

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Doutorado em Educação
Linha de Pesquisa: Universidade: Teoria e Prática
Temática: Avaliação Institucional, pedagogia universitária e inovação

Tese de Doutorado

**Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais:
construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas**

Lucia Ines Schaedler

Porto Alegre

2010

Lucia Ines Schaedler

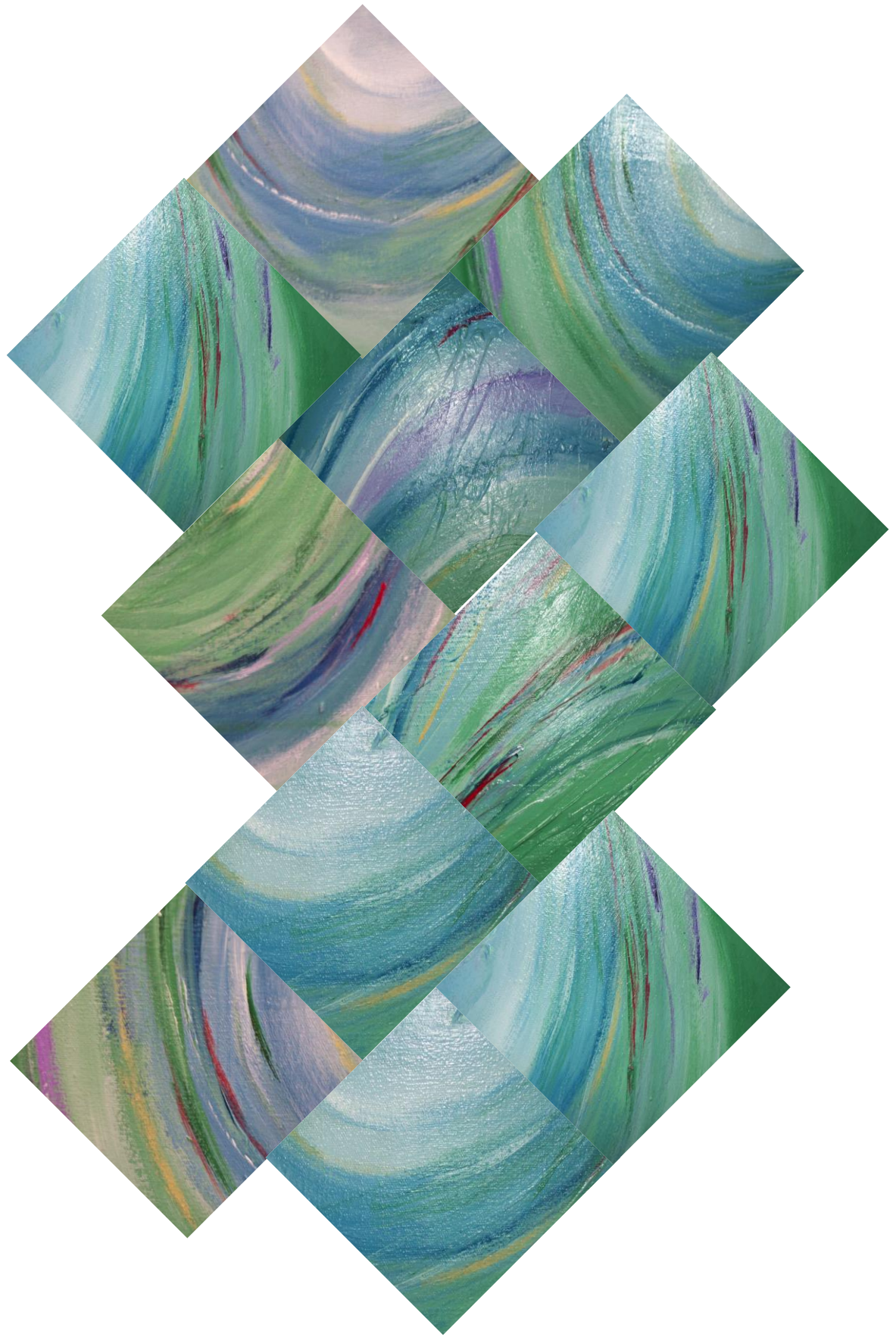
Por um Plano Estético da Avaliação nas Residências Multiprofissionais:
construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial obtenção de título de doutor em Educação.

Orientadora: Denise Balarine Cavalheiro Leite

Porto Alegre

2010



*Não, não é fácil escrever.
É duro como quebrar rochas.
Mas voam faíscas e lascas
como aços espelhados.*

Clarice Lispector

RESUMO

O tema da formação de profissionais da área da saúde tem sido constante em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde. Se, por um lado, são tecidas críticas aos modelos de formação e de atenção a saúde, configurados a partir da racionalidade cognitivo-instrumental da ciência moderna, por outro lado, vem sendo apontados movimentos de inovação na educação em saúde, com ênfase em processos que buscam articular o mundo do trabalho com o mundo da educação. Neste sentido, a invenção das Residências Multiprofissionais em Saúde, vem sendo considerada como importante intercessor para produzir mudanças tanto nos processos de trabalho, quanto de formação em saúde. A pesquisa procura acompanhar em que medida, por meio da diversidade de cenários para formação, da experimentação da equipe multiprofissional e da integração entre o trabalho e a educação, as propostas de Residência Multiprofissional em Saúde, podem de fato, interceder pelas mudanças apontadas como necessárias à formação em saúde. Utilizando as ferramentas analisadoras de autores como Boaventura Santos, Gilles Deleuze e Virginia Kastrup, e operando com a tecnologia de caso-pensamento, a Tese aponta a necessidade de construir processos de formação em saúde SUS-implicados que favoreçam a aprendizagem inventiva. Indica a avaliação como importante dispositivo para o acompanhamento das possíveis inovações propostas pelas Residências Multiprofissionais em Saúde. A partir do cruzamento entre documentos oficiais, seminários, oficinas e rodas de conversas, onde são apresentadas as configurações desejáveis e a avaliação de processos de formação que integrem trabalho e educação, a pesquisa gera um conjunto de analisadores, cujo objetivo é fornecer alguns subsídios para avaliação das Residências Multiprofissionais em Saúde, na perspectiva da inovação voltada para consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, integração trabalho-educação, inovação, avaliação.

ABSTRACT

The theme of the education of healthcare professionals has been constant in the forums that discuss the consolidation of the SUS (Sistema Único de Saude - Brazilian Public Health System). If, on the one hand, critical types of training and health care, configured from cognitive-instrumental rationality of modern science, on the other hand, has been appointed entries for innovation in education in health, with emphasis on processes that seek to articulate the world of work with the world of education. In this sense, the invention of Multi-professional Residence in Health, is being considered as important intercessor to produce changes in work processes, as health training. The survey seeks to monitor the extent to which, through different scenarios for training, team multi-professional experimentation and integration between work and education, proposals for health Multi-professional Residence in Health, may in fact, intercede by changes identified as necessary for the health training. Using the analysis tools provide by authors as Boaventura Santos, Gilles Deleuze and Virginia Kastrup, and with the support off de case-thought technology, the thesis points to the need to build health training processes SUS-involved which promote inventive learning. Indicates the evaluation as important device for monitoring possible innovations proposed by such Multi-professional Residence in Health. From the crossing off official documents, seminars, workshops and discussions, where desirable settings are presented and the evaluation of training processes that incorporate work and education, search generates a set of parsers, whose goal is to provide some subsidies for evaluation of Multi-professional Residence in Health, from the perspective of innovation focused on consolidation of the Brazilian Public Health System.

Keywords: Non-medical internship, health-education, innovation, evaluation.

LISTA DE SIGLAS

- ABRASCO** – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- API** – Avaliação do Programa de Imunizações
- APRENDERSUS** – Aprender Sistema Único de Saúde
- AVALIAEPS** – Avaliação Segundo a Modelagem da Educação Permanente em Saúde
- BIREME** – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
- BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior
- CGES** – Coordenação de Gestão da Educação na Saúde
- CIES** – Comissões de Integração Ensino-Serviço
- CNJ** – Conselho Nacional da Juventude
- CNPQ** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNRM** – Comissão Nacional de Residência Médica
- CNRMS** – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CONAES** – Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior
- CONASEMS** – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DECS** – Descritores em Ciência da Saúde
- DEGES/MS** – Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Saúde
- DESC** – Departamento de Saúde Coletiva
- DRH** – Diretoria de Recursos Humanos
- EAD** – Educação a Distância
- EDUCASAÚDE** – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
- ENSP/FIOCRUZ** – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- ESF** – Equipes de Saúde da Família
- ESP/RS** – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
- FENTAS** – Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores na Área da Saúde
- FNEPAS** – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
- GHC** – Grupo Hospitalar Conceição
- GPP** – Gerência de Pesquisa e Pós-Graduação
- IBECS** – Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud

IC/FUC – Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia

IES – Instituições de Educação Superior

IESALC – Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e Caribe

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LAPA – Laboratório de Aplicações, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integridade em Saúde

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NESF – Núcleo de Estudos em Saúde da Família

NURESC – Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PEPS – Pólos de Educação Permanente em Saúde

PPGEDU/URFGS – Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PPI – Programação Pactuada Integrada

PR – Estado do Paraná

PREMUS – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

PRISF – Programa de Residência Integrada em Saúde da Família

PRM – Programa de Residência Médica

PRMSF – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

PROJOVEM – Programa Nacional de Inclusão de Jovens

PROSAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RAP – Relatório de Autoavaliação de Programa

RIES – Rede Sulbrasileira de Investigadores de Educação Superior

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RIS – Residência Integrada em Saúde

RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

RISC – Residência Integrada em Saúde: Cardiologia

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

RS – Estado do Rio Grande do Sul

RSF/UFJF – Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora

SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais

SC – Estado de Santa Catarina

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SES/RS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SES/TO – Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

SESU – Secretária de Educação Superior

SGTES – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SINAN – Sistema de Informações de Agravos Notificáveis

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

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

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

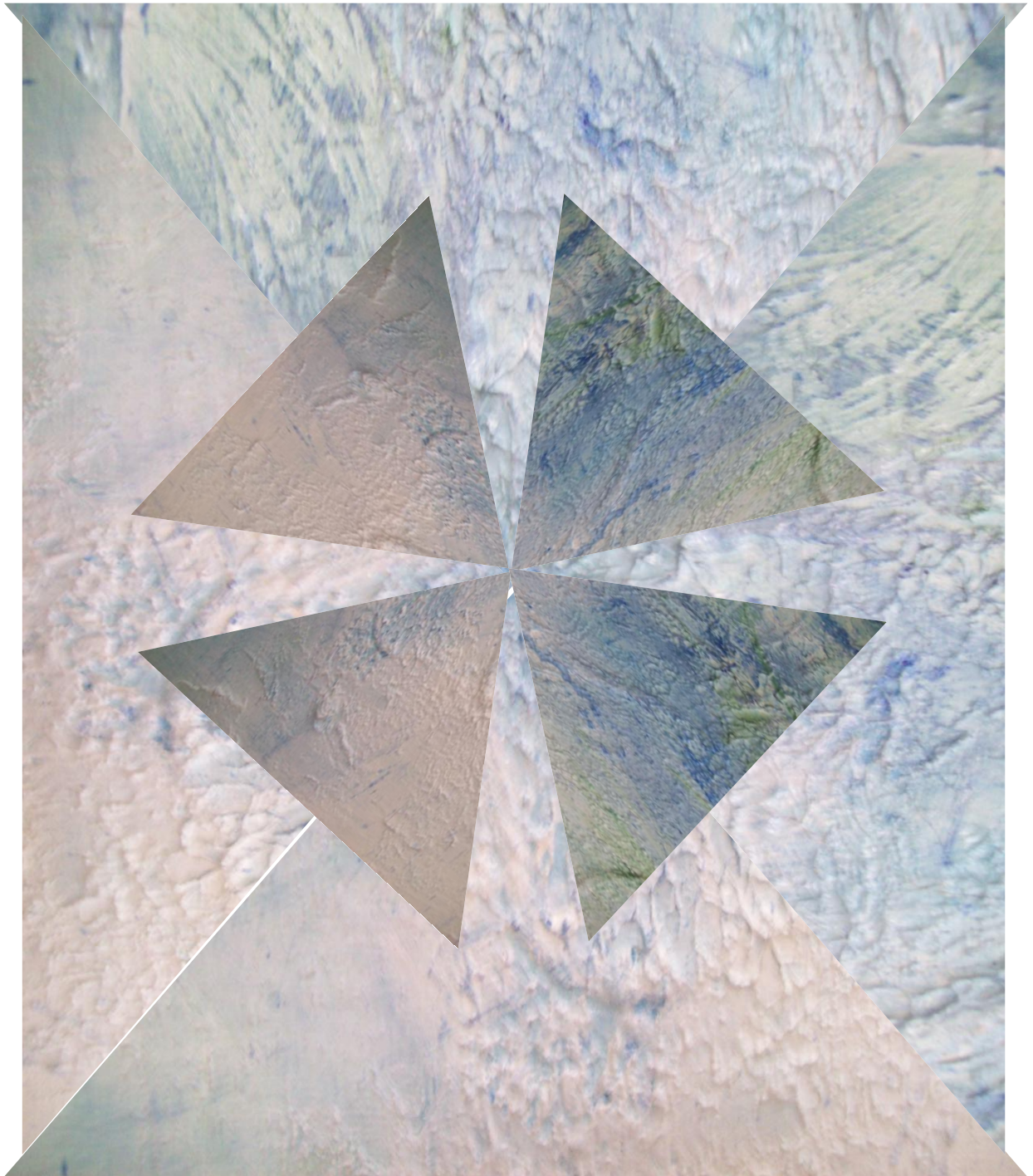
UNIPLAC – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
da Universidade do Planalto Catarinense

UNIR – Universidade Federal de Rondônia

UNISINOS – Universidade do Vale dos Sinos

SUMÁRIO

1. Depois da conclusão.....	13
1.1. Origamis e caleidoscópios: as dobras e desdobramentos	29
2. Paradigmas que “racham”: A ilusão da evolução	37
3. O jogo da pedagogia.....	52
3.1. O condomínio da saúde	59
3.2. Intercessões da saúde na educação.....	67
4. Residências e SUS-implicação	77
4.1. As caras da residência no Brasil.....	89
4.2. Os movimentos das residências multiprofissionais.....	106
5. ⁽ⁱⁿ⁾ Variantes da avaliação: e a avaliação nessa história?!	112
5.1. A avaliação na saúde e na educação na saúde	124
5.2. Os indicadores na avaliação.....	135
6. Para avaliar residências ou: queime depois de ler.....	149
7. Antes da conclusão.....	165
8. Referências Bibliográficas.....	175



1. Depois da conclusão

Para o I Ching¹, depois da conclusão, as coisas começam a acontecer. Não que acontecimentos não existissem antes, mas porque se trata de movimentos, repetições que nunca são a repetição da mesma coisa, mas deslocamentos, mudanças de ritmo, de combinatórias, diferentes marcações.

Este trabalho se produz por encontros: com autores, pessoas, práticas – pedagógicas e políticas; pelas intensidades disparadas pelos diferentes encontros e, certamente é feito/resultado de/por escolhas: por linguagens, por cortes, por rupturas, por composições. Ou talvez seja como Rolnik (1993, 242) afirma: que são marcas que pedem passagem.

Sendo uma marca os “estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vivemos”, muito possivelmente, todo trabalho de escrita é o registro de (ao menos algumas) destas marcas. Como encontros-marcas, possuem reverberações, acelerações, cruzamentos, linhas de fuga, pois como afirma Rolnik, as marcas que se fazem seguem proliferando “cada vez que encontram ressonância”.

Os encontros-marcas não são registros cronologicamente organizados e apresentados, são antes a cartografia do que se produziu e ainda vem se produzindo, configurando novos territórios, tensões, rupturas e continuidades. Por isso, a necessidade de escolhas por uma determinada combinação, por certos campos de produção, neste caso, as composições entre saúde, educação e avaliação embora muitas vezes, senão todas, estas escolhas sejam resultados de combinatórias de intensidades.

Uma destas marcas veio, sem dúvida, da graduação em Pedagogia na UFRGS. Durante o curso, muitas foram as falas, espaços e tempos que me afetaram e, portanto à prática profissional, mas o último ano – que englobou estágio (a Residência-em-mim, a que retomo mais adiante) e estudos pós modernos – foi o que mais agenciou novas marcas e encontros, nem sempre muito fáceis. Durante três anos da graduação, lemos e estudamos a respeito de aspectos cognitivos, sociológicos e psicológicos, portanto, bastante Piaget, alguma coisa de Vygotski, pitadas de Freud e notas de Paulo Freire. Matemática, geografia, história, ciências, artes, foram apresentadas de maneira que pudéssemos pensar como trabalhar com os futuros alunos. O tema da saúde, quando apresentado, teve como principal referência o cuidado com a higiene, a alimentação, os bons hábitos e a ambiência. A avaliação esteve

¹ O I Ching é conhecido como Livro das Mutações e apresentado como um “vasto complexo melódico” na tradição chinesa.

centrada no processo de aprendizagem, numa perspectiva construtivista-piagetiana, com ênfase na avaliação mediadora e no erro construtivo na aprendizagem da escrita e da leitura.

No quarto ano, sétimo e oitavo semestres, duas exposições distintas: vamos para as salas de aula, sendo para muitos de nós, a primeira experiência na docência e iniciam-se as leituras e estudos de autores como Foucault², Jorge Larrosa³, Jennifer Gore⁴, Philippe Ariés⁵. As duas exposições, concomitantemente, produziram lá suas inquietações. Por mais ativas que fossem as atividades de sala de aula, a inquietação com as possibilidades de constituição de sujeitos e a produção de efeitos de subjetivação, a partir de diferentes formas de organização e disciplinamento, sempre em tensionamento como questionamento às propostas pedagógicas.

Pensar a pós-modernidade, na perspectiva das práticas pedagógicas foi no mínimo a produção de exposições e de certa forma violências que forçam a pensar e vão provocando a desestruturação de determinados entendimentos, principalmente a respeito do sujeito, do “eu”, da razão, do corpo e da inteligência humanas – e conseqüentemente – da educação. Antes (em outro território) não havia dúvidas sobre o sujeito e a racionalidade que eu gostaria de formar/construir com os alunos: eu pensava em um ideal de cidadão participativo, capaz de auto-regulação e autonomia moral e que pelo desvelamento das situações de desigualdade, fosse capaz de lutar por uma realidade melhor. Ou seja, um educando justo. Com a entrada em cena das críticas pós-modernas, senti necessidade de repensar muitas das minhas certezas.

