

**UNICAMP**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental na Saúde Coletiva como condição para o título de especialista em saúde mental, sob orientação de Ellen Ricci.

Campinas

2015

## Introdução

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) foi criado na constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei 8142/90). Esta lei decreta e sanciona que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Os quatro princípios do SUS são: *integralidade* que concebe o ser humano como um ser complexo (bio-psico-social) que deve ser atendido em todas as suas necessidades e em todos os níveis hierárquicos do sistema; a *equidade* por prever um acesso igualitário às ações e serviços e a *universalidade* que pressupõe acesso a toda população, e a participação social através de conselhos locais e conferências de saúde.

Pensando os princípios e as diretrizes do sistema de saúde podemos perceber algumas práticas que se colocam distantes daquilo que está preconizado. Nas instituições é possível identificar questões como: precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; formação dos trabalhadores de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (Brasil, 2006).

Uma vez que o modelo de atenção do SUS é contrário ao modelo vigente da lógica privada que tem o foco na obtenção lucros e não os processos que promovem potência de vida nos sujeitos, é de extrema importância, para alcançar real mudança do sistema público, que a prática profissional esteja em consonância com o modelo para o qual opera.

A Política Nacional de Saúde se organiza em Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, nas quais a Atenção Primária passa a assumir o papel de centro comunicador da rede, tendo como objetivo central a integração de serviços e ações de saúde para a atenção integral a indivíduos, grupos e populações. A Política Nacional de Saúde Mental, que nasce com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, também objetiva a construção de Redes de Atenção à Saúde Mental, com serviços territorializados, de base comunitária e substitutivos ao modelo asilar de atenção, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Programas de Geração de

Renda, Equipes de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A complexidade da rede de saúde reflete a complexidade do que é o trabalho com a vida e a subjetividade. Enxergar o sujeito de modo integral significa que as várias profissões devem trabalhar em conjunto, cada uma delas contribui com sua bagagem específica de conhecimentos, mas sempre priorizando a não fragmentação do cuidado. A nova forma de cuidar e suas dificuldades de implementação na prática nos dá a dimensão da importância de nos ocuparmos com os modos de formar profissionais capacitados a promover saúde dentro da lógica contínua e integral da atenção.

A questão da formação, sendo uma das diretrizes do SUS, deve estar sempre em análise dentro do cenário brasileiro uma vez que as instituições de ensino superior, formadoras de profissionais para a área de saúde, de modo geral, tendem a servir um modelo biomédico focando pouco (ou quase nada) nos paradigmas da saúde pública. Tal fato se evidencia dentro dos serviços da rede de saúde com o nítido despreparo técnico, científico e político de alguns trabalhadores (Canônico e Bretas, 2008).

O pouco empoderamento político e precária participação no controle social da população brasileira em geral, mostra que a formação dos profissionais que se dispõem a trabalhar na rede de saúde é crucial não somente para o funcionamento satisfatório e humanizado dos serviços, mas também para a constante construção do SUS na medida em que os trabalhadores devem ser apropriados e trabalhar para apropriar a população de seus direitos de cidadania.

Os Programas de Residência Multiprofissional nascem no contexto da revisão e substituição no modelo de atenção com o objetivo específico de uma formação sólida e consonante com as diretrizes do SUS pensando em evitar e solucionar práticas que degradam o sistema. A formação do profissional residente envolve ensino e pesquisa por meio de práticas assistenciais através da inserção na rede de atenção no SUS.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma reflexão sobre os programas de Residência Multiprofissional em Saúde como uma possibilidade de formação de profissionais no SUS e para o SUS, a partir da vivência enquanto residente no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP.

## **Formação em Saúde e sua Relação com a Prática no SUS**

Nas décadas de 1970 e 1980, no auge da ditadura militar, organizam-se no Brasil movimentos de resistência. O Movimento Sanitário Brasileiro surge da luta por direitos e cidadania combatendo a comercialização da saúde, que era até então, financiada com dinheiro público da Secretaria de Assistência e Ministério da Previdência Social (Brasil, 2006).