A crítica da racionalidade moderna me convocou a pensar nos modos como esta mesma razão era produzida no interior das instituições (de ensino, por exemplo) e em que medida o paradigma técnico-científico, ao priorizar o pensamento ou a racionalidade da ciência formal, acabava por produzir corpos assépticos e fragmentados, uma lógica de mundo baseada em relações binárias (saúde-doença, normal-patológico, só para citar algumas) e que

² As sanções normalizadoras (onde o que importa é produzir normalidades por meio de punições), os panópticos (onde alguns tudo vêem e tudo escutam); as subjetivações compondo algum sujeito. As relações de poder: o poder circula, não está ou é de um ou de alguém, nem mesmo o Estado, mas uma produção fluida que se dá “entre”, por isso “pode”, engendra e produz. O poder como forças, como diagramas de forças.

³ Tecnologias do “eu”: ver-se, narrar-se, julgar-se. Novamente a produção de subjetivação e as relações de poder produzindo tecnologias pedagógicas, didáticas de composição da subjetivação,

⁴ O gênero e não o sexo, as políticas produzidas por meio de disputas de gênero e sexuais. As relações de poder...

⁵ A produção social de infância, família, a preocupação com escolaridade e com costumes e hábitos mais “adequados”. Infância e família como produção histórica, econômica, social e a produção da normalidade infantil e familiar.

dispositivos cognitivos eram disparados por um ensino baseado na busca incessante do que de igual pode haver na diferença.

Assim, foram se integrando ao meu cotidiano de estudante questões relacionadas com racionalidades, subjetividades, identidades culturais, de que forma isto se articula com o ensino, e é claro, com a prática cotidiana. Recorri ao pensamento foucaultiano, devorando os conceitos de tecnologias do eu, governamentalidade, sanção normalizadora, corpos dóceis e disciplina. Longe de achar mais respostas, encontrei novas perguntas.

Aqui, as marcas já se atualizam e, sem deixar de ser intensivas, engendram outras formas de ser-em-mim. Variando em intensidade, a inquietação inicial persistia. As questões relacionadas à produção de efeitos de subjetivação, racionalidades e cognição longe de estarem respondidas suscitavam mais questionamentos. O pensamento de Foucault incitava e atiçava o desassossego. Como se as marcas, mesmo já atualizadas, buscassem ainda gerar outros corpos, irreconhecíveis ainda para mim, no meu próprio corpo – devir-outro... Ou, nas palavras de Suely Rolnik:

...não pára por aí. Primeiro, pela razão mais óbvia: é que enquanto estamos vivos, continuam se fazendo marcas em nosso corpo. Mas também por uma razão menos óbvia: é que uma vez posta em circuito, uma marca continua viva, quer dizer, ela continua a existir como exigência de criação que pode eventualmente ser reativada a qualquer momento (ROLNIK, 1993, p. 242).

Em 1997, concluo a faculdade de Pedagogia com pelo menos duas marcas: uma delas se refere à aprendizagem, outra à “escuta” e ambas estão conectadas. O que se aprende mesmo? De que aprendizagem se fala, como ela é percebida? Será o acúmulo de informações? A apropriação de conteúdos e técnicas? A superação de fases cognitivas e psicológicas? A produção de si? A aprendizagem está em qual lugar e tempo nos processos de subjetivação? Se a subjetividade desenha as maneiras como vamos construindo relações, conhecimentos, políticas, enfim, a subjetivação não seria de certa forma, uma aprendizagem a respeito de como estar, ser, entender e produzir as vidas, os mundos, os conceitos? Aprender é uma finalidade ou uma processualidade? As aprendizagens não seriam todas sensório-motoras, isto é, aprender requer uma sensibilidade que se dá no próprio corpo, como desassossego, desestabilização, ou pelo menos uma abertura para estados de estranheza? As crianças em sala de aula me pareciam mais propícias a estados de estranheza do que seus “mestres” professores... Os “mestres” e professores não deveriam aprender mais “com” do

que somente “ensinar para”? O que leva á segunda marca, a escuta. Como se dava nossa escuta aos estudantes e seus pais? Com quais tecnologias ativávamos a escuta? A construção de projetos pedagógicos singulares e a proposta de estudos culturais que buscavam agregar as realidades e gostos dos estudantes não deixavam de ser tecnologias para a escuta, mas precisavam, acima de tudo, garantir que as crianças aprendessem determinados conteúdos, que por sua vez, deveriam vir atrelados os projetos e estudos culturais. Até o momento seguem algumas dúvidas se o que era proposto era produção de alguma escuta sensível aos estudantes ou se, para a produção desta escuta e das experimentações dela decorrente, a escola não deveria, por implicação ética, ser bem diferente do que ainda é.

Como afirma Rolnik, de que as marcas não param, assim também as exposições e os convites. O ingresso na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS foi disparadora de vários desassossegos. Primeiro pelo inusitado de estar em um local que nunca tinha imaginado. Diferente de outras pessoas que trabalham na área da saúde e da educação em saúde, a experiência relativa ao Sistema Único de Saúde – SUS era na qualidade de usuária (e de familiar de usuário) e não de trabalhadora. Discursos, práticas, políticas: tudo me pareceu de outro mundo. Sem contar as infinitas siglas⁶: CRS, PSF, PPI, (não é o Projeto Pedagógico Institucional), NOB, PAB, LOS, CIB, CES, SES (só para citar algumas), que por si só já se transformam num desafio. O que importa é que a superfície de contato do SUS pareceu-me (e ainda me parece) muito extensa e intensa. Por onde esteja circulando, os contatos podem ser inúmeros. Talvez porque seja um campo até novo: o SUS, esta política contemporânea e organizadora do sistema nacional de saúde não tem vinte anos de idade. Para uma política de saúde de caráter público, de âmbito nacional, num país de intensos contrastes como o nosso, afirmar atenção integral, descentralização e participação social, é de fato, um desafio.

A Escola de Saúde Pública, naquele momento, passava por importantes alterações – de rumo pedagógico, de condução de políticas, de ampliação do debate sobre a política de saúde e a educação em saúde – e se definia como “órgão de produção de conhecimento em saúde, pertencente a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Promove a educação e a produção de conhecimento por meio do ensino, da pesquisa, das atividades de

⁶ O que significam as siglas, a ordem em que são citadas: Coordenadoria Regional de Saúde, Cais, Programa de Saúde da Família, Programação Pactuada Integrada, Norma Operacional Básica, Piso de Atenção Básica, Lei Orgânica da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Conselho Estadual de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde.

extensão em educação, da atualização, manutenção e desenvolvimento de acervo bibliográfico; da difusão de informação científica, documental e de educação popular; do fomento ao debate das políticas de saúde e da revisão ética das propostas de pesquisa em saúde”. Profusão de dispositivos com os mais variados fins: para agrupar, para sistematizar, para produzir, para disseminar e ampliar. Para isso e tendo como referência principal o próprio sistema de saúde, a ESP/RS propõe conceitos para educação, saúde e coletivo:

Educação “como processo relativo aos aprendizados, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos de caráter sócio-interativo. Assim, a educação abrange, tanto o campo das construções cognitivas, quanto as experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem”.

Saúde como sendo, em seu sentido mais abrangente, a expressão das condições de vida e trabalho, expressando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade acesso e posse de terra e serviços de saúde, mas saúde é também a capacidade de enfrentar as adversidades do meio ou a capacidade de mobilizar energias para valorizar a vida.

Coletivo como pressuposto da produção e circulação do conhecimento e das relações sociais, pode estar referido a um conjunto de pessoas, a articulação de projetos ou ao intercambio entre instituições. Essa concepção supõe e propõe processos cooperativos ou de interação, substituindo as noções centralizadoras, totalizadoras e homogeneizadoras para reconhecer a importância da formação de redes, a interação entre diversidades e as parcerias descentralizadas e transversais.

A educação em saúde não se configurava, portanto, como a seleção e organização de conteúdos e disciplinas ou de projetos pedagógicos para cursos ligados a área da saúde. Estava muito mais para produção de dispositivos, estratégias e tecnologias para aprender em saúde e no Sistema Único de Saúde. Esta construção, com estas características, não se dá num lugar tranqüilo, mas num campo de conflitos e tensões entre os rumos pedagógicos, a condução de políticas, a ampliação do debate sobre a política de saúde e da educação em saúde. São conceitos e mais do que isso, paradigmas que entre vigência e emergência disputam validades e viabilidades, produzem tensões. Do mesmo modo que na educação, os conceitos de saúde e, portanto, da educação em ou na saúde apontam para maneiras diferentes e por vezes bastante divergentes de perceber, de ser (ou estar) sensível a modos singulares de compreender e de organizar a saúde e a educação. Ou como afirma Pelbart (1993), apontam

para a multiplicidade ontológica e indicam a presença (e por vezes a necessidade) de reagrupamentos, novas dimensões, proliferações.

Pelo trabalho na ESP/RS, descubro a possibilidade da educação em saúde como política cognitiva – pela opção de mundo que passou a significar, mas também pela proposição de dispositivos e engendramento de novidades. Éramos (certamente, meu trabalho não era solitário, mas em equipe) com certeza, um grupo preocupado com a inovação: qualquer brecha no instituído era buscada, procurada ou constatada, o que implicava na possibilidade de gerar novos entendimentos e novas práticas.

Foram criados os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva – Nuresc como dispositivo para a descentralização das demandas e propostas de formação em saúde. Pude acompanhar a constituição dos Pólos de Educação em Saúde Coletiva – articulação entre instituições formadoras e gestores estadual e municipais de saúde e a construção da proposta de Residência Integrada em Saúde – RIS em ambulatórios, e serviços de saúde ligados à gestão estadual.

Foi também na ESP/RS que encontrei mais um agenciador: a proposta de Acreditação Pedagógica para os cursos de Pós-Graduação na área da saúde. A proposta de montagem de um sistema de Acreditação, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz, tomava como referencia o sistema de Acreditação francês, contando com a consultoria de professores da École Nationale de La Santé Publique, de Rennes e com o apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, como associação responsável pela proposta de implantação do Sistema Nacional de Acreditação de Cursos lato sensu na área de Saúde Pública.

A Acreditação se definia como uma pactuação para o gerenciamento da qualidade dos cursos/programas de especialização na área da saúde, implicando a aceitação, por parte das instituições responsáveis por propostas de formação nesta modalidade, de um conjunto de critérios e padrões. A expectativa era no sentido de se produzir um processo de avaliação “independente e objetivo, com alto grau de credibilidade”, apoiado em importante grau de consenso entre usuários, gestores, comunidade acadêmica e população. Voltada para a instituição e os cursos por ela oferecidos, buscava se constituir em programa de educação continuada, de modo a gerar mecanismos de auto-avaliação e aprimoramento da qualidade,

ampliando o debate, para dentro das instituições, a respeito das características e objetivos dos cursos por ela propostos⁷.

Se até então minha ocupação com a avaliação era informal ou se restringia ao desempenho estudantil, passei a ver outras possibilidades à avaliação. A preocupação era com a variedade e a quantidade de propostas de Especialização para a saúde que, no entanto não mantinham contato com a política do Sistema Único de Saúde, e o desejo era de gerar um sistema que não se ocupasse de ranking, notas ou classificações, mas pudesse ser um acompanhamento permanente para qualificação dos cursos.

Inicialmente foi mais por intuição do que por outro motivo, que senti que a saúde não poderia estar para a educação como um conteúdo a ser transmitido e ensinado nos espaços restritos e restritivos das salas de aula. Tanto a educação quanto a saúde se inscrevem em determinadas práticas pedagógicas, produzindo, seja no interior dos espaços acadêmicos ou clínicos, efeitos de subjetivação; criando, ensinando e legitimando categorias como “normal”, “bom”, “justo”, “correto”, “saudável”, “inteligente”, segundo as quais determinamos e orientamos nossos desejos e nossa capacidade de afirmação da vida.

As práticas em saúde baseadas e constituídas pelo paradigma científico da modernidade, centram-se em um conjunto de técnicas e procedimentos, na medicalização e medicamentação das doenças. A saúde, assim produzida, passa a ser um “bem” a serviço da produção não como afirmação da vida, mas como produção capitalística e a doença, um mal que deverá ser sanado. Para Guattari (1992) a produção capitalística indica a produção de subjetividades em massa, uma padronização subjetiva e subjetivante que uniformiza desejos pela lógica binária e de troca segundo os pressupostos mercantilistas do capitalismo. Para o autor, a lógica capitalística trata desejos, valores de uso e de troca num mesmo plano, fazendo passar “qualidades diferenciais e intensidades não discursivas sob a égide exclusiva de relações binárias e lineares” (Guattari, 1992, p. 133).

⁷ No Brasil, os cursos de graduação são avaliados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES, sendo a pós-graduação, *strito sensu*, composta por cursos e programas de mestrado e doutorado avaliados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior - CAPES. Não há, até o momento, nem uma política mais específica para os cursos/programas *lato sensu*. Se, por um lado, isso permite às instituições maior autonomia na proposição de cursos/programas de especialização, por outro lado, favorece a proliferação de uma variedade de cursos, que na área da saúde, não se vinculam, necessariamente a política de saúde vigente. Este foi um dos motivadores para o investimento no Sistema de Acreditação.

A expressão/relação saúde-doença é colocada numa relação binária de oposição, onde a doença é a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano. Nesta perspectiva, a educação em saúde é informativa, corretiva e indicativa de práticas de higiene e do cuidado de si e o efeito produzido é a assepsia do corpo, a separação/ dualidade corpo-pensamento, saúde-doença, normal-patológico.

Em uma outra perspectiva, a de atenção à saúde como escuta à vida, Ceccim coloca que “a atenção de saúde, por ser um encontro, produz afetos”. O autor destaca que:

Todo encontro é afecção, isto é, quando há um encontro afetamos e/ou somos afetados pelo outro. Os afectos podem ser de alegria ou de tristeza. Afectos de tristeza são todos aqueles que diminuem, entram, bloqueiam ou empobrecem a vida; e os de alegria são todos aqueles que expandem, favorecem, compõem, apontam novos olhares e caminhos (não confundir com felicidade). Assim, uma escuta à vida será não só as vivências concretas (a vida vivida), mas também, a captação das forças de vida que pedem passagem em nosso existir. (CECCIM, 1997, p. 28)

Descubro que pensar as práticas em saúde como escuta à vida, implica em propor novos agenciamentos e práticas pedagógicas tanto nos espaços acadêmicos de produção de conhecimento, ensino e pesquisa voltados direta ou indiretamente para a formação de profissionais da área da saúde, quanto no espaço da clínica. Implica em compromisso ético como problematização: Afinal, que mundo quero compor? Qual(is) a(s) vida(s), saúde(s), educação(ões) pretendo mobilizar e produzir? A exigência das marcas era de constituição de novos agenciamentos, que pudessem desestabilizar e, talvez modificar maneiras de estar nas instituições, principalmente da educação e da saúde. O desafio era de inventar espaços e práticas onde a educação em/e na saúde pudesse ser dispositivo intercessor para a formação de novas subjetividades e do acolhimento do estranho-em-nós a aprendizagem, a surpresa, o crescimento...

Em 2001, dois desafios juntam-se ao trabalho: a Especialização em Psicologia Institucional, do Departamento de Psicologia Social e Institucional da UFRGS e o ingresso no Mestrado da Faculdade de Educação, também da UFRGS. O período 2001 – 2002 foi absolutamente intenso. Pela inserção em duas propostas de formação, pude aprofundar minhas relações com meus já conhecidos companheiros, como Foucault, Deleuze, Guattari, além de ser apresentadas à novos companheiros, como Nietzsche, Peter Pal Pelbart, Pierre Levy, Regina Benevides, Virginia Kastrup, entre outros. Além disso a vida acadêmica alimentava o

processo de trabalho – e vice-versa. Cada aula, cada novo texto, me fez avaliar o trabalho, a proposta de educação em saúde que eu propunha. Por outro lado, os desafios do trabalho, as inquietações produzidas pelo cotidiano, eram a base para a produção intelectual e a investigação. Tenho convicção de que a produção acadêmica da dissertação foi a criação resultante do cruzamento entre meu processo de trabalho com a interseção de meus “companheiros de viagem”. A interseção é, neste caso o desassossego, a desestabilização de verdades e a possibilidade de passagem ao novo. Penso também que foram as marcas que falaram, que produziram conhecimento, não como afirmação do instituído, mas como acompanhamento e potencialização de linhas de fuga – criação e aprendizagem.

Pela Especialização intensifiquei as relações entre aprendizagem e subjetivação. Produzi um artigo em que a conformação do SUS como rede – de atenção e de gestão – se configurava também numa rede pedagógica. E como não podia deixar de ser (às vezes acho que as marcas determinam as escolhas que fiz) a monografia de conclusão foi sobre as práticas pedagógicas em saúde e a aprendizagens geradas pelo processo de trabalho em saúde.

Em 2003 concluí a dissertação de Mestrado. Nela e com ela, aprofundi o conceito de práticas pedagógicas em saúde e de redes de trabalho como rede de aprendizagens. Optei (ou será que foram as marcas que optaram?) pela cartografia como modo de organizar a produção do conhecimento principalmente porque ela permite acompanhar a tensão entre práticas/modos de ser hegemônicos e a abertura/criação de linhas de fuga. Foi durante a defesa da dissertação, ali mesmo na Banca que recebo, novamente, o convite para ir trabalhar no Ministério da Saúde, no novíssimo Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Deges/MS. Embora eu já tivesse recebido o convite do Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – meu orientador, antigo diretor da ESP/RS e, naquele momento Diretor do Deges – a oferta feita publicamente, no momento da banca, pela Prof. Dra. Laura Feuerwerker – que ocupava o cargo de Coordenadora das Ações de Ensino Superior no Deges/MS – foi absolutamente motivador. Foi para mim o reconhecimento de que a produção do Mestrado era, de fato de relevância social e, ao mesmo tempo a possibilidade de participar ativamente na criação de uma nova política: a proposta de Educação Permanente em Saúde.

Durante o período que estive no Deges (2003 – 2005) pude participar da formulação de uma política absolutamente inédita que visa fomentar a discussão sobre educação em saúde tendo como uma de suas referências a aprendizagem que se dá no cotidiano do processo de trabalho. Por um princípio de coerência com as diretrizes do SUS (descentralização,

atenção integral e participação social) a política de Educação Permanente em Saúde se organiza a partir de alguns dispositivos, entre os quais destaco aqueles que considero mais relevantes para este momento.

Uma das principais inventividades da política de Educação Permanente em Saúde, forma os Pólos de Educação Permanente em Saúde – PEPS que propunham a articulação descentralizada, com base locorregional para definição de necessidades, prioridades, estratégias e dispositivos locais para formação em saúde. Os Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde propõe o encontro de instituições formadoras, trabalhadores, gestores, estudantes, movimentos sociais e instancias de controle social do SUS (e do setor saúde) para construção e pactuação de propostas de educação em saúde. As grandes novidades propostas pelos Pólos/Rodas são o rompimento com demandas centralizadas – pela escuta regional e descentralizada; a articulação entre diferentes instancias afetas ao trabalho no SUS (gestão, atenção, controle social e formação) – pactuação coletiva e não mais unisetorial; a aprendizagem significativa– construção de propostas com ênfase nos processos de trabalho; orientação pela produção qualificada do cuidado em saúde – integralidade da atenção como orientação para elaboração e construção de propostas educativas. O “Pólo de Educação Permanente em Saúde em mim” é a ressonância de uma marca que afirma que aprendemos – e nos constituímos – é na vida mesmo. O SUS possui uma grande potência de rompimento com certezas e, portanto um grande potencial pedagógico. Em fevereiro de 2004, foi publicada a Portaria Nº 198 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enquanto estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a área da saúde e que, entre outros aspectos, definia os Pólos como instancias regionais responsáveis pela condução local da política de educação na saúde.

Acoplados aos Pólos, entendo que foram dispositivos importantes para a política de Educação Permanente em Saúde: a formação de facilitadores e formuladores da política de Educação Permanente em Saúde; trabalho conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde como parcerias fundamentais ao processo de formação e qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS; a criação da Rede de Municípios Colaboradores para a Educação Permanente em Saúde, com a consolidação do papel estratégico dos municípios na gestão e atenção; a Qualificação e formação dos profissionais de escolaridade básica ou técnica; o incentivo a inclusão e participação social, por meio da Educação Popular em Saúde; o projeto

de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VerSUS com a abertura de espaços de experimentação na rede SUS aos estudantes de diferentes cursos da área da saúde; o projeto de serviço civil profissional, com prioridade à região amazônica brasileira e a educação nos Hospitais de ensino; o debate a respeito da multiprofissionalidade nos Programas de Residência e a discussão a respeito das especializações na área da saúde, o AprenderSus com a mobilização para discutir e propor mudanças na graduação dos cursos da área da saúde.

Em todos eles, tive o privilégio de participar – alguns mais, outros menos. Em todos eles pude acompanhar a possibilidade de inovação que traziam em suas propostas. É muito intensa a discussão sobre a orientação das propostas de educação em saúde e são muitos os projetos que seguem reafirmando práticas hegemônicas, orientadas pela medicalização e não pela produção da vida. Por outro lado, o convite à composição de Rodas, a experimentação da rede SUS pelos estudantes, a aproximação com o Ministério da Educação, o fortalecimento da participação e do controle social, a tomada da integralidade como diretriz para os processos de formação têm construído a possibilidade da atenção como escuta à vida. Ao menos tem mostrado novas possibilidades para as práticas educativas e da atenção em saúde.

Inventar uma política com base em pressupostos da Educação Permanente em Saúde – EPS não é e não foi simples⁸. Convidar pessoas e instituições com os mais variados interesses, conhecimentos, acúmulos, desejos para que construam coletivamente, por meio de pactuações e consensos, as propostas locais de formação do interesse do SUS, não é tarefa simples: é delicada e complexa. Nos períodos anteriores, a prática usual para a formulação de propostas de formação e de repasses de recursos se efetivava por meio de editais públicos que, em sua maioria, privilegiavam as grandes instituições de ensino superior. Por meio dos Pólos, a dinâmica era bem outra: pactuações locais, considerando as demandas locais e a diversidade de atores envolvidos no processo de pactuação.

Em tudo que se mobiliza, a responsabilização em acompanhar, apoiar, proteger e, em alguns momentos alterar os rumos, mudar as condições. O contato com a alteridade que as propostas da Educação Permanente em Saúde potencialmente suscita, demandam o necessário

⁸ Se bem que, por um lado, não tenho bem certeza se inventamos os pressupostos e depois a política. Olhando para a quantidade e a modalidade dos movimentos que foram produzidos em todo o país acredito que seja possível afirmar que os pressupostos se fizeram junto com as práticas e movimentos. Não houve um momento em que todos sentamos para decidir primeiro o que é EPS e depois nos mobilizamos. Fomos trabalhando e inventando, ou seja, aprendizado pelo e no processo de trabalho. Neste sentido, nada mais EPS do que a política nacional de educação permanente em saúde

cuidado. Além disso, embora as intenções do grupo de trabalho implicado e responsável pelos Pólos nas diversas regiões do país, fossem as melhores possíveis (no sentido de promover de fato articulações locais pactuadas, por consenso) quando chegam ao Deges/MS as propostas de formação apresentadas pelos Pólos, faltam tecnologias e critérios para avaliarmos cada uma delas. Considerávamos que deveriam estar contemplando vários segmentos, que deveriam estar vinculadas as necessidades locais, que pudessem ser significativas para o desenvolvimento da capacidade local de produzir qualificação à atenção e/ou gestão e/ou formação e/ou controle social. Junto a isso, a necessidade de rever percursos, pois muitas vezes as melhores intenções e os mais arrojados projetos são capturados pela lógica hegemônica – que consegue transformar até a arte e a ousadia em “bem de consumo”. A exigência de um Programa de Acompanhamento e Avaliação segue este sentido: do cuidado com movimentos instituintes.

Tive novamente o privilégio de acompanhar a elaboração de um projeto para acompanhamento e Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde coordenado pela Prof. Dra. Denise Leite e pelo Prof. Dr. José Luis Duarte Ribeiro e contando com a consultoria da Prof. Dra. Cristina Contera, da Universidad de la Republica, do Uruguai. Novamente me vejo participando de uma proposta de avaliação – distinta certamente da Acreditação Pedagógica – mas que atualizou algumas das marcas já produzidas. Embora a construção do Programa de Acompanhamento e Avaliação estivesse em andamento já há algum tempo, minha inserção no início de 2005 é constitutiva do desejo de experimentação e de produção acadêmica. É desta participação que se produzem as convocações pedagógicas para o ingresso ao Doutorado. As discussões sobre inovação, a descoberta da avaliação como movimento e prática pedagógica, convocam um desejo de aprendizagem que, embora mais recente (pelo menos no tempo cronológico) é intenso e pleno de possibilidades. Parecia tudo bem promissor! A política de educação permanente em saúde vigente, o programa de acompanhamento e de avaliação construída e pactuada; a combinação parecia perfeita: acompanhar os acontecimentos produzidos pela avaliação da política no contexto nacional e ir tecendo pensamentos e formulações que pudessem gerar um trabalho acadêmico que, ao mesmo tempo, pudesse conversar com as práticas em movimento. Mas...

Se, por um lado, foi possível identificar nas marcas uma potência da avaliação-em-mim, por outro lado, várias coisas acontecem no cenário nacional que alteram os percursos. Por força de acordos e ajustes de governo, em 2005 o então ministro da saúde é substituído (dizíamos entre o grupo de trabalho do Deges/MS, que ele “foi caído”...) e no processo de

mudança, vários secretários e diretores de departamento do MS, também são “caídos” e com eles, o grupo que se incumbia do acompanhamento dos Pólos de dos vários movimentos da política nacional da educação na saúde. A princípio, segue vigente a política de EPS, mas sem contar com a gestão pedagógica e organizativa que produzia dispositivos, certamente os Pólos, enquanto estratégia organizadora da política, perdem fôlego. O mesmo não pode ser dito a respeito da mobilização gerada em pessoas e instituições que não param de engendrar processos de construção coletiva e na perspectiva da EPS. Muitos dos pressupostos e dos conceitos da educação permanente em saúde seguem sendo fator de mobilização para a formação na saúde, sendo reafirmados pela 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

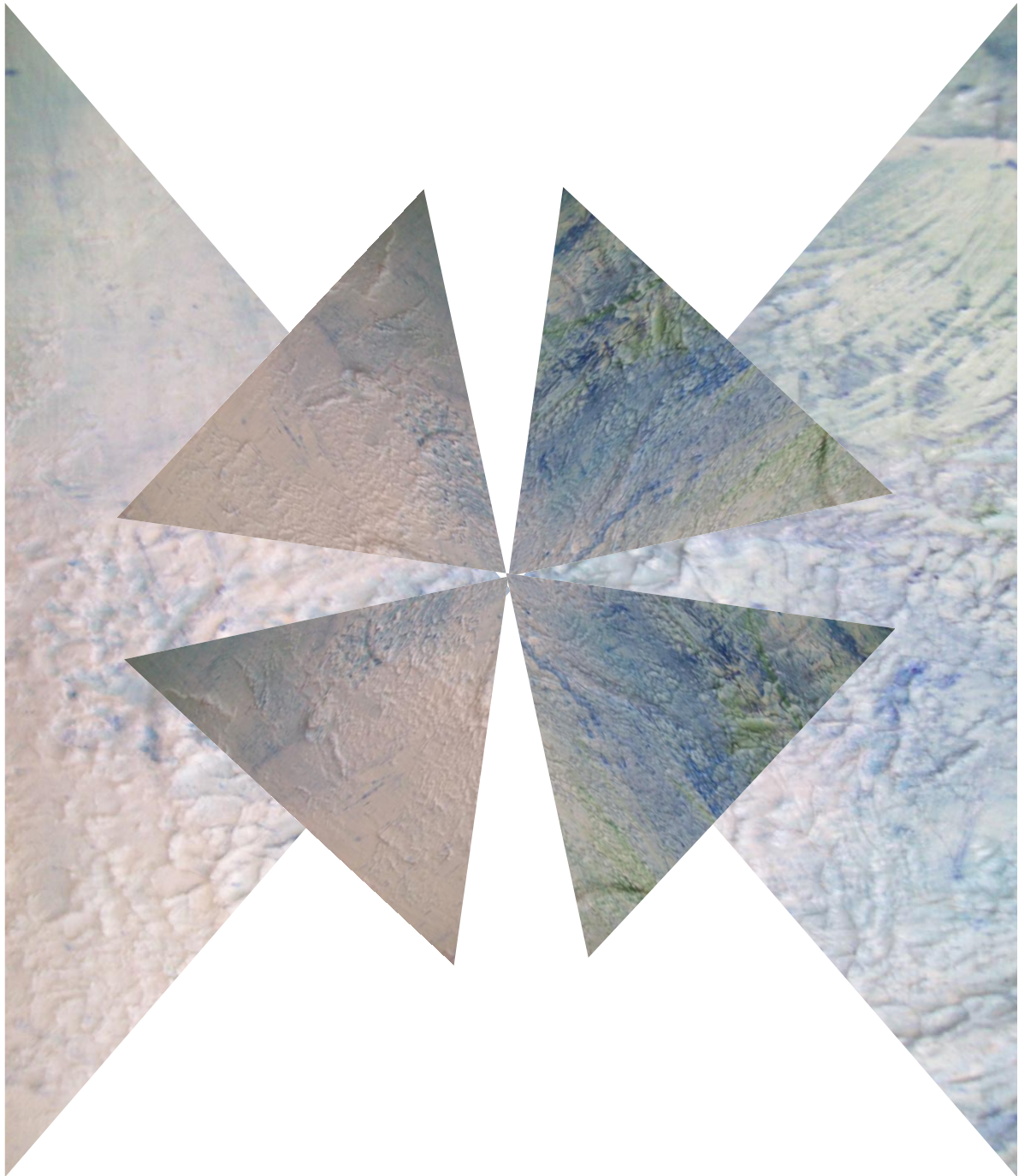
Por outro lado, algo novo acontece. Em junho de 2005, é publicada a lei federal Nº 11.129 e com ela o reconhecimento das Residências em Área Profissional da Saúde ampliando a possibilidade da formação pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde. Com as Residências se impõe a necessidade de pesquisa e de formulação. De pesquisa pelo caráter inovador atribuído às Residências em Área Profissional da Saúde, e de formulação pela necessidade de gerar estratégias para seu acompanhamento e avaliação, assim como foi o caso da política nacional de educação permanente em saúde, práticas inovadoras de avaliação.

Nasce então o projeto de doutorado, unindo as marcas ativadas pela produção profissional e acadêmica e que deseja pensar e sistematizar uma junção entre Residências e avaliação.

De maneira muito contemporânea, no debate com e sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, fala-se de uma prática educativa e de sua potência intercessora⁹ para a produção de inovações na formação e no trabalho de pessoal comprometido/implicado/desejoso/desejado de SUS. A inovação é considerada conforme proposto por Santos (1997) como reconfiguração de saberes, como rompimentos com paradigmas de produção do conhecimento que se orientam unicamente pela racionalidade cognitivo-instrumental ditada pela ordem moderna da ciência. A avaliação compõe este cenário como possibilidade de funcionar como dispositivo intercessor, como máquina de

⁹ Como afirma Deleuze (1992), intercessores são aqueles que trabalham pela desestabilização e desterritorialização do vigente, dando passagem à certas práticas e pensamentos em favor do novo e do inventivo. O autor afirma que os intercessores são essenciais, pois sem eles não há criação e/ou invenção

inventar perguntas às Residências. Se as Residências Multiprofissionais em Saúde podem produzir inovações ao trabalho e a educação na saúde, a avaliação acompanha estas inovações?



1.1. Origamis e caleidosc6pios: as dobras e desdobramentos

Quando apresento desdobramentos, não é porque são os desdobramentos da produção da tese, mas ao contrário, acontecimentos que vão dobrando a pesquisa e a pesquisadora, assim como as marcas ativadoras de pensamento... A tese se apresenta com diferentes tempos e linguagens: alguns momentos origami – com as dobras assumindo uma forma – outros momentos caleidoscópico – onde as dobras são móveis e dependendo da velocidade, muito difíceis de acompanhar.

Em julho de 2006, o prof. Ricardo Burg Ceccim, inicia o projeto de Avaliação Segundo a Modelagem da Educação Permanente em Saúde (AvaliaEPS), com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, com o objetivo de produzir uma sistemática de avaliação que pudesse acompanhar e avaliar ações de formação, em diferentes âmbitos, que se orientam pelos pressupostos e conceitos da educação permanente em saúde. Como pesquisadora vinculada¹⁰ ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde¹¹ pude de alguma maneira participar, junto com outros pesquisadores, estudantes e trabalhadores, do desenvolvimento do projeto, incluindo sua formulação inicial, oficinas, reuniões, sistematizações, debates. Foram rodas e redes de conversações com residentes, coordenadores de Residência, mas também com docentes e estudantes de cursos de especialização, cursos técnicos, gestores, trabalhadores e usuários de diferentes regiões do país, todos com, pelo menos, uma dupla implicação: inventar processos de formação que se orientassem pela participação, pela aprendizagem a partir, e com os cotidianos de trabalho, que pudessem (e possam) de alguma maneira ser do interesse do SUS e, com a produção de algumas ferramentas que servissem para gerar alguma sistemática de avaliação para estas ações.

Pela dinâmica e pelos fóruns do projeto foi possível um contato freqüente com os temas da articulação entre educação e trabalho e com a avaliação dos diferentes modos como esta articulação se apresenta, suas mobilidades, seus estagnamentos.

Em 2008, uma nova exposição, novos convites, vindos desta vez pelas mãos da professora orientadora da tese, Denise Leite, para participar da pesquisa coordenada pela prof.

¹⁰ A título de comentário: o vínculo é por implicação, por marcas com o tema da saúde, do SUS, da formação em saúde. É vínculo de trabalho, não é vínculo “empregatício”.

¹¹ O EducaSaúde, coordenado pelo prof. Ricardo Ceccim reúne vários estudantes, pesquisadores e trabalhadores das áreas da saúde e da educação, muitos dos quais já vem desenvolvendo pesquisas e o trabalho na gestão da educação em saúde desde 1998, com a ESP/RS.

Dra. Marília Costa Morosini da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, cujo principal objetivo é produzir indicadores de qualidade para avaliação da educação superior no Brasil. O projeto de Indicadores de Qualidade para a Educação Superior Brasileira tem como participantes pesquisadores da PUCRS, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM que compõem a Rede Sulbrasileira de Investigadores de Educação Superior – RIES.

Pelo projeto da RIES, foi possível o contato com fóruns de pesquisadores implicados com a avaliação do sistema nacional de ensino superior e com eles, estar exposta aos debates a respeito de concepções de avaliação do ensino superior, sistemas internacionais de avaliação da educação superior, principalmente os originados pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco e pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, além do sistema brasileiro de avaliação.

Estas duas experimentações da avaliação, muito distintas entre si, foram compondo o caleidoscópio conceitual e de escrita que compõe a tese. Se forem distintas, é em virtude daquilo que assumem como matérias com os quais a avaliação se conecta: se, para um dos projetos, se trata de estar com projetos específicos da educação em saúde, para outro é preocupação é com todo o sistema de ensino superior, incluindo, portanto toda a graduação e a pós-graduação em todos os campos do conhecimento. Se forem próximas, é em função de assumirem a avaliação como tema comum. O caleidoscópio se move com uma e outra e produz imagens diversificadas a respeito da avaliação.

Às imagens movimentadas pela avaliação, se misturam as imagens e as falas a respeito das Residências e com elas, a participação em reuniões, oficinas, seminários, rodas de conversa com docentes, estudantes, trabalhadores, gestores ligados às Residências com os quais se compõem vários dos fragmentos onde o debate das Residências Multiprofissionais acontece. Mas é também a leitura e o estudo de documentos legais, apresentações textuais em oficinas e seminários, anotações em pontas de caderno, sejam a respeito da avaliação, sejam a respeito das Residências que vão compondo o percurso e o texto da pesquisa.

A pesquisa vai então se aproximando do que Siegmann e Fonseca (2007, p. 55) afirmam se configurar como uma metodologia “na qual o ato de pesquisar aproxima-se do ato de conversar, de estabelecer um diálogo entre diversos campos de saber”. As autoras definem

o “caso pensamento”, diferente do estudo de caso, como o que surge das fissuras que cada experiência contém, compostas com a própria percepção do pesquisador.

Os “falantes” da pesquisa são identificados por sua localização – ainda que transitória e específica para os momentos em que ocorreram os encontros – no quadrilátero “móvel” proposto por Ceccim. Assim, teremos usuários, trabalhadores, gestores, educadores. Seus vínculos com e no sistema de saúde são de variados formatos: trabalhadores ligados aos serviços de saúde e à gestão de processos de educação em saúde; gestores municipais e estaduais vinculados à gestão de políticas de ensino e da atenção em saúde; educadores que atuam no ensino e na pesquisa, na graduação e na pós-graduação e, por vezes estão como atores sociais em instâncias de controle social; usuários que ligados a instancias de controle social; usuários que estão estudantes. Sua designação será, portanto, por sua implicação/posição no momento em que se encontram com a pesquisa e de onde expressam suas concepções e idéias.