O movimento sanitário, que entendia por saúde condições favoráveis e dignas de vida e trabalho, ganha popularidade e apoio das áreas da Saúde Pública e Saúde Preventiva que já apresentavam estudos demonstrando fatores sociais e ambientais como parte inerente do processo de adoecimento (Ceccim e Ferla, 2009).

A saúde ganha uma visão ampliada e considera que o adoecimento se trata de um processo influenciado por múltiplos fatores. Partindo dessa visão, faz-se também uma crítica ao modelo de formação médica biologicista e fragmentada na especialidade (Brasil, 2006). Em 1976 surge no Rio Grande do Sul a primeira residência em medicina comunitária, que se torna multiprofissional dois anos mais tarde. Seu objetivo era formar profissionais que atendessem a nova proposta de atenção em saúde e visão de sujeito, lutando contra o modelo fragmentado hegemônico (Brasil, 2006).

Esses movimentos de resistência, que lutam pelo ideário de que as pessoas tenham mais autonomia e saúde (Ceccim, 2005), são os que fortalecem a ideia e originam o Sistema Único de Saúde (SUS), que se instaura como uma política de estado, a partir da Constituição de 1988. A saúde passa a ser considerada direito de todos os cidadãos e dever do Estado, contrapondo os princípios liberais e neoliberais, entendendo que a participação do Estado deve ser ampla e o sistema de saúde deve ter como princípios a Universalidade, Equidade e a Integralidade (Teixeira, 2011).

A Constituição também prevê que compete ao SUS ordenar a formação de Recursos Humanos para saúde (Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, art. 200). Além da criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS (Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, art. 14).

A criação das Equipes de Saúde da Família colocou em prática o novo modelo de atenção proposto. Seu objetivo foi substituir o modelo de atenção vigente deixando o olhar prescritivo para lançar luz sobre outros aspectos do processo saúde-doença, por meio de aproximação da comunidade através dos agentes comunitários de saúde. Com um olhar ampliado, a Equipe de Saúde da Família traz a valorização do trabalho multidisciplinar e intersetorial com a visão da saúde coletiva que considera os aspectos sociais e históricos da vida do sujeito dentro do território (Brasil, 2006).

Mais do que nunca as contradições entre o novo olhar do sistema de saúde e a formação dos profissionais que atuam nele se evidenciam. Percebe-se que a modificação na lógica de trabalho traz a necessidade do investimento na formação de profissionais. Passa-se a buscar trabalhadores com uma visão integrada entre clínica, saúde mental e saúde coletiva, com perfil crítico e humanizado para observar e entender as necessidades dos usuários e do território (Brasil, 2006).

Em 1999 o Departamento de Atenção Básica e os integrantes do Movimento Sanitário articulam-se para formar grupos interessados em criar residências em saúde da família, de forma criativa e inovadora (Brasil, 2006).

Em 2001 o Conselho Nacional da Educação publica um documento que traz diretrizes reformuladas para cursos da área da saúde. Dentre as diretrizes prioriza-se o fortalecimento da teoria com a prática, o reconhecimento de habilidades e competências adquiridas fora de ambiente escolar e é reforçada a articulação entre Ensino Superior e Saúde, trazendo o conceito de saúde e os princípios do SUS como elementos inerentes a formação.

Em 2002, o Ministério da Saúde cria a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde. A partir daí surgem diversas propostas de estágios e vivências com o objetivo de aproximar estudantes do SUS, de modo a potencializar e fortalecer futuros profissionais para a rede de saúde pública (Canônico e Bretas, 2008). No mesmo ano dezenove residências multiprofissionais surgiram em diferentes formatos, apostando na experiência em campo como forma estratégica de capacitação para o trabalho em contextos complexos que demandam intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi legitimada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2003, tornando a educação dos trabalhadores de saúde uma ação finalística para qualidade dos serviços do SUS (Ceccim, 2005).