O caminho percorrido pela pesquisa se afasta de modelos ditados pela racionalidade científica moderna, que se ocupa em quantificar, classificar, comparar, reconhecendo o pesquisador como alguém que “classifica a multiplicidade para reduzir suas diferenças acidentais à diferença específica e à identidade do gênero, isto é, para reduzi-las à unidade universal da razão” (Fuganti, 1990, p.40).

Não sendo a unidade universal da razão, aproxima-se mais da possibilidade de produzir conhecimento pelo desmanchamento da fronteira sujeito-objeto, como nos assinala Santos (2005a, 84) ao afirmar os limites da ciência moderna e a transição paradigmática.

Não se trata de realizar a avaliação de uma ou várias Residência, mas da composição de pensamento pelos encontros e confrontos entre a Residência Multiprofissional, como modalidade de formação que busca integrar o mundo do trabalho em saúde com o mundo da educação, e a avaliação como componente que pode oferecer alguns analisadores de suas práticas pedagógicas.

Se, como afirma Santos, “todo conhecimento é auto-conhecimento”, trata-se antes de dar língua, texto e imagem a um determinado mini-universo com o qual o pesquisador se encontra extremamente comprometido, buscando neles sua potência inovadora e que neste caso se designa pelos encontros entre Residências Multiprofissionais em Saúde e avaliação.

Os pedaços/fragmentos dão origem ao caleidoscópio e ao origami. Neste sentido os passos da construção de indicadores para avaliação das Residências Multiprofissionais vão se compondo de diferentes movimentos.

Num primeiro movimento, ou Movimento', é produzido pelo cruzamento das diretrizes do SUS com os eixos norteadores para formulação das Residências Multiprofissionais em Saúde apresentados na Portaria Interministerial Nº 45. O Movimento" gera uma espécie de questionário organizado a partir de itens como participação, integração ensino e serviços, gestão democrática, gestão pedagógica, conceito ampliado de saúde, produção do conhecimento; uma composição de imagens produzidas pelas diretrizes do SUS e das Residências Multiprofissionais. Entre um e outro movimento, a intervenção da pesquisadora, da orientadora e de alguns "falantes": neste caso, coordenadores de Residência e residentes.

A escuta aos "falantes" é o que produz alguma "dobra" no questionário, gerando um documento reorganizado com três itens principais: Participação social e escuta as necessidades regionais; Gestão democrática e integração ensino, serviço, população e Produção do conhecimento; embora ainda seja um questionário, é o Movimento". Entre os diferentes Movimentos, uma série de fragmentos, de micro-movimentos. A composição de dobras vai se produzindo agora, pela experimentação do "questionário" em Oficina do projeto AvaliaEps de dois dias, realizada em Porto Alegre, em setembro de 2009, com os falantes do quadrilátero. Uma certa experimentação do questionário por gestores de saúde (municipais e estaduais) de diferentes Estados do País, como Rio de Janeiro, Acre, Minas Gerais e Rio Grande do Sul (mistura de sotaques, tendências, construções diversificadas, tempos diferentes). Por estudantes (Residentes, mestrands; nem sempre com vivência da Residência, mas de multiprofissionalidade, certamente), usuários/as e trabalhadores da saúde. Como anunciado na programação da Oficina uma "Produção da imagem: efeitos, atores, sentidos". "Profileração ontológica", nos diria Pelbart (1993). Com a Oficina do AvaliaEPS, se mesclam os debates a respeito de avaliação e da construção de indicadores pelos seminários e encontros da Ries: também um movimento multifacetado e implicado com a avaliação. Aqui, o vetor emitido, é da avaliação do Ensino Superior. A mescla: educação e saúde.

Mais um fragmento e suas dobraduras: a participação, em 2008, do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, com a realização de um encontro com o grupo de

avaliadores da Residência que haviam sido selecionados. Anterior ao Movimento', é um componente que retorna e que, ao retornar, re-inventa.

Deste agregado de fragmentos e dobraduras e movimentos, o Movimento'''' é que constitui a elaboração de Marcadores e Analisadores e, se não produz uma imagem a respeito das Residências, produz a pergunta de qual (ou quais) imagem (s) quer se destacar, quais perguntas se deseja fazer.

Como na cartografia, na fotografia, na astronomia, trata-se também de destacar um lugar¹² para com ele re-compor os fragmentos, os pedaços (como quando se destaca um detalhe de uma tela, assumindo que este gera outros e outros, sucessivamente ou ainda quando movemos o caleidoscópio: cada movimento gera uma imagem inédita), que são, necessariamente, pedaços-vivos-em-ato,

¹² Compreendido no sentido de território de produção de subjetividades ou subjetivação.



2. Paradigmas que “racham”: A ilusão da evolução

Cena: Montanhas de gelo. Não neve. Blocos inteiros de gelo. Alguns flutuam no mar quieto. Outras se entranham mar a dentro, entram na imensa massa de água gelada e se prendem ao fundo. Montanhas verticais de gelo que se acopla com a água e com a terra. Do nada, um pedaço do bloco cai. Fratura, se desprende e cai verticalmente. O som de sua queda, de sua fratura é alto, grave, intenso e prolongado. Bem longe dali, uma rasgadura aparece no mesmo bloco. Calada, rizomática, intensa, prolongada. Você fecha os olhos. É rápido, meio ato reflexo por causa do gelo, da quebra, da queda. Mas você começa a sentir calor, percebe na pele que o corpo começa a esquentar. Quando abre os olhos, está cercado de areia.

Calotas polares derretendo? Primavera que vira outono, que vira verão, que se mistura com inverno (as vezes no mesmo dia)? Calor de 40 (ou mais) graus Celsius? Tsunamis, furacões, terremotos. Produção humana¹³ (talvez demasiado humana) denominado efeito estufa. Bem simples: o calor não vai mais embora. Imagine uma sala de vidro, exposta ao sol, cheia de gente, sem janelas, onde se pretende respirar o mesmo ar. Uma claustrofobia planetária impede que o calor vá embora. O que o Sol enviar para a Terra, não se dissipa mais como deveria ou como dissipava. A não ser que se tenha perdido completamente os instintos, entre eles o de sobrevivência, a conversa pode seguir.

O documentário “Verdades Inconvenientes” (Paramount, 2005) apresentado pelo ex vice-presidente norte americano All Gore mostra precisamente estes tipos de cenas. Alterações na composição da atmosfera terrestre, com o acúmulo de gases que não permitem que o calor produzido pelas radiações solares se dissipe, permanecendo como que engendrado com a Terra. O apresentador vem mostrando então diferentes pesquisas e projeções (algumas das quais vem sendo realizadas desde 1958, como a medição periódica da concentração de dióxido de carbono da atmosfera) e constrói relações entre as informações (conhecimentos) produzidas e os fenômenos de devastação em diferentes locais do planeta. Em determinado momento, Gore afirma: “E somos nós que estamos fazendo isso”. Por outro lado, o documentário mostra também que, enquanto não torrarmos o planeta e virarmos todos churrasquinhos bem passados (por enquanto seguimos cozinhando como lagostas – lentamente) dá tempo de produzir mudanças.

¹³ Produções de um descuido (imprudências, talvez?)

Do tacape a bomba atômica, da roda ao Colisor Elétron-Pósitron (o acelerador de partículas a respeito do qual houve comentários de que por um lado, poderia revelar a origem do Universo, por outro lado, poderia causar o fim do planeta, ou um buraco do tamanho do continente africano onde hoje se encontra a Genebra. Enfim, efeitos secundários e quase insignificantes da evolução científica...) segue-se numa produção de conhecimentos acelerada, intensiva, mas não necessariamente ética. No filme Matrix (Warner, 1999) vemos um planeta onde as máquinas acopladas a modalidades de inteligência artificial, fazem a gestão do mundo e o que restou de humanidade funciona como bateria. Como se a tecnologia tivesse se dobrado sobre aqueles e aquilo que inicialmente lhe dá origem. Em certo momento, Smith (uma entidade Matrix) afirma para Morpheus (um humano rebelado):

- Deixe-me te contar uma revelação que eu tive durante meu tempo aqui. Ela me ocorreu quando tentei classificar sua espécie e me dei conta que vocês não são mamíferos. Todos os mamíferos do planeta, instintivamente entram em equilíbrio com o meio ambiente. Mas os humanos não. Vocês vão para uma área e se multiplicam, e se multiplicam até que todos os recursos naturais sejam consumidos. A única maneira para sobreviverem é indo para outra área. Há outro organismo que segue o mesmo padrão. Você sabe qual é? Um vírus.

Guattari (1999) afirma no início do livro “As Três Ecologias” que vive-se intensamente um período de transformações tecnológicas e científicas em função das quais vão se engendrando desequilíbrios ecológicos, que em última instância, podem levar a extinção da vida no planeta e que, junto com isso, vão se implodindo, se deteriorando, os modos de viver humanos, sejam eles individuais ou coletivos. Efeito estufa de modelos de pensamento e/ou de processos civilizatórios?

Não é uma questão de defender a volta ao selvagem, um movimento contra tecnológico. Gosto do computador, do carro, da geladeira. Na saúde, se assim o precisar, também quero um tomógrafo e, se possível, um desfragmentador de partículas para ajudar a diagnosticar e, se for o caso, curar. Não gostaria de voltar a um tempo em que o bom cirurgião era aquele que amputava mais rapidamente e fazia com que as chances de morrer ficassem um pouco mais reduzidas. É antes uma questão de acompanhar as palavras, as coisas, os limites entre um e outro, as fronteiras, os esgotamentos e as criações. O período que hoje se convencionou chamar de modernidade se compõe de partículas (ou verdades?) tecnológicas, econômicas, biológicas, sociais, estéticas.

Me junto a Santos (2006) quando este afirma que não há dúvidas que a produtividade tecnológica emplacada pela ciência produz intervenções na vida de indivíduos e populações e que estas podem melhorar a qualidade de vida. O que está em questão, são as arbitrariedades de um modelo de racionalidade que subtrai outras percepções, afecções e extermina a prudência e a escuta das atividades humanas. Na saúde, por exemplo, o cuidado pautado unicamente pela produção de testes e exames gerados por equipamentos, vem sendo associada com bom atendimento, com atenção qualificada, mas enquanto modelo de organização da atenção á saúde, é no mínimo indesejável receber “atendimento de papel” – aquele em que o profissional apenas solicita e lê exames, subtraindo a pessoa do processo de cuidado terapêutico.

Particularmente, não tenho dúvidas de que se alcança a racionalidade, mas diante do que se pode acompanhar no documentário “Verdades Inconvenientes” (que nos mostra o quanto estamos destruindo o ar que respiramos e o “céu que nos protege”) e no uso que se faz das tecnologias que fomos capazes de produzir, acredito que não se está mais “inteligente”¹⁴. Esta mesma lógica, esta mesma racionalidade, engendra na saúde práticas “duvidosas” de atenção e de cuidado; na educação a repetição como prática pedagógica e na avaliação o reforço à competitividade.

Como afirmam Siegmann e Fonseca (2007) de que a pretensa sensação de segurança produzida pela racionalidade científica, parece desabar diante dos desafios contemporâneos e as verdades absolutas, a estabilidade e a ordem, grandes pilares da modernidade e da racionalidade científica, se encontram em crise. Ou como afirmam as autoras:

A pretensa dominação do homem sobre a natureza por meio da mensuração, divisão e classificação hierárquica de seus elementos e fenômenos cede a diferentes modos de produção de conhecimento comprometidos com a abertura à complexidade do real (SIEGMANN e FONSECA, 2007)

Para Santos (1997) o projeto da modernidade fundamenta-se na busca do equilíbrio entre regulação e emancipação. A característica da regulação é a articulação dos princípios do

¹⁴ Deleuze nos diz que a inteligência é algo que “vem depois”; que se coloca em movimento a partir de decepções, a partir de des-estabilizações (Deleuze, 2006). Ceccim (1998) afirma que existem políticas da inteligência e que estas se compõem por campos de afecção, de produção de si e de inventividade. Neste sentido, a racionalidade não é o único componente e por vezes, não é o mais importante, embora venha sendo ainda amplamente acolhido como tal.

Estado, do mercado e da comunidade. O que caracteriza a emancipação é a articulação de três dimensões da racionalização: racionalidade moral-prática (relacionada à ética e ao direito); a racionalidade cognitivo-instrumental (da ciência e da técnica) e racionalidade estético-expressiva (das artes e literatura). Para o autor, a identificação do projeto da modernidade com o capitalismo, fortalece o princípio de mercado (regulação) em detrimento do Estado e da Comunidade, ao mesmo tempo em que se desenvolve a racionalidade cognitivo-instrumental, de tal modo que se estabeleça como a única racionalidade possível.

Em sua análise sobre a construção do paradigma científico da modernidade, Santos (2005b, p. 27 e 28) afirma que, tendo a matemática como lógica que fundamenta qualquer investigação, o paradigma científico da modernidade se caracteriza e define por dois movimentos. Um deles, define que conhecer é quantificar. O autor destaca que “o rigor científico afere-se pelo rigor das medições”. Assim, as singularidades e peculiaridades de qualquer situação ou objeto passam a ser desconsideradas e, em seu lugar, como afirma Santos, “passam a imperar as quantidades em que eventualmente podem se traduzir”. O segundo movimento que, segundo o autor, define o método científico é a redução da complexidade. Conhecer, como bem destaca Santos, “significa dividir e classificar para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou”. Um dos principais fundamentos do método cartesiano, consiste exatamente em reduzir o todo em tantas parcelas quanto possíveis para que seja possível sua análise. É deste traçado de linhas e movimentos que se consolida e ganha legitimidade a ciência moderna como Ciência Régia, pela qual todo conhecimento se produz pela quantificação, pela divisão de um todo em partes constituintes e, pela diminuição da complexidade.

O autor destacada ainda que “o rigor científico, porque fundado no rigor matemático, é um rigor que quantifica e que, ao quantificar, desqualifica, um rigor que, ao objetivar os fenômenos, os objetualiza e os degrada, que, ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza”. Para Santos trata-se portanto:

De uma forma de rigor que, ao afirmar a personalidade do cientista, destrói a personalidade da natureza. Os limites deste tipo de conhecimento são qualitativos e não são superáveis por maiores quantidades de investigação ou maior precisão dos instrumentos, sendo a própria precisão quantitativa do conhecimento estruturalmente limitada (SANTOS, 2005b, p.73).

Por outro lado, Foucault nos fala de uma construção de saberes, que conecta economia, biologia e filologia. Como afirma Machado (2009, p. 130) para Foucault o que importa é que pelo fato dos homens trabalharem, viverem e falarem constroem representações sobre a vida, o trabalho e a linguagem, sendo estas representações os objetos das ciências humanas. Trata-se de acompanhar as linhas produzidas pelas relações entre produção econômica e os modos de organização do trabalho humano, a biologia ou estudo das condições em que se produz e organiza a vida e a linguagem, os discursos, descrições, sistematizações forjadas, inventadas: As palavras e as coisas em suas imbricações, relações, invenções e produções.

Se por um lado vamos construindo modos de conhecer, como aponta Boaventura, e de saber, como nos indica Foucault, vamos também produzindo modos de viver, como afirma Guattari. É a produção de conhecimentos e tecnologias como científicas e a produção do viver, da subjetivação como capitalística que estão imbricadas e sua mescla pode ser acolhida como paradigma da modernidade. Um conhecimento que não só não é neutro em sua produção, mas é engendrado por platôs econômicos e sociais, ou pela mistura entre o pensamento racionalista moderno e a força das relações econômicas, fruto do capitalismo.

Santos (2005) afirma que a racionalidade científica, enquanto um modelo global – e globalizante, acrescento – é também totalitária sendo portando, um modelo a ser seguido, que nega, subtrai qualquer racionalidade-outra na produção de conhecimento. Concordo com Santos e, à sua idéia aproximo uma provocação no sentido de pensar não só numa nova racionalidade, mas em outras tantas formas de se produzir desde conhecimentos, até sujeitos. Sensibilidades, afecções (como ativação de processos de singularização), práticas. Ou seja, produção de conhecimento e, acrescento novamente produção de si que não opere unicamente pela formulação de leis e invariantes, mas por diferenciação e singularização. E isso não para que possamos conhecer mais ou melhor, mas para produzirmos diferente.

Não se trata de uma formação estrutra-forma, ou super estrutura- estrutura, do maior para o menor, ou causa e efeito. Ou ainda, se trata de tudo isso junto, mas não necessariamente nesta ordem, nem estanques em e no tempo. Primeiro o macro, depois o micro. Vem junto. São micropolíticas, pequenas coisas de constituição, como fragmentos dispersos que se chocam, se acoplam, trocam e emitem fluxos de diferentes intensidades. Somos onde estamos, somos como estamos. Como se tudo acontecesse ao nível das entranhas

e do cosmos ao mesmo tempo. Imagine-se que os desejos se formem em nossas moléculas: “uma cognitividade se constituindo na escala de quarks”, como diz Guattari (1992, p. 65).

Como afirmam Deleuze e Guattari (1996, p. 90) “toda a sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados por duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular”. Para os autores, se elas são distintas entre si, é porque “não tem os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade”. No entanto, são inseparáveis por coexistirem, por “passarem de uma para outra, segundo diferentes figuras, mas sempre uma pressupondo a outra”. Não se trata de relações causa-efeito ou de estrutura macrosocial (como aquela que diz respeito aos grandes dispositivos da clínica, da escola, ao ainda da família), mas de interpenetrações, flutuações, ou como na física quântica, de partícula e onda ao mesmo tempo. São práticas políticas e micropolíticas que produzem territórios-identidade, mas também linhas de fuga, de desterritorialidade. Como afirmam os autores, o que importa é ir buscando estes novos traçados e questionando “a cada momento, o que foge em uma sociedade? É nas linhas de fuga que se inventam armas novas”.

Para Rolnik e Guattari (2000, p. 130) a problemática da micropolítica consiste “em tentar agenciar os processos de singularização no próprio nível onde elas emergem”. Isso pode ocorrer no espaço da cura terapêutica, da aprendizagem, da família, da avaliação. Os autores destacam ainda que não há contradição ou oposição entre molar e molecular. “Os mesmos tipos de elementos, os mesmos tipos de componentes individuais e coletivos, em jogo num determinado espaço social, podem funcionar, a nível molar, de modo emancipador, e coextensivamente, a nível molecular, serem extremamente reacionários e fascistas” (Rolnik e Guattari, 2000p. 133).