O início da regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se dá com a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS). O investimento financeiro, pedagógico e político das RMS têm como objetivo tanto a qualificação da formação de profissionais quanto um novo desenho do cuidado e assistência do SUS (Brasil, 2006). Cabe a CNRMS, junto ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação avaliar, credenciar e registrar certificados dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2013).

A mobilização da academia, dos trabalhadores e dos movimentos sociais fortaleceu a ideia de que “saúde” e “cidadania” são conceitos que caminham juntos. Nesse contexto o investimento na formação no SUS se evidencia como sendo fundamental para a continuidade do sistema, seja na graduação, pós-graduação ou com políticas de educação permanente para os trabalhadores já inseridos nas equipes (Canônico e Brêta, 2008). Segundo Ceccim e Ferla (2008)

“O conceito de educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações para tornar-se a formação de um quadro de militantes do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade (...). Profissionais detentores, portanto, de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas estando à qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico (...).” - (Ceccim e Ferla, 2008, pp. 445).

Os militantes do movimento sanitário acreditavam que a mudança no modelo de saúde movimentaria por consequência a formação dos profissionais para o novo mercado de trabalho (Ceccim e Ferla, 2008). Mas a quem interessa o SUS? Não ao sistema privado que disputa o imaginário profissional dos trabalhadores e faz da

formação em saúde uma das grandes forças de resistência neoliberal que utiliza tudo como produto, inclusive a saúde.

As universidades não acompanharam as mudanças na saúde, pautando-se ainda na educação conservadora onde professores são detentores de conhecimento que deve ser absorvido pelos alunos. O currículo universitário implica em tomadas de posições éticas e políticas dessas instituições que, por sua vez, demonstram que desconsideram questões políticas e sociais que trazem a necessidade de instrumentalizar os futuros profissionais (Canônico e Brêta, 2008).

O que Neves e Heckert (2007) chamam de “formação-consumo”, seria o próprio consumo do conhecimento recebido por técnicas simplificadas e descoladas do cotidiano e dos desafios do processo de trabalho. Esse tipo de formação conservadora concebe os futuros profissionais como receptores passivos ou recipientes vazios que podem armazenar conhecimento fragmentado a ser aplicado. O usuário passa a ser objeto de estudo/diagnóstico porque está sujeito a aplicação desse conhecimento. Cada vez mais se detém o saber sobre o outro, seu corpo e seu entorno, repetindo o modo como foi aprendido: o usuário é nesse caso um receptor passivo para ser diagnosticado pela verdade absoluta adquirida durante anos de estudo.

Grande parte das universidades não forma seus alunos para que compreendam o SUS, resultando em uma visão negativa do sistema que é utilizado somente para aquisição de conhecimento científico, sem nenhum envolvimento com a política (Canônico e Brêtas, 2008) negando que a relação entre trabalho e ensino é uma mão de duas vias e busca equilíbrio (Ceccim, 2005).

Um profissional formado nesses moldes terá nos serviços de saúde do SUS apenas um emprego, sem entender que, como diz Campos (1997), a defesa a vida deveria ser o imperativo maior dos trabalhadores e serviços de saúde, deveria ser a missão e a legitimidade do seu lugar social. Como vai ser a qualidade da relação do trabalhador com os usuários e como ficará sua própria saúde se não entende a que está servindo? Colocar a formação em evidência significa reconhecer que o trabalho em saúde implica em trabalhadores que aprendam a aprender, comprometidos sempre com o desenvolvimento de si e dos coletivos (Ceccim, 2005).

Devemos considerar que, assim como todos os outros setores, a saúde também está atravessada por inúmeras influências da sociedade neoliberal. É previsto na

Constituição Federal que, quando os recursos financeiros forem insuficientes, o SUS pode contar com a complementariedade do setor privado através de convênios e contratos, entretanto as dificuldades administrativas por parte do Estado, quando colocadas junto aos interesses políticos e partidários trazem como uma grande ameaça à privatização e a abertura cada vez maior para empresas que veem na saúde um negócio, não reconhecendo os usuários como cidadãos de direito. Empresas estas que fazem uso da mão-de-obra acrítica que as universidades continuam a formar sem entender seu compromisso dialético com o SUS, pois ao mesmo tempo que formam sua mão-de-obra buscam no sistema o aprimoramento de “sua própria práxis” (Canônico e Brêtas, 2008).