De um lado a racionalidade cognitivo-instrumental como possibilidade de uma ciência régia e universal. De outro o mercado como princípio regulador vigente, em detrimento do Estado e da comunidade, como afirma Santos (1997). Ambas engendrando processos de subjetivação capazes de produzir o que Guattari (1992) denomina de produção capitalística da subjetivação

A subjetivação de que se trata, é compreendida como produção de subjetividade ou processo permanente de constituição de si. Como afirma Deleuze (1992, p. 142) a partir do que Foucault denomina de processos de subjetivação, “a subjetivação é a produção dos modos de existência, ou estilos de vida”, onde “não há sujeito, mas uma produção de subjetividade”.

Para este autor, “a subjetividade deve ser produzida, quando chega o momento, justamente porque não há sujeito”. Guattari (1999), por sua vez, se une a Deleuze e comenta que a existência do Sujeito, tal qual anunciado por Descartes por meio do “penso, logo existo”, não é tão evidente, se considerarmos que outras tantas maneiras de existir se instauram além dos limites da consciência e da racionalidade científica.

Nietzsche (2001) fala-nos da constituição de uma raça, um povo e uma forma germânica e de quanta violência (empalamentos, apedrejamentos, esfolamentos, por exemplo) foi necessária para instituir memórias e corpos com a marca indelével de um ser uno e moral. Nietzsche se refere mais especificamente ao povo alemão “um povo de pensadores” e comenta as punições e correções legais do sistema penal vigente e cita os castigos alemães: apedrejamento, a roda “a mais característica invenção, a especialidade do gênio alemão no reino do castigo”, ironiza Nietzsche, o empalamento, o dilaceramento ou o pisoteamento por cavalos, a fervura em óleo ou vinho, o popular esfolamento, cortes da carne do peito e cobrir a criatura (no caso um mal-feitor. Certamente...) com mel e expor para moscas e outros insetos variados. Depois de nos expor estas imagens, cobertas sempre com um tom irônico singular, o autor segue martelando: “com a ajuda de tais imagens e procedimentos, termina-se por reter na memória cinco ou seis “não quero”, com relação aos quais se faz uma promessa, a fim de viver os benefícios da sociedade”. A pergunta de Nietzsche é de como se cria uma memória no bicho-homem, este bicho cuja consciência se volta somente para o presente e que é “meio obtusa, meio leviana, uma encarnação do esquecimento?” Mas Nietzsche não fala somente do sistema penal, mas afirma também as violências e sacrifícios das religiões e castas. Também não fala somente de castigos e punições, mas de alimentação, clima e modos de ir vivendo a vida. Em *Ecce Homo*, Nietzsche fala da culinária alemã, das carnes muito cozidas, do excesso de farinhas e de gorduras: “o espírito alemão é uma indigestão” (1999, p 36). A seguir segue falando do clima, das temperaturas, da umidade, dos lugares, suas paisagens, vegetação, do tempo do metabolismo e de como seu próprio metabolismo reage e interage com as coisas que o cercam, coisas que se acoplam e ele mesmo. A imagem empanturrada e indigesta, que tudo consome e ao qual nada afeta, é a forma-homem a qual Pelbart se refere. Por outro lado, esta forma se compõe de variadas intensidades de microfísicas e representa isso: uma forma configurando-se e configurada pelos territórios que se permite habitar e que, portanto, pode se de-formar. Como vamos nos tornando o que estamos...

O sujeito desconstruído por Deleuze (mas também por Foucault e Nietzsche) é “O” sujeito como forma normalizada pela modernidade, usualmente expressa como masculino,

branco, europeu, capaz de interferir e conhecer o mundo e a natureza (seus objetos) por meio da aplicação repetida de procedimentos e medidas aplicados pela racionalidade científica. Guattari (1999) nos propõe que “ao invés de falar de sujeito, talvez fosse melhor falar em componentes de subjetivação trabalhando, cada um, mais ou menos por conta própria”.

A subjetividade, portanto, não se refere à construção ou consolidação de um “self”, uma evolução do ego ou a sucessão de fases do tipo sensório-motor, simbólico, operatório, como evidências de um progresso individual, onde meios sociais como família, educação, saúde, trabalho etc., colaboram, ou não, para o adequado desenvolvimento do indivíduo. Não se trata, então, de uma subjetividade produzida “apenas através das fases psicogenéticas da psicanálise” como afirma Guattari (1992, p. 20), mas que, conforme a autor, se fabrica “também nas grandes máquinas sociais, mass-mediáticas, lingüísticas”. Ou seja, produção subjetivante de caráter social e coletivo, pois “está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”, conforme definem Guattari e Rolnik (2000, p. 33).

Pelbart (2000, p. 13) nos fala de uma forma-homem como uma modelagem, uma



“forma reativa e impotente que se pretende eternizar”. No entanto, o autor destaca que importa é saber quais “as múltiplas forças que batem à porta”, pondo em xeque essa forma. Para o autor, esta forma instituída é produto de uma fabricação social, histórica, cultural, econômica, e como produção, se abre à possibilidade de não se estagnar.

Essa produção nos vem sendo mostrada por Foucault e Nietzsche – mestres na arte de dar visibilidade aos inúmeros mecanismos que nos subjetivam: desde a análise das distribuições de espaços e tempos, aos mecanismos sutis das rotinas, interrogatórios, punições e exames. As estratégias de

entrelaçamento entre saber/poder e práticas sociais exploradas por Foucault em sua extensa bibliografia, deixam à mostra as malhas que tecem nossa forma atual.

Foucault, ao tecer os conceitos de tecnologias do eu, sanção normalizadora, corpos dóceis e disciplina, cartografa linhas e fluxos de dispositivos que produzem nossa existência e

que por ela são produzidos. A relação entre disciplina e docilização dos corpos traçado por Foucault (1996, p. 127), toma o corpo como objeto de uma “maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe”, tornando-o “tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente”. Foucault nos exhibe as linhas invisíveis que capturam e produzem o corpo, dissociando-o do poder, “não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. Máquinas que passam por uma “arte de punir” (id. ib. p. 163) que não pretendem a repressão, mas que ao “relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir” produz padrões de comportamento. O autor nos mostra como uma penalidade perpétua “atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares”. Ela “compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza”, e, por conseguinte, “exclui”. Em uma palavra, para Foucault, “ela normaliza”.

Quando, arqueologicamente, cartograficamente, Foucault nos indica o “nascimento da clínica, da medicina, da loucura”, juntamente com seus dispositivos de regulação, normalização e controle, como o hospital, a escola, a clínica, e os coloca como territórios de produção de subjetividade, como regimes parciais (embora tidos como naturais e totais) de verdade, ele nos mostra que se definem assim o que é de valor para ser conhecido (ou reconhecido) e o que não importa – o que pode e até deve ser ignorado.

Como existem as coisas e as palavras que as inventam e designam é por isso que se fala em criar língua: produzir novas palavras, atreladas a novos habitats. O sentido do nomadismo é um pouco essa coisa, de viver mudando de lugar, formado novas dobras. Hoje parece que tudo tem uma palavra e que muitas já se esgotam. Belas palavras que se esgotam. Em tudo isso, sempre retorna o Fora, as Dobras. Dá pra ser de inúmeros jeitos, de múltiplas variedades, combinatórias. Bolsões de normalidade. Territórios que habitamos e que nos ocupam. Território, nomadismo e hábitos que nos constituem e com os quais constituímos o mundo .

Em tempos de saberes imprudentes, produzindo vidas indecentes, na Gramática do Tempo (2006), Santos nos chama a atenção para a importância de se gerar uma “ecologia dos saberes” e afirma que para uma ecologia de saberes, importa questionar e tensionar se “aquilo que se aprende, vale o que se esquece”, apontando com isso o caráter político e social da construção de conhecimentos. Ou seja: ignorâncias são tão produzidas, quanto o

conhecimento. Neste ponto, entendo que Foucault encontra Santos. Quando, arqueologicamente, cartograficamente, Foucault nos indica o “nascimento da clínica, da medicina, da loucura”, juntamente com seus dispositivos de regulação, normalização e controle, como o hospital, a escola, a clínica, e os coloca como territórios de produção de subjetividade, como regimes parciais (embora tidos como naturais e totais) de verdade, ele nos mostra que se definem assim o que é de valor para ser conhecido (ou reconhecido) e o que não importa – o que pode e até deve ser ignorado.

Para Santos, vivemos um período de “crise epistemológica do paradigma dominante”, cujos principais sinais destacados pelo autor são: sua irreversibilidade, a quebra no saber científico produzida pela própria ciência, principalmente com Einstein e a física quântica e, que estes sinais só nos permitem especular acerca do paradigma que possivelmente emergirá. Para Santos, a crise do paradigma dominante é o resultado interativo de uma pluralidade de condições, entre elas condições sociais e teóricas. (SANTOS, 1997, 2005a, 2005b, 2006).

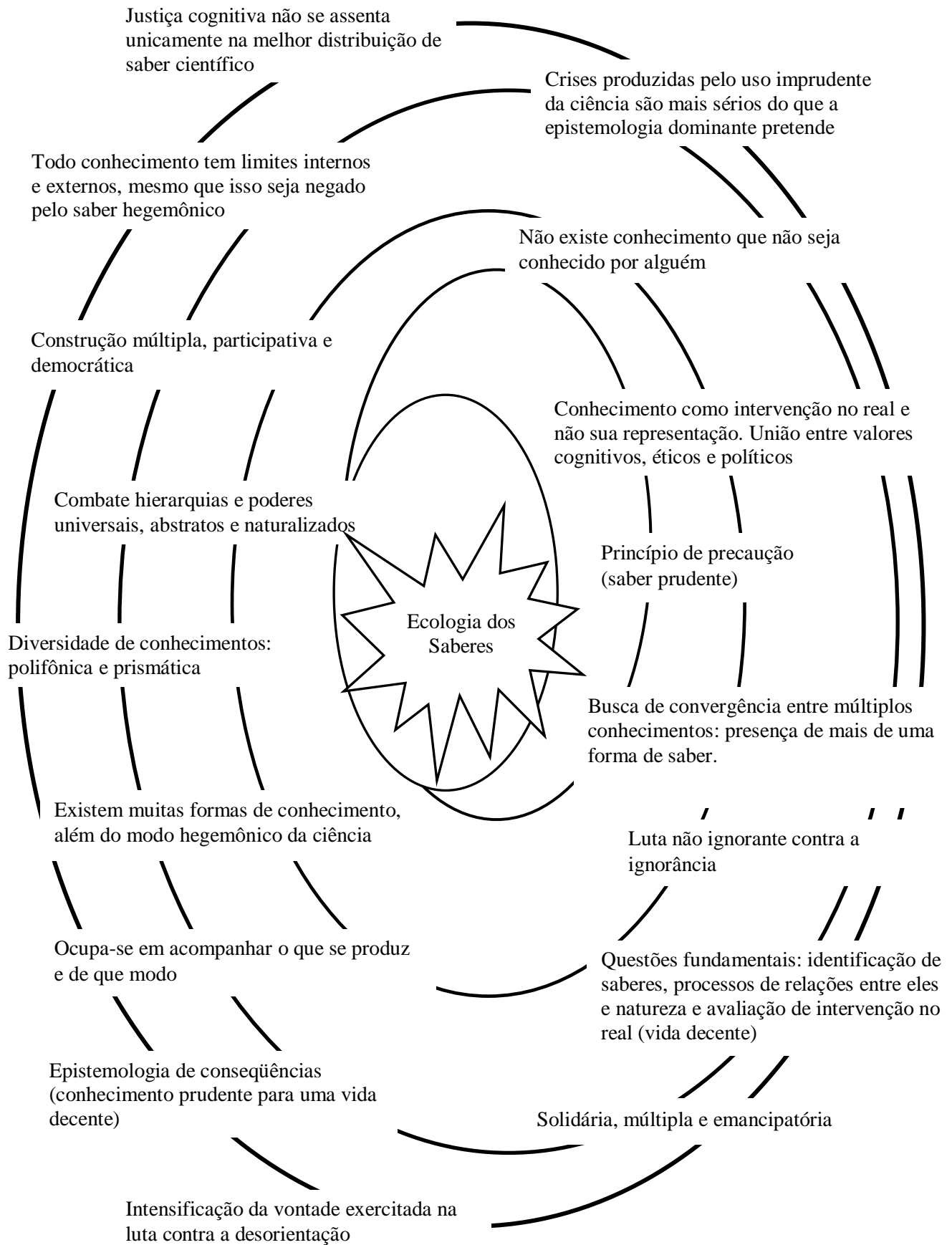
Siegmann e Fonseca nos chamam a atenção para a necessidade de inventar novas maneiras de, para e na produção de conhecimentos e apontam também as inovações ocorridas nas ciências pela física quântica, a química e a biologia, que agregam novos elementos às ciências, entre os quais as autoras destacam a imprevisibilidade, a desordem, a criatividade. As autoras destacam que “a manipulação do mundo cede lugar à compreensão deste” (SIEGMANN e FONSECA, 2007)

Einstein e a relatividade da simultaneidade constituem o primeiro rompimento no paradigma da ciência moderna. O caráter local das medições e, portanto, do rigor do conhecimento que se obtém com base nele, inspira o surgimento da segunda condição teórica da crise do paradigma dominante, a mecânica quântica. Físicos como Heisenberg e Bohr demonstram que não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que o objeto que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou. O rigor da medição posto em causa pela mecânica quântica será ainda mais profundamente abalado ao se questionar o rigor do veículo formal em que a medição é expressa: a matemática (SANTOS, 2005a, p.68 e 69).

Para Santos (2005a, p. 71 a 73) este movimento acoplado às demais inovações teóricas engendradas pela própria ciência, tem propiciado uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico.

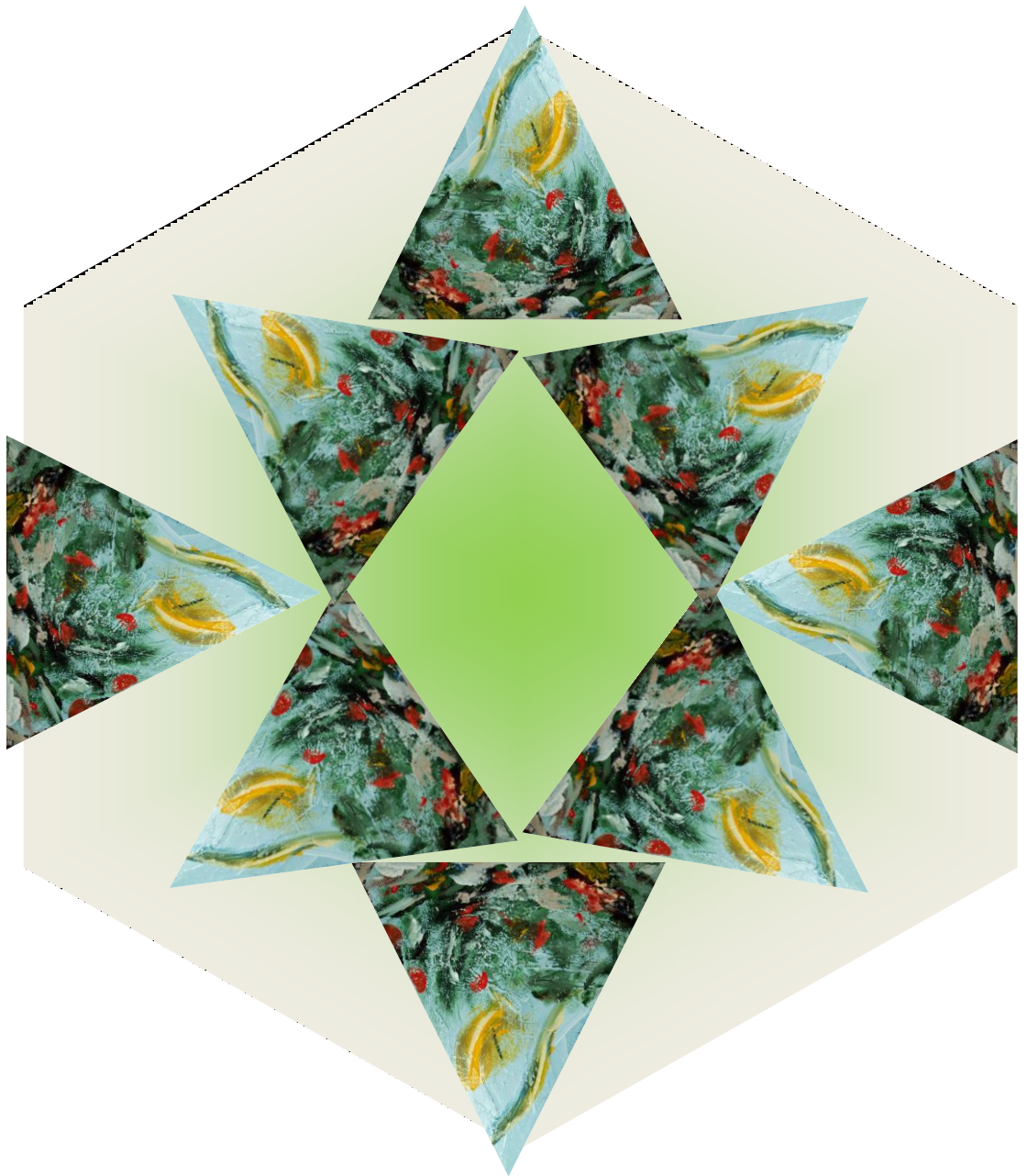
Segundo Santos, sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade revolucionada pela ciência, o paradigma emergente não é apenas científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tendo que ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente). O autor afirma a necessidade de buscar nos próprios pilares da modernidade, as condições para a ruptura. Propõe assim, no domínio da regulação, o princípio da comunidade e no domínio da emancipação, a racionalidade estético-expressiva, por assumir o caráter inacabado e permeável produzido pelas expressões e composições artísticas, como elementos fundamentais para a emergência/vigência de um novo paradigma. Finalmente, Santos destaca que “depois de dois séculos de excesso de regulação em detrimento da emancipação, a solução procurada NÃO é um novo equilíbrio entre regulação e emancipação. Isso seria uma solução moderna cuja falência intelectual é hoje evidente. Devemos, isso sim, procurar um desequilíbrio dinâmico que penda para a emancipação, uma assimetria que sobreponha a emancipação à regulação” (2005a, p. 78).

Defendendo a concepção de um saber ecológico, Santos nos apresenta dezessete idéias-motor para uma nova produção de conhecimento, com destaque para seu caráter político (de um saber prudente) e ético (para uma vida decente) e que apresento conforme o diagrama a seguir. Proponho esta imagem, pois considero que as idéias-motor apresentadas pelo autor não são sucessivas ou cronologicamente ordenáveis. Penso que são mais da ordem de um certo caos, onde uma ou várias se interpenetram, se mesclam e se produzem, podendo ou não atualizar-se na produção de conhecimento e na invenção de linhas de fuga da racionalidade científica vigente.



A ruptura paradigmática, os novos modos de produção de conhecimento, a problematização de situações vigentes, além de evidenciar o caráter político e ético da produção humana, em seus diferentes níveis, nos colocam o desafio do acompanhamento e, sobretudo, da criação do inédito, de novas palavras-conceitos, de novos diagramas e práticas. Somos então convidados à produção estética, onde a arte “leva ao ponto extremo uma capacidade de invenção de coordenadas mutantes, de engendramento de qualidades de ser inéditas, jamais vistas, jamais pensadas” (Guattari, 1992, p. 135). Santos afirma a necessidade de investir nos princípios de comunidade (invenção de espaços e dispositivos de solidariedade), também nos indica a necessidade de investir numa racionalidade estético-expressiva, na qual destaca o caráter inacabado e permeável, mas também inventivo presente nas obras de arte e na ação artística. Uma das críticas ao paradigma científico vigente é justamente no sentido de produzir tensões na excessiva valorização de uma determinada racionalidade, em detrimento de outras formas de orientação para os pensamentos e ações, mas também para outras experiências e expressões, além daquelas orientadas pela racionalidade.

Não se trata, no entanto, de produzir/criar primeiro um novo consenso, novas concordâncias, mas da possibilidade de destacar o pensamento como experimentação, a problematização como invenção de novas questões, novos olhares, novas cores. Não se trata de definir conceitos e paradigmas para, depois, definir ações (o que, de certo modo é somente replicar territórios-identidades), mas numa perspectiva de micropolítica, de trabalhar em e com zonas de fronteira, com limites, com passagens, com os espaços mestiços. Trata-se antes e primordialmente, da problematização de verdades universais, com seus impactos na saúde, na educação e na avaliação e na procura e criação de linhas de fuga, para o que, vale destacar, é fundamental a colocação de Santos: saber prudente e vida decente!



3. O jogo da pedagogia

*O jogo da pedagogia não é jogado
a dois, viajante e destino, mas a três. O lugar
mestiço intervém aí como soleira de passagem.*

Michel Serres

Mesmo que seja de maneira provisória, vamos pensar que um percurso pedagógico, cujo propósito seja qualificar e/ou tornar um profissional especialista em determinada área, ou ainda, gerar a habilitação para um determinado exercício profissional, produz e define um conjunto de conhecimentos, informações e experiências necessárias ao desempenho de uma função específica.

Por outro lado – e isso não tem nada a ver com consenso provisório – reconhecemos que para estar habilitado ao exercício de uma profissão, seja do campo da saúde, seja da educação, é necessária a legitimação produzida pelo processo de formação, com suas regras, seus projetos curriculares, seus tempos específicos, como destacado por Ceccim e Ferla (2003).

Mas, vamos também propor, mesmo que novamente seja provisoriamente, que não pára aí: constituem-se profissionais certamente, mas também, pessoas, pois neste percurso são aprendidas (ou ao menos valorizadas) certas práticas e atitudes consideradas desejáveis. Aprende-se uma certa maneira de lidar com os conhecimentos e com as informações: o que é ou não importante, válido, prioritário. Seleccionam-se informações pertinentes, descarta-se o que for considerado desnecessário. Se forem produzidas conhecimentos, informações e experiências, serão também silenciadas outros conhecimentos, informações e experiências (e geradas in-experiências e/ou e in-compatibilidades). Mas se forem também produzidas certas sensibilidades, virão junto outras tantas sensibilidades cortadas (e geradas in-sensibilidades e in-diferenças). A linha de rota produzindo linhas de fuga. São gerados/produzidos campos de conhecimentos, de informações e de experiências, mas são também gerados certos campos de sensibilidades.

Esse processo, essa produção, passa por um certo ordenamento, um certo arranjo: de tempos, de lugares, de práticas, de conhecimentos e de informações. Esta composição comporta variedades e intensidades de convites para experimentações, investindo mais ou menos na produção de coeficientes de desterritorializações. Podemos ter um percurso com pouquíssimas experimentações, ou com a repetição constante das mesmas experimentações –

mesmos tempos, lugares, práticas, etc. – um percurso marcado pela reconhecimento e que trabalha por uma certa manutenção das coisas (deixa como tá, deixa quieto!), como podemos ter um percurso com alto grau de coeficiente de desterritorialização – diversidade de tempos, lugares, práticas, etc. Neste caso, um percurso acadêmico e pedagógico marcado pela aprendizagem inventiva, que prioriza/privilegia a produção de estranhamentos e se percebe capaz de problematizar seus próprios arranjos, gerando certas instabilidades. Ou seja: qualquer que seja o percurso, ele sempre comportará (e produzirá) certas conexões com o mundo como está e com a vida como ela é – seja por sua manutenção, seja pela produção de outros mundos possíveis.

Como destaca Leite (1998, p. 46 e 47), não há prática pedagógica ou formação acadêmica que não se constitua num jogo permanente de relações de poder, que influencia (e produz) “as decisões sobre o que ensinar/aprender”. Para a autora, este campo ideológico vinculado “às formas de controle do conhecimento”, determina rumos e orientações do processo educativo. Leite afirma ainda que, no decorrer do processo de formação, os profissionais se constituem assumindo “valores e práticas inerentes ao seu campo profissional”. Para Leite, o processo de ensino/aprendizagem “não responde apenas a um arbitrário pedagógico. Muito ao contrário, os rituais acadêmicos estão fundamentalmente ligados às estruturas de poder da sociedade e, como capital cultural, variam de acordo com o tipo de fazer profissional presente na organização social do trabalho”. Um processo de formação produz conhecimentos, informações e experiências técnicas, mas produz também processos de subjetivação.

Ao afirmar a subjetivação, se assume que nossos modos de organização do cotidiano são tecidos por conceitos e perspectivas que, por sua vez produzem as formas do humano organizar seu estar e seu agir no mundo. São, portanto, nos espaços institucionais e sociais que são produzidos efeitos de subjetivação, ou seja, é nas instituições (familiares, educacionais, profissionais, culturais, econômicas, entre outras) que se constitui, produz e define o que é o ser humano: quais seus desejos, falas e corpos, suas possibilidades de se organizar em um mundo, sendo acolhidos como saudáveis, doentes, inteligentes, deficientes etc..

A análise sobre modos de formação na área da saúde passa necessariamente pela problematização de produção de racionalidades, de paradigmas e seus efeitos de subjetivação, não tanto para explicá-los, mas para buscar suas produções, potências e linhas de fuga,

destacando detalhes neste quadro, para deles, quem sabe, originar novas configurações. Se a formação oferece oportunidades para o desenvolvimento de um conjunto de competências técnicas, por mais que se organize de acordo com um paradigma científico e com uma racionalidade instrumental (Ceccim e Ferla, 2003) cabe ainda perguntar a respeito de qual produção de subjetividade dos trabalhadores da saúde está se falando, qual subjetivação está se produzindo.

Na saúde, podemos acompanhar os efeitos desta racionalidade na excessiva especialização. Sem desejar esgotar esse debate, veja-se, por exemplo, a saúde da mulher, onde o feminino passa a ser o reprodutivo; além disso, muito possivelmente todos nós já passamos por situações em que passamos a ser “o rim”, “o coração”, “os intestinos”, ou ainda, como uma patologia: “a hepatite”, “o carcinoma”, o “leito 101A”...

Ferla (1998, p. 4) destaca como, a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência moderna “atualizou-se no cuidado à saúde no que tem sido chamado de medicalização”. Segundo o autor, a medicalização consiste na “submissão das diversas práticas e saberes em saúde à racionalidade médica e no privilégio do eminentemente biológico na organização do conhecimento e das ações em saúde”.

Em sua *Microfísica do Poder* (1998), Foucault destaca a “normalização a prática e do saber médico”, afirmando que primeiro normaliza-se o médico, para depois aplicar a “noção de normal ao doente”. O autor vai nos mostrando vários fenômenos em que se configuram a identidade-médico, a identidade-doente, a identidade-hospital. Estes fenômenos vão desde a realização de censos, até a criação de locais onde os mortos¹⁵ passam a ser considerados uma ameaça, seja pelo medo que pudessem despertar, seja por doenças que pudessem transmitir. Além destes, Foucault extrai da constituição dos hospitais, o conceito de disciplina, que talvez possa ser expresso, embora de maneira sucinta, como uma “técnica de poder que analisa espaço, que exercita o controle, a vigilância e o registro contínuo” (p. 106). São técnicas de normalização, amplamente reguladas, seja por aparelhos específicos, seja pela própria ação humana de exercício de controle e de vigilância.

15 Foucault relata o exemplo de Paris do século XVIII: “Darei o exemplo do “Cemitério dos Inocentes”, que existia no centro de Paris, onde eram jogados, uns sobre os outros, os cadáveres das pessoas que não eram bastante ricas ou notáveis para merecer ou pagar um túmulo individual”. Segue Foucault: “Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas caves provocando pânico e talvez mesmo doenças”.

As paisagens de Nietzsche, de Foucault e da contemporaneidade colocam-nos diante do desafio de uma constante produção, com seus possíveis efeitos de subjetivação. Importa, então, acompanhar as formas que vão se constituindo e nos constituindo, inscrevendo em nossos corpos determinadas marcas que circunscrevem e territorializam comportamentos e desejos em modos específicos de ser.

Estes autores vão nos mostrando como, a partir de mecanismos ou dispositivos de regulação e normalização – inscritos nas práticas institucionais – que são construídas e legitimadas categorias como normal, patológico ou inteligente. Categorias, aliás, carregadas de conotação moral como bom, justo ou belo, que, embora construídas historicamente e culturalmente, adquirem valor transcendental, constituindo, ao mesmo tempo, um caráter de ideal humano a ser alcançado e de estado natural (da natureza humana) e desejável.

As diferentes formas de organizar a vida no mundo estão implicadas, portanto, na produção de territórios de humanidade, onde ela possa ser compreendida, sentida, instituída, organizada e vivida cotidianamente. São várias faces conectadas, passando pela família, pelo trabalho, pela cultura e, certamente pelos percursos pedagógicos.

O percurso acadêmico, nessa perspectiva passa a ser assumido como um espaço-tempo, um território importante nos processos de subjetivação. Assume-se, portanto, um processo pedagógico que implica, na territorialização de práticas, na constituição de desejos e nos processos de subjetivação, que se produzem pelas possibilidades de entendimento sobre ciência, conhecimento, saúde, educação e avaliação.

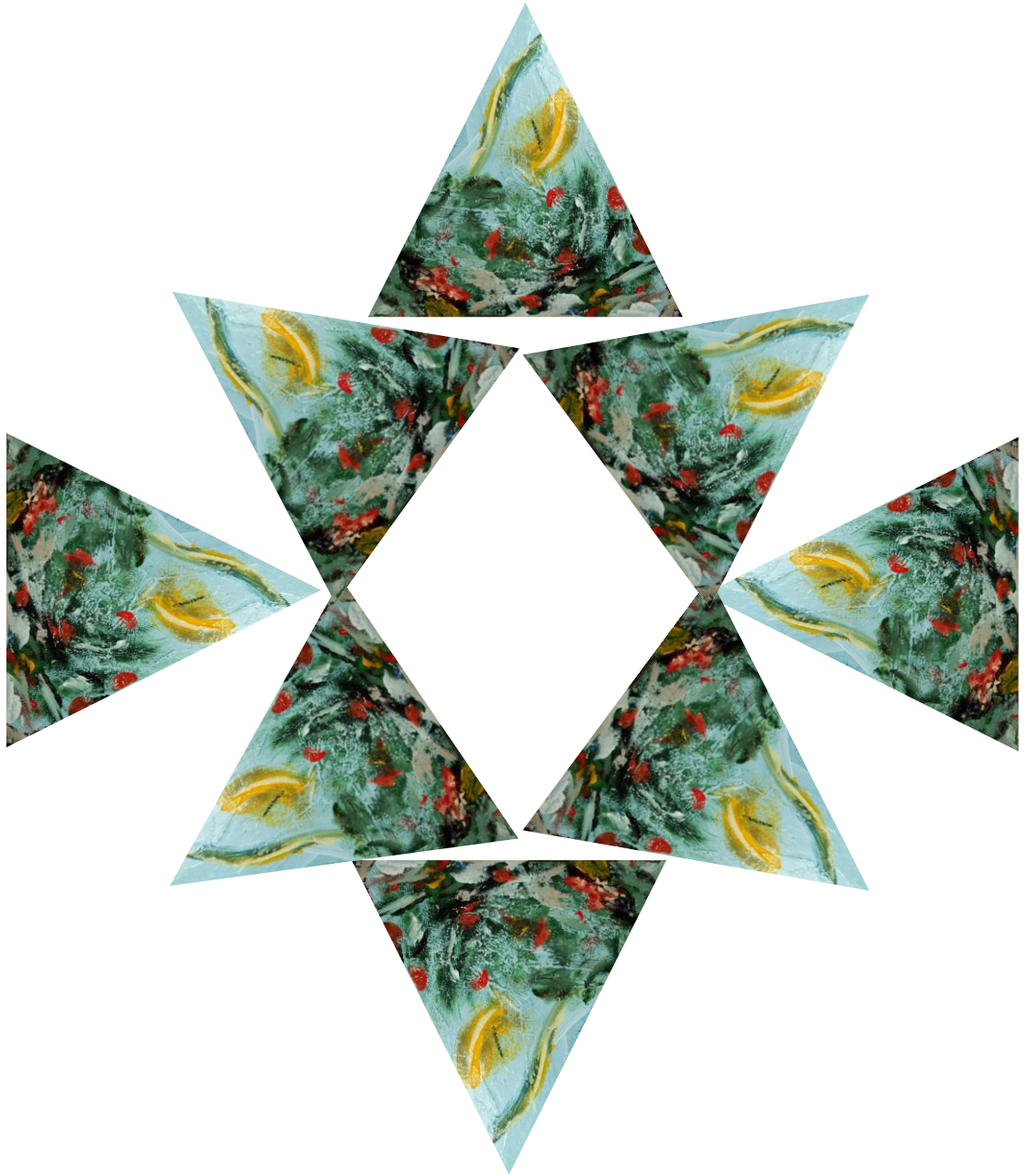
Capozzolo e Ceccim (2004, p. 348) destacam que na perspectiva de uma ordem moderna, os acontecimentos “no corpo-máquina biológico” seguem a evolução biológica em um corpo com órgãos em ajustamento sistêmico” ou ainda conforme os autores, a noção de saúde associa-se ao adequado funcionamento da máquina humana e “à mensuração biologicista de gradientes de saúde e doença definidos por modelos matemáticos”. Fuganti (1990, p.27) destaca que a idéia de um corpo saudável como “aquele que obedece às ordens dietéticas” se origina na doutrina platônica, se estendendo e institucionalizando até os tempos atuais, e afirma que esta concepção configura-se, até hoje, como paralisadora, a serviço de uma (alguma) verdade e moral universal e, “inimiga dos devires”.

A ordem moderna, produtora e fundamentada na racionalidade (e na subjetivação) cognitivo-instrumental, alimentada pela lógica de mercantil-capitalista, produz um território-identidade para saúde que a define como um tipo “bem” adquirível, ou consumível: Saúde e

doença apresentam-se como fenômenos polarizados, onde necessariamente a presença de um dos pólos implica na ausência do outro.

Na saúde, a fórmula saúde doença se traduz pela abstração do doente e o corpo-máquina se oferece para o diagnóstico, o tratamento e, eventualmente, a cura. Como se aquele que está exposto ao adoecimento tivesse que ser extraído do contexto, para que desta forma se pudesse então produzir diagnósticos e tratamentos, conforme nos explica Foucault (2008). O autor quando nos fala a respeito do nascimento da clínica, vai nos mostrando uma prática pela qual é preciso examinar os órgãos, as doenças, torná-las visíveis, emitir juízos e dizer alguma coisa a respeito delas, para que também pudessem ser ensináveis. Constitui-se a medicina, o hospital e com eles, o paciente, do qual se subtrai a palavra, de modo a não produzir interferências nos processos de trabalho daquele que é o profissional de saúde.

O que atualmente é detectável e enunciável é um processo de trabalho na saúde que opera como uma espécie de linha-de-montagem-do-cuidado, cujas referências são a produtividade, a divisão do trabalho e a restituição do corpo-máquina em condições de funcionamento e que apresento como o “condomínio da saúde”.

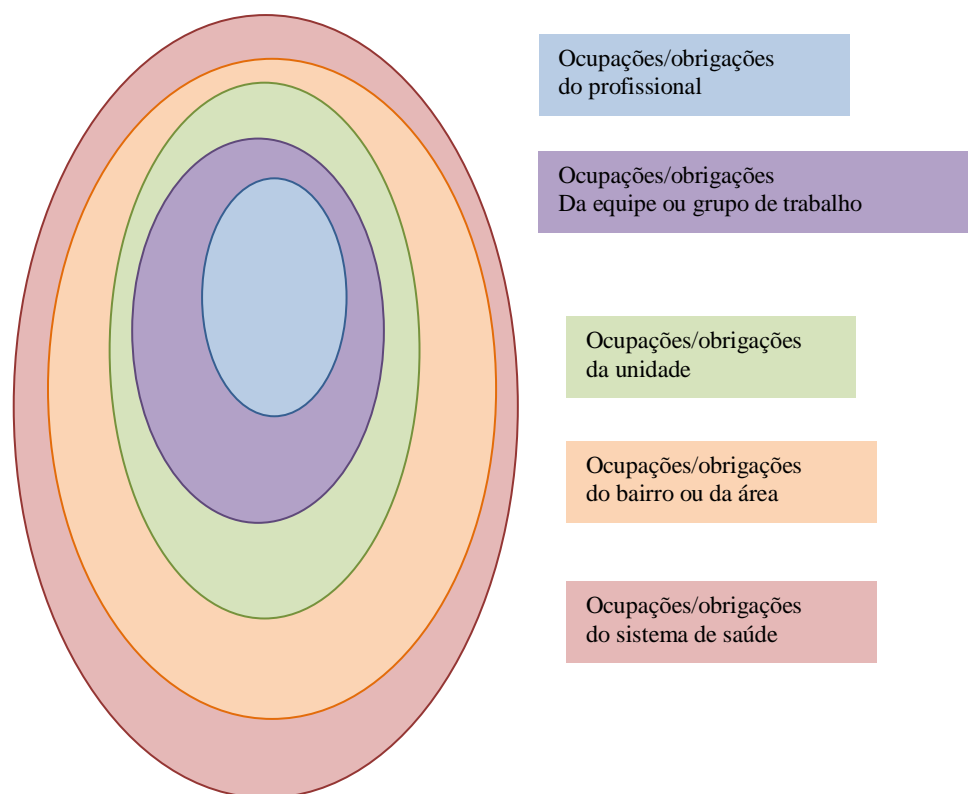


3.1. O condomínio da saúde

Baseado livremente em Costa (2000) e em Deleuze e Guattari (1996).