A Residência Multiprofissional em Saúde, que se origina e se fortalece na necessidade específica de formar profissionais no SUS e para o SUS, não oferece garantias que após a formação, esse profissional permanecerá no sistema público de saúde. Grande parte dos concursos públicos não reconhece a residência como título de pós graduação, e quando reconhece a coloca como uma especialização (carga horária mínima de 360 horas), desconsiderando que a linha pedagógica (prático-teórica) e a carga horária (60 horas semanais por dois anos) são diferenças importantes.

Também não há ainda uma fiscalização dos programas de residência pelo Brasil. Isso implica que as resoluções feitas pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde para regulamentar os programas de residência, mesmo que sejam válidas, sem a fiscalização e avaliação dão abertura para que cada programa tenha autonomia para funcionar como entende que pode e deve. Claro que certo grau de autonomia deve ser garantido levando em conta as especificidades de cada programa, portanto é previsto que cada programa de residência é responsável pela organização de seu projeto pedagógico (Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, art. 5), no entanto, os encontros de residentes em seminários regionais e nacionais deixam claro como a autonomia exacerbada pode pender para interesses institucionais e prejudicar a organização de um projeto pedagógico coerente e comprometido com o processo de formação.

O risco que corremos é que as Residências Multiprofissionais repitam a crise das Residências Médicas que foi evidenciada na década de 1980 quando passou a ser

utilizada como mão-de-obra barata pelas grandes instituições e emprego seguro a recém-formados, perdendo a preocupação com a missão da formação.

Organizam-se atualmente coletivos de residentes em seminários regionais e nacionais para cuidar desses e outros problemas como: a capacitação de tutores e preceptores, ajuste de carga horária, calendário letivo, certificação, organização de disciplinas e a formação de uma nova CNRMS, que apesar de legitimada depende da movimentação coletiva para ter representantes.

O que devemos perceber é que as práticas cotidianas do trabalho, a estrutura acadêmica para formação e a lógica do modelo técnico-assistencial, se não colocadas em sintonia, fragilizam o processo de mudança evidenciando a dicotomia entre saúde como direito e cidadania e saúde como bem de consumo (Ceccim e Ferla, 2008).

Ter a saúde como produto é uma visão que serve a interesses que desconsideram que o trabalho em saúde é atravessado pela dimensão ética do respeito ao outro, de como abordar e como estar com o outro. A ética e o cuidado com o usuário estão relacionados à maneira de fazer a clínica, que nunca se dissocia da organização do processo de trabalho (Onocko, 2013). A missão se cumpre na relação que estabelecemos com essas duas peças fundamentais para eficácia do serviço (Onocko, 2013).

A formação deve ser encarada como a modificação de um aspecto de nós que trabalha em função da dimensão ética - é quando podemos aprender a aprender e tornar disponíveis as potencialidades que muitas vezes não se manifestam porque são mascaradas pela lógica institucional (Oury, 1991).

No senso comum o ensino aparece como algo que necessariamente está longe da prática (Oury, 1991). Apesar do Conselho Nacional de Educação ter reforçado em 2001 a articulação entre Ensino Superior e Saúde, no Brasil, é muito comum que os cursos de graduação na área da saúde ofereçam a seus alunos pouco contato com a prática, em lugares não equivalentes a realidade da saúde pública no país e sem a preocupação de fazê-los entender o SUS.

Formar profissionais para que a prática seja desenvolvida de forma consonante tanto com o que preconiza o modelo assistencial do SUS, quanto com o contexto dos serviços das redes de assistência de saúde é um desafio e um processo. A formação em seu caráter de processo deve ser respeitada como tal (Oury, 1991). Podemos afirmar, a

partir dessa perspectiva processual, que em se tratando do cuidado com o outro, nunca estamos de fato formados porque não podemos estar totalmente prontos para aquilo que nos propomos, mas podemos sim estar advertidos para o que nos espera. Por isso o vetor fundamental dos processos de formação deve ser o processo de trabalho, seus impasses e desafios (Neves e Heckert, 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004) trazem o conceito de “quadrilátero da formação” para dizer da ideia de compor a formação juntando os conceitos de ensino, atenção, gestão e controle social, ou seja, o ensino para além das instituições formadoras, em parceria com movimentos estudantis e gerido como parte do cotidiano do SUS, sempre sujeito a avaliação e intervenção social.

Durante o período de estágio eletivo em Cuba, da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP, percebi que o país é um grande exemplo de saúde pública, existem espaços denominados policlínicos que funcionam como centros de especialidades e oferecem atendimento ao público em geral. Estes locais de assistência funcionam também como instituições de ensino, com bibliotecas e docentes que além de ensinar, atuam na clínica. A universidade não fica descolada do cotidiano de trabalho e os alunos tem contato com a prática que os espera desde o primeiro ano de formação até o último, contemplando um ensino que é gerido junto à prática. Após a graduação é possível escolher especializações que duram de dois a três anos e são feitas em serviços do mesmo território em que houve a formação. Hoje Cuba tem mais 482 mil trabalhadores de saúde e índices comparáveis, por vezes melhores, do que os de países desenvolvidos.

No Brasil, algo que se aproxima de uma gestão de ensino conjunto com a prática são as Residências em Saúde que se dão no contexto da experiência do processo de trabalho. Ingressam nas Residências somente profissionais já graduados e habilitados para a prática. O lugar que o residente ocupa não é o mesmo de um novo profissional, porque seu olhar e vivência oferecem a disponibilidade da escuta e da criatividade motivadas pela missão a qual responde: a formação.

Portanto, é possível afirmar que “as residências em saúde configuram um processo de educação e fortalecimento do SUS, (...) existe uma dimensão política dessa formação que deve se valorizada” (Carta Aberta do Conjunto de Residentes de SM, 2014), ou seja, a escolha pela educação no SUS é um ato político que

“desterritorializa instituídos” em sua própria defesa e sobrevivência colocando em movimento processos vivos que trabalham para a adesão dos trabalhadores e a atenção a população (Ceccim, 2005).

Se entendermos a formação não como um processo passivo, mas sim como modo de produção de realidade que tem por condição a capacidade de problematizar a si mesmo e o mundo, ela não pode ser vista como algo que se descola dos processos de trabalho, pois a formação é movimento que provoca movimento. Não é mera transmissão de conhecimento, é potência e mudança (Neves e Heckert, 2007).

Segundo Bondía (2002) durante o dia várias coisas se passam, mas pouca coisa nos acontece, e só se tem experiência quando nos deixamos ser tocados, quando algo pode nos acontecer. Refletir sobre esse acontecimento dá sentido ao que se passou em nós. Portanto a experiência não seria possível sem o investimento de tempo e sem a disponibilidade de vivenciá-la. Dessa forma o tempo de passagem dos residentes pelos serviços deve ser entendido como longo suficiente para que ocorra a experiência, no entanto, curto o bastante para a missão da formação não seja substituída pela lógica institucional do serviço em que o residente se insere - isso seria perder o olhar estrangeiro.

Entendendo dessa forma (algo que está dentro, mas está fora) a residência é um lugar e um não-lugar ao mesmo tempo, com potencial para ser um dispositivo importante de educação permanente para serviços de saúde pela relação direta que os residentes têm com a equipe e a academia: uma ponte viva entre as duas instancias. Neves e Heckert apostam no conhecimento, como algo que produz mudanças no instituído e se dá no processo, na relação entre objeto e sujeito, acabando com a dicotomia entre um e outro. Não existe, nessa perspectiva, um receptor passivo do conhecimento, ambos estão envolvidos no processo.