O mapa do condomínio, conforme nos apresenta Gadelha, nos fala a respeito das segmentaridades e o autor produz suas idéias para pensar o campo da educação, mas considero seus argumentos interessantes e provocativos para produzir algumas imagens também a respeito do trabalho em saúde.

“Somos segmentarizados por todos os lados e em todas as direções”, assim inicia um dos capítulos de Mil Platôs (Deleuze e Guattari, 1996, p. 83). O que os autores nos mostram é que, diante da racionalidade científica e da produção capitalística, somos (re)partidos em diferentes estratos, a vida apresenta-se em segmentos espaciais e sociais. A casa, o trabalho, as circulações, as cidades, as classes sociais, os gêneros. Somos segmentarizados circularmente, em círculos e episódios cada vez mais amplos: a família, a escola, o trabalho, a casa, o bairro, a cidade, o país, o mundo e por aí vai.



As segmentaridades circulares e o trabalho em saúde

Deleuze e Guattari defendem que a figura da árvore resume e sustenta efetivamente as segmentaridades: “a árvore é o nó de arborescência ou princípio de dicotomia; ela é eixo de

rotação que assegura a concentricidade; ela é estrutura ou rede esquadrihando o possível” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 89). Na educação e na saúde, a árvore sustenta organizações piramidais e a lógica do “mais simples ao mais complexo”, bem como a divisão burocratizada de tarefas. Nesta mesma perspectiva, o corpo da saúde é um corpo segmentarizado, escrutinado, territorializado em um processo de subjetivação que o divide em partes mais ou menos nobres, funcionais, de acordo com padrões de utilidade e julgamentos morais. Todos os territórios possíveis mapeados, escrutinados, analisados, esquadrihados. Todos os cruzamentos possíveis sendo previstos.

Aos segmentos circulares, se acoplam grandes oposições binárias ou segmentaridades binárias que representam “ou”. Ou você está trabalhador, ou está gestor, ou está usuário, ou saudável ou doente e assim por diante:

Gestor	ou	Trabalhador
Profissional	ou	Usuário
Doença	ou	Saúde
Teoria	ou	Prática
Atenção	ou	Formação
Gestão	ou	Controle social
Multiprofissional	ou	Uniprofissional

Mais linhas de segmentaridades se acoplam, desta vez indicando a existência de segmentaridades lineares: Do mais simples e individual ao mais complexo e que na saúde tem se expressado pela imagem da pirâmide, situando em sua base os elementos considerados mais simples e no topo os mais complexos:



O processo de trabalho em saúde passa a ser orientado pelo que Campos (2000) define como “racionalidade gerencial hegemônica”, cujo eixo central são a hierarquia, a disciplina e o controle, seguindo os modos de produção industrial. Por uma série de diagramas, forças,

fluxos e linhas de fragmentação e segmentação ganham vigência práticas em saúde que se organizam a partir de um conjunto de procedimentos, da medicalização e do biologicismo. Constitui-se e afirma-se uma lógica identitária e hierárquica, que confere ao médico o lugar de profissional de saúde ao qual estão subordinados todos os outros profissionais e do paciente como quem deve se submeter a todos os profissionais. O cuidado a saúde de indivíduos e de populações obedece uma lógica de produção pautada por procedimentos – procedimento-centrada, pautada pelo que Merhy define como tecnologias duras, presentes nos equipamentos e máquinas, nas normas e estruturas organizacionais (2002, 2007). Assim, a linha-de-montagem do cuidado está mais organizada para a medicalização, sem necessariamente produzir escuta e/ou cuidado ou ainda interceder pela cura e/ou pela promoção da autonomia de quem recorre aos serviços de saúde.

Uma prática que vivenciei várias vezes em um hospital de grande porte, considerado como referência: O usuário, neste caso um “paciente” mesmo (portanto, com paciência) é agendado para comparecer ao local de atendimento as 08h da manhã. Assim como ele, mais outros cinquenta são agendados para o mesmo horário. Chegando lá, você recolhe uma senha e espera. Mais ou menos 30 minutos depois você é chamado, ou melhor, sua senha. Entregam-se os documentos que comprovam que você está mesmo agendado para este dia e esta hora. Depois disso, espera... Os médicos – todos residentes – chegam sempre a partir das 10h30min. Por volta de 11h30min, o paciente é chamado, agora pelo nome, para a consulta. Cumprimentos, etc: “Como o/a senhor/a está?” E enquanto o/a senhor/a vai respondendo, o/a médico/a começa a ler o prontuário. Decorridos cerca de 10 ou 15 minutos, o/a médico/a pede desculpas e explica: “É que temos que ter tudo anotado e lido no prontuário pra saber o que está acontecendo, o que foi feito”. Depois disso, segue a consulta, propriamente dita, com suas rotinas: verifica-se a pressão arterial, a temperatura – anota-se tudo no prontuário. Ao meio-dia, a consulta está encerrada, os encaminhamentos são feitos; é só voltar na próxima semana. Não tenho nada contra os prontuários e as normas, mas questiono qual o lugar que ocupa num processo de cuidado assim configurado. Além do mais, em volta de quem se organiza o processo de trabalho e o cuidado? Quais as linhas de saberes são valorizadas? Prudentes e éticos? Qual a estética da organização do cuidado? Qual a racionalidade que define este tipo de arranjo?

Nas relações entre os serviços e a formação na saúde, as segmentaridades se atualizam pelo menos em dois movimentos mais evidentes. Um deles é a organização do processo de ensino, usualmente disciplinar, com blocos teóricos antecedendo o contato com as práticas, a

saúde preventiva e a atenção básica antecedendo o ambiente hospitalar. Outro movimento que podemos evidenciar, é quando os serviços de saúde e as instituições de ensino buscam organizar processos educativos conjuntamente. Os serviços de saúde apresentam demandas à formação atravessadas pelas necessidades de seu processo de trabalho (muitas vezes atravessadas também por segmentaridades corporativistas, entre outros) e as instituições de ensino apresentam novas formas, ainda consideradas imprescindíveis para o reconhecimento do percurso pedagógico, como carga horária mínima, titulação de docentes, organização dos currículos.

Em nossa experiência profissional e de pesquisa nos deparamos com desafios desta natureza com bastante frequência quando propomos a construção de estratégias pedagógicas imbricadas e concatenadas com e no SUS, seja na gestão, na atenção ou no controle social. A participação no sistema de saúde, compreendida como a ampliação do controle social do SUS e como a disseminação e qualificação do debate a respeito da ação e intervenção de grupos sociais nas políticas de saúde, pode se tratar, de um extremo a outro, uma intensa experimentação da construção partilhada e de construção coletiva ou ficar reduzida ao “tem que” pactuar, onde qualquer que seja a ação proposta precisa estar devidamente reconhecida e formalizada pelas instâncias de controle social. De um extremo ao outro, de um “ou” a outro, são muitas variações possíveis e que necessitam do trabalho-vivo pedagógico. Em outras situações, as demandas da formação se colocam a partir do cotidiano do trabalho e dos desafios apresentados pelos trabalhadores na gestão e/ou na atenção em saúde, ou, dito de outra maneira, são questões do trabalho-vivo-em-ato que demandam ações pedagógicas-em-ato que, quando apresentadas ao universo acadêmico se confrontam com questões como “quais são os conteúdos?” e “qual a carga horária total?” ou “como vão ser organizados os conteúdos?”

Seguindo esta racionalidade, uma combinação bastante comum e naturalizada para educação e saúde educação, apresenta-os como processos isolados, com poucos pontos de contato, onde a saúde é algo a ser informado e/ou reivindicado, sendo a educação uma ação específica com viés informativo e conteudista, com o objetivo final de gerar hábitos e comportamentos considerados saudáveis.

Neste sentido, conforme abordado em trabalho anterior (Schaedler, 2003), a educação em saúde passa a ser reconhecida e valorizada como o acúmulo de informações e a aquisição de uma determinada habilidade para detectar evidências de adoecimentos, sendo a saúde

como a obtenção de um conjunto de hábitos que visam, de modo geral, a manutenção de determinado estado (relacionado diretamente com o estado de bem-estar preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1948). Tem-se assim definidos conjuntos de práticas pedagógicas que produzem aprendizagens sobre modos bem específicos de conduzir a vida e as políticas de saúde e de educação, configuradas por determinadas contingências paradigmáticas, subjetivas e sociais, sendo, portanto, não-naturais, mas comprometidas com certo entendimento “sobre”.

Constituição de distintos, mas imbricados territórios – não no sentido em que mescle fronteiras, mas ao contrário, se consolidando em virtude do fortalecimento das fronteiras: o re-conhecimento do médico como aquele que constrói e acumula conhecimentos sobre a saúde e, de outro o nascimento do “paciente” como quem sofre as ações do saber médico (pacientemente ou, impacientemente...). Ferla (2004, p. 173) destaca de Boaventura Santos a análise para a constituição do “paciente” e consolidação do paradigma biomédico em saúde. O autor destaca a reflexão de Santos para quem saúde e doença estão fixadas em um corpo individual, que por sua vez, fixa-se num conjunto de órgãos, cada um com sua doença e sua saúde. Para Santos, conforme destaca Ferla, doença e saúde estão no corpo de cada indivíduo e este passa a ser identificado como um fichário “que o médico manuseia até encontrar um erro de catalogação” (Santos, 1987, citado por Ferla).

A educação em saúde que se organiza tendo como orientação o paradigma científico da modernidade, com ênfase na racionalidade cognitivo-instrumental é informativa, corretiva e indica práticas de higiene e auto-cuidado. Como destacam Capozzolo e Ceccim (2004), a orientação dos processos de formação em saúde nesta perspectiva, busca o estudo da “historia natural das doenças” compreendida como evolução linear e determinada apenas por fatores biológicos. Sua ênfase é na aprendizagem de procedimentos, domínio de equipamentos e tecnologias avançadas e nos processos de educação continuada, compreendida como a valorização do acúmulo de conhecimentos. Os desenhos de formação são uniprofissionais, tendo como local privilegiado para a aprendizagem o hospital e a ênfase no repasse de informações, usualmente em grande volume.

Neste desenho, ocorre é mais um processo de reconhecimento, como afirmam Deleuze (2006) e Kastrup (2007). Para Deleuze “reconhecemos as coisas sem jamais as conhecer” e conclui dizendo que “ao aprofundamento dos encontros, preferimos a facilidade das recognições”. Para Kastrup, a recognição se configura como “um efeito de estabilização, um

momento do processo cognitivo.” Não se trata de considerar a reconhecimento como um oposto a cognição, mas de nos ocuparmos um pouco mais no que o sufixo “re” dispara neste caso. Relembrar, re-sentir, re-tomar, lançando-nos a noção de repetição, de “novamente”, de “outra vez”. Neste caso, a reconhecimento se refere a conhecer de novo o que já é conhecido. Certamente em algumas situações da vida cotidiana é importante o reconhecer e a reconhecimento: saber que o fogo queima, que atravessar uma rua movimentada sem olhar para os carros é bem perigoso, saber que uma maçã é boa para comer enquanto uma lápis é bom (pelo menos um pouco melhor) para escrever. Deleuze (1988, p. 197) nos traz uma imagem bem interessante a respeito disso, nos chamando a atenção para a importância, mas também para os limites da reconhecimento. Diz o autor que “é evidente que os atos de reconhecimento existem e ocupam grande parte de nossa vida cotidiana: é uma mesa, é uma maçã, é um pedaço de cera. Mas”, questiona Deleuze, “quem pode acreditar que o destino do pensamento se joga aí e que pensemos quando reconhecemos?” O autor finaliza afirmando que se pode distinguir “à maneira de Bergson, dois tipos de reconhecimento, o da vaca em presença do capim e o do homem evocando suas lembranças, mas nem o segundo, nem o primeiro pode ser um modelo para o que significa pensar.”

Para Kastrup (2007) a aprendizagem se compõe pela experimentação, entendida como uma prática, o contato com o que pode ser a matéria da aprendizagem: aprender a tocar um instrumento exige um agenciamento com o instrumento, que não se esgota pelas vias da racionalidade, mas no contato em diferentes modos, não bastando conhecer as notas musicais ou o funcionamento do instrumento musical. Esta prática agenciada se compõe, por sua vez, de diferentes vetores: materiais, sociais tecnológicos, sensoriais e as aprendizagens não são previsíveis, são inventivas e inéditas. A reconhecimento é apenas um efeito de estabilização, compondo com a instabilidade da aprendizagem.

Uma política e uma prática pedagógica educativa que una saúde e educação pelo domínio de conteúdos e informações previamente determinadas, se configura como política de reconhecimento, gerando também território-identidade: médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, pedagogo, paciente, entre outros e que sem a existência de algum(ns) intercessor(es), estão impossibilitados de cruzar as fronteiras-identidade constituídas. No entanto, pela intercessão do SUS na educação, pode-se acompanhar novos movimentos.



3.2. Intercessões da saúde na educação

Como afirma Gallo (2007) a educação, principalmente a escolarização e a formação, é uma modalidade de territorialização da subjetividade que vem investindo numa lógica de serialização, de homogeneidade e de universalização de saberes e práticas, num processo de ensino pela redundância. Costa (2000) já anunciava que na educação formal, as coisas se passam como se todos já tivessem de antemão uma noção generalizada e naturalizada do que ensinar e do que aprender.

No entanto, a proposta e constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a um conceito de saúde que implica na complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana. Tal como definido na lei, o SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de saúde que corresponda ao conceito abrangente de saúde como expressão da qualidade de vida. A possibilidade de que a saúde seja a produção mesma da vida, que se dá no coletivo, não está afastada da própria lei, conforme nos indicam a Constituição Federal (1988) e a Lei Orgânica da Saúde (1990)¹⁶.

De um lado, a tarefa da formação e desenvolvimento de pessoal e da produção de conhecimento, de outro a tarefa da implementação de uma rede de atendimento e cuidados relativos à saúde das populações, imprimindo uma dimensão coletiva à saúde e pedindo a formulação de novas disposições para a educação em saúde. A gestão do setor da saúde tem aí um novo significado relevante: a estruturação de si mesma de maneira descentralizada, capaz de estimular gestões descentralizadas e regionalizadas em diferentes esferas de Governo, constituindo-se como desafio do desenho da rede do SUS.

Uma política para a saúde que afirma a atenção integral, a descentralização da gestão e o fomento à participação social na condução e na definição de suas estratégias, demanda, ou ao menos, provoca um certo desassossego no conceito de saúde produzido a partir da racionalidade moderna instituída. Ou seja, o trabalho em saúde na perspectiva do SUS não se restringe aos aspectos biológicos do adoecimento, mas pede passagem a novos conceitos para saúde e, certamente para a educação em e na saúde.

O SUS parece ter em si um devir pedagógico bem interessante: e ele não acontece porque em algum lugar está escrito, nenhum parágrafo constituído como Lei e registrado relacionado ao SUS, que afirme “é necessário debater os conceitos de saúde”, mas por um

¹⁶ Constituição Federal, aprovada em 1988, e Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS).

princípio ético, de cuidado com o que se põe em circulação, é que o SUS vem tendo potencia de produção e altos coeficientes de desterritorialização. De certa forma, o SUS abre novos campos de sensibilidade, e isso parece decorrer em grande parte a quantidade de convites que consegue viabilizar/verbalizar. Os debates que ocorrem em torno dos conceitos de saúde e de educação, são fortemente intermediados pela existência – ainda que em processo vivo – do Sistema Único de Saúde. Estar em contato com o SUS muitas vezes significa estar em contato com uma grande variedade de convites para a aprendizagem, como já afirmei no início deste trabalho.

Descentralização da gestão setorial, integralidade da atenção à saúde e participação popular com poder deliberativo constituem as diretrizes do SUS, configurando caminhos e formas para a rede definida pela Constituição Federal (Art. 198). Estas diretrizes devem indicar os processos, os modos de gestão e a organização do trabalho e das práticas cotidianas. A cada diretriz correspondem possibilidades distintas, mas entrecruzadas, estabelecendo-se rotações de eixo e produção de sentidos. Uma vez que não se pode definir previamente atos de entrecruzamento e que regularidades serão propostas, pode-se estimar que quando a linha da integralidade da atenção é cruzada com a da participação popular, emerge uma terceira linha (transversal) com direção diversa, implicando em uma nova produção de sentidos e, um novo acoplamento de novas e variadas possibilidades. Não se tratam somente de linhas que configuram uma rede, mas que potencialmente indicam a necessidade de produção de percursos de aprendizagem que comportem ao menos algumas linhas de fuga de práticas instituídas em saúde e na educação na saúde. Portanto, podem implicar também em novos territórios de produção de sentidos, subjetivação e aprendizagens.

Neste caso, não se está falando de uma política educativa informativa e corretiva onde o SUS se coloca como um lugar para o exercício prático e o acúmulo de experiência, mas como experimentação de um processo-vivo-em-ato.

Colocar a integralidade como eixo norteador do processo de trabalho implica em trazer para a organização dos serviços e para os trabalhadores a preocupação com a escuta ao andar da vida. Implica na compreensão dos processos de adoecimento-saúde-cuidado em suas relações e produções: de singularização, vivências e de experimentações. Ao mesmo tempo se produz a necessidade de revisão dos modelos de ensino em serviço com ênfase no cumulo de informações, prévias às necessidades do conjunto de trabalhadores. As possibilidades e também os impasses de um novo modo de organizar o trabalho, pedem práticas pedagógicas

inovadoras que possam ofertar novas e variadas experimentações para com elas extrair maior potencia de um percurso de aprendizagem.

Por ser, como aponta Mattos (2001), um conceito polissêmico, e colocar novas questões tanto para a organização dos serviços (possibilidade de rompimento com modelos hierarquizados em favor do desenho de uma rede de cuidados progressivos), quanto para a atenção (não só voltada à análise patológica, mas ao envolvimento em processos complexos, com múltiplas implicações e possibilidades de produção) a integralidade tem suscitado importantes discussões para o trabalho em saúde. Para o autor, não importa se adotamos a integralidade como um princípio para a orientação de práticas, de organização de sistemas ou de políticas. Importa reconhecer que a noção de integralidade implica “na recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação de sujeitos” e na possibilidade de abertura ao diálogo e à escuta.

Mehry e Cecílio (2003) destacam que, por sua complexidade e exigência ética do cuidado, a integralidade só pode se fazer em rede. A noção ampliada de cuidado demanda a constituição de uma cadeia de cuidados progressivos (Cecílio, 1999), exige novas relações entre usuários e profissionais, entre os profissionais de distintas áreas (dentro e fora da saúde) e entre estratégias de gestão, de atenção, de formação e de participação social.