Cuidar da formação desse modo implica em trazer a luz numa visão ética para que o profissional possa perceber todas as relações que se dão no sistema de saúde (profissional – docente, profissional – profissional, profissional – gestor, profissional - usuário, usuário – gestor) cuidando para que estas sejam mais benéficas e os processos compartilhados, já que nenhum seria receptáculo do outro. Nessa perspectiva todos fazem parte do processo e tem habilidades e competências a serem reconhecidas. Não há verdades absolutas.

A equipe conhece o território, os usuários e o processo de trabalho, tem o vínculo e o conhecimento das necessidades da comunidade, enquanto o residente pode contribuir com novas ideias e ofertas de cuidado, além de ajudar na expansão e consolidação de programas e atividades com a troca entre formas de olhar e cuidar (Ogata, 2010). Essa troca é o exemplo de que as intervenções em saúde são mais potentes quando derivam de uma reflexão coletiva que trabalha para que exista espaço para o saber de cada um e as “iniciativas benéficas” possam aparecer (Oury, 1991). Além do mais, se o objetivo do investimento na formação é intervir nas práticas vigentes do modelo de atenção do SUS devemos cuidar para que o movimento de mudança esteja conectado com o processo de trabalho e dessa forma possa fazer sentido aos trabalhadores e usuários, a formação ganha consistência enquanto experimenta os desafios cotidianos do trabalho no SUS, já que “não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente” (Neves e Heckert, 2007).

A formação deve manter a “tensão entre a problematização e a ação” (Neves e Heckert, 2007). Ao perceber os desafios do trabalho o profissional deve ser estimulado a propor formas inventivas e criativas de intervir positivamente nas questões postas e simultaneamente formular novas questões sobre seu processo de ação. Portanto, num mesmo movimento, se produz mudanças no sujeito que se forma e também na realidade. Desse modo, estar em formação não se resume a receber informações e reproduzi-las, é pensar e dar sentido a elas.

Quando problematização e ação estão juntas, gerando questionamentos e novas propostas, é comum que o sujeito em formação seja visto pelas equipes e coordenadores apenas como mão-de-obra (já que são profissionais graduados) ou como causadores de incomodo por não estarem familiarizados com o funcionamento do serviço, trazerem à tona casos que a equipe já está cansada de trabalhar ou até mesmo pela proposta de novos projetos que exigem operacionalizar mudanças na rotina do trabalho. No entanto, existe uma responsabilidade mútua com a reflexão e envolvimento que o processo de formação exige.

Nos equipamentos de saúde existe certa complexidade em relação à organização e função que devem cumprir, comparecem várias instituições que passam a nortear a rotina de trabalho (Onocko, 2013). Qualquer movimento instituinte nessa

rotina, sejam residentes, estagiários, vivências, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou grupos de trabalho com profissionais de saúde para educação permanente, traz uma espécie de desestabilização da ordem, é necessário que um espaço se abra para que o que chega possa caber (Dallegrave e Kruse, 2008), nesse contexto, a equipe muitas vezes pode se fechar para o que vem de fora, quando se vê questionada ou desafiada por novas ideias e formas de fazer. No entanto se aquilo que chega se coloca no processo de trabalho passa a fazer sentido e quem participa desse processo pode estar mais permeável às mudanças que são causadas.

Comprometer-se com uma formação interminável significa entender que como o próprio SUS, grande parte das políticas de saúde vem de lutas coletivas como, por exemplo, a Reforma Psiquiátrica, e pedem por constante reinvenção se considerarmos as complexidades que provocam mudanças frequentes no cenário (Oury, 1991). Quando reconhecemos que algo pode e precisa ser reinventado exercemos mutuamente a força do pensamento e da ação gerando bons frutos do encontro entre a academia e o processo de trabalho num movimento de aprendizagem e construção que se dá de ambos os lados. Separar a atenção e cuidado em saúde da formação é fomentar os problemas que pretendemos combater.

Ceccim e Ferla (2008) propõem que entender a formação é fazer-se a pergunta: “O que *pode* uma formação?”. Essa questão coloca em movimento a busca pelas potências e amplia o olhar sobre a aprendizagem.

## **Conclusão**

Um grande caminho foi percorrido para que o investimento na formação em saúde como pilar fundamental do SUS ganhasse evidência. Hoje se entende que trabalho e ensino não caminham de forma separada quando se trata de um modelo de atenção que implica em trabalhadores comprometidos com a ética da defesa a vida e com a construção cotidiana do serviço, do outro e de si.

Algumas dificuldades encontradas em unir esses dois vetores na prática ainda trazem impasses para a completa efetivação de uma política de educação e desenvolvimento em saúde, como: o interesse do setor privado que disputa o investimento político, social e profissional; o método pedagógico conservador de

algumas universidades e professores (que inúmeras vezes também servem aos interesses de setores privados) que veem como formação a simples transmissão de informações sem compromisso em construir conhecimentos sobre o SUS; gestores e equipes de saúde que se colocam resistentes a colaborar com uma formação em campo por acharem os alunos pouco preparados pelas universidades ou demasiado questionadores e propositivos colocando as práticas institucionais vigentes em ameaça, o que, por consequência, gera a reclamação das universidades que criticam a hostilidade das equipes e seu modo de trabalhar pouco afinado com os princípios da integralidade.

Frente a tais dificuldades podemos entender porque mudar a perspectiva da formação é um trabalho que deve abranger tanto uma dura fiscalização e avaliação dos cursos na área da saúde quanto o investimento no preparo dos gestores para ampliar a oferta e a qualidade de serviços que acolham a formação para e no SUS. Não parece ético que ainda existam cursos de formação o que utilizam o SUS como campo de estágio, onde seus alunos adquirem subsídios científicos, sem o compromisso de incluir a discussão de saúde pública como prioridade em seu projeto pedagógico. Além disso, deve existir um trabalho interinstitucional prévio entre universidade e gestores com participação dos colegiados e de representantes discentes para que possam contratar entrada dos alunos/estagiários/residentes, bem como avaliar o processo para ambos.

Diferenciando-se da formação que usa o SUS como “alimento científico”, a formação encarada como movimento de produzir realidade e modificações subjetivas em si e no outro, é um dispositivo importante de educação permanente também para os serviços de saúde à medida que desacomoda, desterritorializa e estimula que o instituído possa ser repensado, recriado e reinventado de acordo com as necessidades dos usuários e trabalhadores. Valorizar a experiência do trabalho vivo e em ato é dar valor a liberdade para viver o encontro com o cotidiano do trabalho, é dar espaço as afecções e a partir daí a uma nova forma de conhecimento que nunca se daria no transmitir técnico do saber (Abrahão; Merhy, 2014).

#### **Bibliografia:**

BONDÍA, Jorge Larrosa. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Revista Brasileira de Educação, n. 19, p. 20-28, jan/fev/mar/abr. 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL, Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**. Ministério da Educação. 2013. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL, Ministério da Educação, Secretaria da Educação Superior e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõem sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional da Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, p.229-266, 1997.

CANÔNICO, Rhavana Pilz; BRETAS, Ana Cristina Passarella. **Significado do programa vivencia e estágios na realidade do sistema único para formação na área de saúde.** São Paulo, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 10 (4): 975-986, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras.** Trab. Educ. Saúde, v.06, n.03, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela. KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde.** Comunicação Saúde Educação, v. 13, n. 28, p. 213-226, jan./mar. 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Departamento de saúde Coletiva. **Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva.** Campinas, jan. 2013.

MERHY, EE. ABRAHÃO, AL. **Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar.** In: Rev. Interface, Botucatu. 2014.

HECKERT, A. L. NEVES, C. A. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo.** In: PINHEIRO, Roseni et. at (org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO. 1ªedição, 2007.

OURY, Jean. **Itinerários de Formação.** Revue Pratique, n. 1, p. 42-50, 1991.

OGATA, Márcia Niituma. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.** Ufscar, São Carlos, 2010.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do sistema único de saúde**. Brasília, 2011.