Como afirmam Ceccim e Ferla (2003), problemas de saúde compõem histórias de vida e de relações, produzindo efeitos na rede de produção da vida. Portanto, sinais, sintomas ou doenças em nós mesmos ou em pessoas de nossas relações são produtores de vivências – que não podem ser descartadas nas ações do cuidar. A integralidade toma como centro da atenção, o usuário, a pessoa que demanda cuidados e não mais a patologia ou a lesão.

Radicalmente, se entendemos a saúde e a doença como fenômenos unicamente biológicos, que afetam órgãos ou partes de órgãos, sendo também pólos opostos, onde a presença de um dos fatores (doença, por exemplo) exclui a produção do outro (a saúde, neste caso), talvez assim a clínica, a cura e a terapêutica pudessem ser realizadas por um único profissional – que talvez nem fosse um médico, mas um biólogo... Mas, qualquer um que já tenha padecido por conta de um resfriado – que tira as energias, o apetite, o sono, congestiona; ou uma enxaqueca – quando a luz perturba e o pensamento dói, ou ainda uma ocasional intoxicação alimentar, sabe quanto estes fenômenos são perturbadores, ainda que passageiros e o esforço que acabam exigindo na mobilização de energias para as atividades cotidianas. O que se dizer de fenômenos mais crônicos e prolongados em tempo (e no corpo)

como, por exemplo, diabetes, problemas na coluna, câncer, ou ainda eventos decorrentes de algum tipo de acidente. Quem os sentiu no corpo ou pôde acompanhar alguém que os sentia, pode também aprender seus efeitos na produção e no andar da vida. São rotinas, hábitos, costumes que não servem mais, que não funcionam mais. Ou como afirma Canguilhem, de que as doenças possam ser “realmente para o doente uma forma diferente de vida” (Canguilhem, 2009, p. 55). Para o autor, os adoecimentos podem produzir novas normas, novas maneiras de estar na vida.

Nietzsche fala de uma “grande saúde” como algo que precisamos forjar para escapar do que está naturalizado, universalizado e tomado como verdade. Para Nietzsche (1999, p. 84) “necessitamos, para um novo fim, também um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, mais forte alerta alegre firme audaz que todas as saúdes até agora”. Para Nietzsche, precisamos de “uma grande saúde – uma tal que não apenas se tem, mas constantemente se adquire e é preciso adquirir, pois sempre de novo se abandona e é preciso abandonar”.

O trabalho em saúde que se orienta pela produção de si (e não da doença), pela qualificação da gestão e pelo desenvolvimento da participação social, demanda necessariamente a configuração de equipes ou de coletivos organizados de produção da saúde, como afirma Ceccim (2005). Para o autor:

Uma clinica orientada pela integralidade recairia utópica, idealizada e abstrata se – em cada ato profissional – viéssemos a supor a capacidade de corresponder a todos os aspectos que envolvem a experiência concreta de adoecimentos, sofrimentos, padecimentos, aflição ou sentimento de vida contrariada. Resta-nos desenvolver tecnologias de tratamento que respondam pela condição da integralidade. (CECCIM, 2004, p. 263)

Coloca-se deste modo o desafio de construção da equipe entre-disciplinar proposta pelo autor onde o trabalho em saúde se configura também em convite pedagógico, pela necessidade de aprender no contato com o outro, pela ampliação da alteridade com o outro. O autor propõe a ética *entre-disciplinar*¹⁷ intercedendo na estética multiprofissional e nos diz que:

No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por

¹⁷ Grifo do autor.

sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. (CECCIM, 2004, p. 265).

Assumir a integralidade como eixo do trabalho e da formação em saúde, implica na ruptura com a organização do ensino numa lógica exclusivamente disciplinar e conteudista. Os conhecimentos vão sendo ao mesmo tempo produzidos e selecionados a partir das configurações e problematizações vividas. Neste sentido, é possível a aprendizagem tendo como base situações reais e o trabalho vivo em ato. O que alunos e docentes vão produzindo, não são apenas informações, mas caixas de ferramentas: conceitos, dinâmicas e práticas que podem servir como instrumentos para pensar os desafios cotidianos e as implicações do cuidado e da clínica em seus diversos contextos. Aqui também passa a ser relevante a ênfase em tecnologias leves, definidas por Merhy (2002, 2007) como aquelas que se atualizam nas relações de produção de vínculo, de acolhimento, de escuta, das relações e da exposição ao outro. O que não significa abrir mão da resolutividade e de outras tecnologias. Na perspectiva da produção de linhas do cuidado a qualidade e resolutividade da atenção não se resumem ao repasse de usuários aos diferentes profissionais, serviços e níveis de complexidade, mas demandam escuta e acolhimento, responsabilização e acompanhamento e com isso, capacidade de pensar problematicamente e complexamente.

A Educação Permanente em Saúde surge neste contexto como uma nova estética pedagógica e desloca a aprendizagem do domínio de conteúdos e informações, para destacar o estatuto pedagógico dos processos de trabalho. Assim, a educação permanente tem como base a reflexão crítica e a problematização do processo de trabalho em saúde, a democratização de espaços decisórios, a integralidade da atenção como norteadora da atenção; a constituição de espaços coletivos e multiprofissionais (CECCIM, 2005b, CECCIM e FEUERWERKER, 2004b)

Conhecimento e aprendizagem vão se produzindo em rede, na multiplicidade de experiências vivenciadas pelo conjunto de profissionais e de usuários. Numa proposta de formação com esta configuração (e atendendo aos convites da integralidade e da EPS) a aprendizagem da equipe multiprofissional, com práticas entre-disciplinares é de fundamental importância. Neste sentido, a equipe tem no usuário e em suas necessidades, produções, invenções ou obstruções, a centralidade do trabalho e pode se desenhar como local protegido para trocas, afirmações, dúvidas e soluções. A pergunta a ser colocado pelo conjunto de profissionais, desde o início da formação, é “como meu conhecimento contribui e, onde meus

conhecimentos necessitam de outras vozes, outros conhecimentos para acolher o andar à vida?”.

Uma formação que se conecta com o SUS, necessita de altos índices de deterritorialização e de processos cognitivos da aprendizagem inventiva. Assim, da mesma maneira que Merhy (2002, 2007) afirma que o trabalho em saúde é vivo e se dá em ato, pelos encontros, dêsencontros e inéditos em que implica, afirmo que a aprendizagem inventiva, produzida por um percurso pedagógico SUS-implicado, também é da educação viva em ato, com suas possíveis linhas de fuga do vigente/instituído e por ser um processo pedagógico implicado com o cotidiano do trabalho em saúde em suas diversas esferas.

Para Kastrup a aprendizagem “se faz num encontro de diferenças, num plano de diferenciação mútua, onde tem lugar a invenção de si e do mundo”. Para a autora, o que importa é poder “colocar a aprendizagem do ponto de vista da arte”, onde aprender “envolve a criação do próprio mundo”. A arte é terapêutica, mas é também pedagógica, na medida em que não consegue copiar, nem reconhecer. Numa produção pela arte, há sempre, inevitavelmente, um estranhamento, um desassossego que convida à aprendizagem e com isso, a possibilidade da aprendizagem como subjetivação, onde “aprender não é somente ter hábitos, mas habitar um território”, como diz Kastrup (2001, p. 215). Para a autora, “a invenção implica uma duração, um trabalho com restos”, uma bifurcação, um estranhamento.

Serres (1991, p. 11) afirma que “nada confere mais sentido do que mudar de sentido”. Para este autor, a aprendizagem se dá no lugar mestiço “nesse meio branco que não tem sentido para encontrar todos os sentidos” (id. ib., p. 14-15). De acordo com Serres, nada se aprende sem partir, sem que abandonemos os lugares que nos são comuns, lugares de conforto e estabilidade – lugares reconhecíveis. Concordo com Serres, que “partir exige um dilaceramento que arranca uma parte do corpo à parte que permanece aderente à margem do nascimento”, mas entendo que sem isso não há aprendizagem inventiva. “Sim, parte, divide-te em partes”, continua Serres, atribuindo ao partir um novo significado: “tornar-se vários, desbravar o exterior, bifurcar em algum lugar”. Pois, para o autor, são estes “os três primeiros modos de se expor. Porque não há aprendizado sem exposição, às vezes perigosa, ao outro”.

Como explica Deleuze (1992, p.132) “pensar é sempre experimentar, não interpretar”, onde a “experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer”. Neste sentido, toda aprendizagem inventiva é experimentação e, portanto criação subjetiva. Uma aprendizagem inventiva, portanto, não tem nada a ver com a sensação apaziguadora de

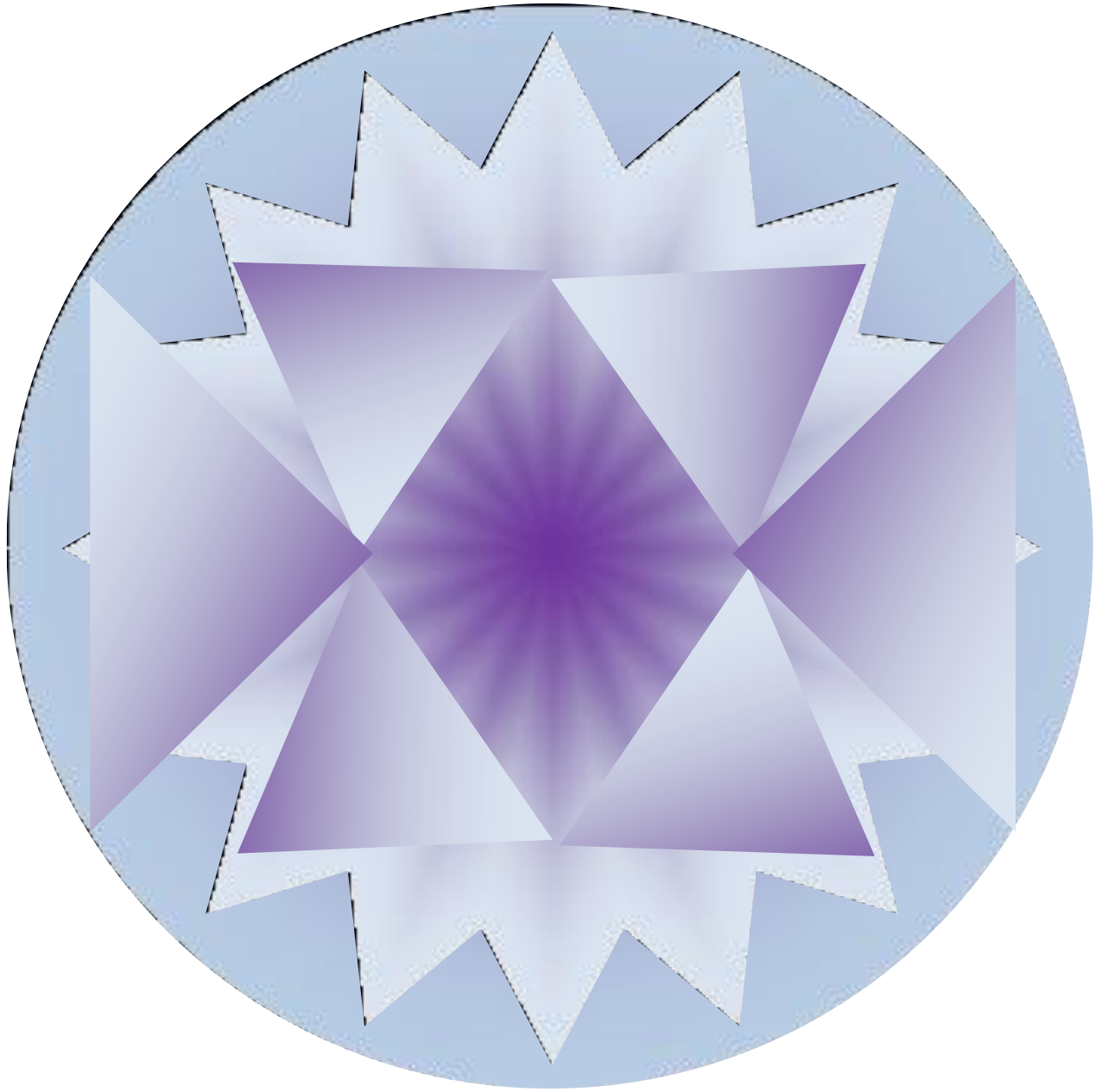
reconhecimento. O reconhecimento, assim como o ressentimento, invoca sempre a necessidade da certeza e afasta qualquer estranhamento. Sua preocupação fundamental é a adequação – de sujeitos, informações, didáticas – para que não haja o risco de alguma coisa ficar fora do lugar ou do tempo. Assim, são adequados os conteúdos, as formas, os espaços e tempo e as linguagens para que causem o menor estranhamento possível e para que todos – aos quais se dirige a ação educativa – possam entender bem o que está sendo proposto e, assim, assimilarem as informações.

Para uma aprendizagem inventiva, importa forçar o pensamento – o que só ocorre pelo estranhamento. Assim, o conhecimento (não o reconhecimento) pode se dar na medida em que territórios habituais possam ser estranhados. Aprender, portanto, implica em borrar fronteiras e limites de territórios habitados e dar corpo à novas formas. Serres (1991), ao afirmar que nada se aprende sem que haja uma partida (no sentido de sair do lugar e também de dividir-se, produzir “outramentos”) vai ao encontro de Kastrup (2001, p. 208) quando a autora afirma que a “aprendizagem começa quando não reconhecemos, mas, ao contrário, estranhamos, problematizamos”. É que este estranhamento (quando acolhido em nós) poderá implicar a criação de novos territórios e novas vidas. Para a autora, o problema ao qual se refere não é sinônimo de falta, “mas sentido positivo de exigência de criação” e neste sentido a invenção inicia como “invenção de problema, problema esse que exige uma solução” (Kastrup, 2007, p. 117).

Varela, Thompson e Rosch (1992) comentam que o desenvolvimento de práticas de presença plena e consciência aberta (comuns na prática da meditação) não se propõem a ensinar um virtuosismo da meditação. Propõem antes, o abandono de certos hábitos, uma desaprendizagem, antes que uma aprendizagem. Os autores ainda destacam que este desaprender passa a requerer bastante esforço. Tratava-se então de produzir algumas desaprendizagens, ou, como afirma Kastrup, (2001, p. 217) trata-se de “desterritorialização e dessubjetivação”, onde a aprendizagem se configura não só como “a contração de hábitos”, mas também “como contração de subjetividade” (id. ib., p. 210). Deleuze, por sua vez nos fala que:

Aprender diz respeito essencialmente aos signos. Os signos são objeto de um aprendizado temporal, não de um saber abstrato. Aprender é, de início, considerar uma matéria, um objeto, um ser, como se emitissem signos a serem decifrados, interpretados. Não existe aprendiz que não seja “egiptólogo” de alguma coisa. Alguém só se torna marceneiro tornando-se sensível aos signos da madeira, e médico tornando-se sensível aos signos da doença. (DELEUZE, 2006, p. 4)

Para o autor, na aprendizagem há um desassossego, o dilaceramento de Serres, que convoca ao movimento, à partida. A exposição ao outro, como Serres nos coloca, é da mesma ordem do que Deleuze (2006, p. 14) chama de “violência de um signo que nos força a procurar, que nos rouba a paz”. Aprender com o SUS, por experimentação, e não para o SUS, por re-cognição. Aprender com o SUS é então estar sensível aos signos do SUS, não para ser um militante, para criar para si um território-SUS, mas para estar exposto às suas superfícies de contato, suas conexões, seus coeficientes de desterritorialização e suas possibilidades inventivas.



4. Residências e SUS-implicação

E não sabemos bem por quê, mas subitamente tudo parece mais suave e mais complexo, o mundo vira uma mistura discernível de múltiplos tons, cores, ritmos, intensidades, reverberações, cadências, qualidades, acontecimentos... O que era Um vira muitos, o que estava subsumido a um Plano único vira folheado, o que parecia hierarquizado torna-se ramificado, uma pulverização, reagrupamentos, novas dimensões, proliferações... Não é o milagre da multiplicação dos peixes, mas das espécies, dos mundos, de seres – multiplicação ontológica.

Peter Pal Pelbart – A Nau do Tempo Rei

Se o SUS potencialmente agencia práticas tensionadoras com modelos previamente instituídos, ao desafiar para a criação de formas e articulações inéditas para a organização das ações, estratégias e políticas públicas de saúde, da educação na saúde se espera nada menos que seja instrumento/dispositivo para as mudanças de entendimento e de práticas, tornando possíveis novas dinâmicas. Parece, no entanto, que a expectativa é de uma intervenção meio mágica de mudança de comportamento, por meio das “capacitações”¹⁸ e da educação continuada, como se as pessoas não trabalhassem em rede ou a partir de vínculo e responsabilização com usuários, porque lhes faltasse informações. É um discurso vigente no sistema de saúde, afirmar que os trabalhadores não sabem sobre o SUS, seus princípios, diretrizes e disputas, nem sabem trabalhar em rede ou em equipe e, que, portanto, era necessário capacitá-los. O que se ocorreria por meio do repasse de informações e conteúdos, unicamente. Quer dizer, espera-se uma educação que forma, informando, de modo universalista, com resultados comportamentalistas: educação pela redundância.

Talvez por isso, o SUS possa nos desafiar tanto na área da educação, quando torna múltiplo, ramificado e complexo o que nos parecia uno e planificado. A legislação do SUS exige novas práticas e estas não se fazem sem novas práticas pedagógicas. Práticas pedagógicas novas na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços. Roubando as palavras de Pélbart (1993, p. 118), não se trata do “milagre da multiplicação dos peixes, mas das espécies, dos mundos, de seres – multiplicação ontológica”, isto é, uma nova possibilidade à educação: prática pedagógica disruptora de modelos previamente instituídos.

¹⁸ Expressão bastante utilizada (principalmente em propostas de cunho programático) e bastante criticada, por evocar a idéia de “tornar capaz de”, como um conhecimento aplicado sobre uma prática delimitada, forjada como no comportamentalismo.

O debate a respeito da formação de profissionais da área da saúde tem sido constante em diferentes fóruns e grupos implicados com a produção e com a consolidação do Sistema Único de Saúde. A maior parte destes debates indica uma distinção entre aquilo que as propostas de formação desenham e ofertam e as demandas singulares do sistema de saúde. As críticas tecidas, apontam para uma formação pautada pela ênfase na racionalidade cognitivo-instrumental, formuladas a partir do modelo biomédico de saúde, como vimos em capítulo anterior. Em outras palavras, a formação em saúde segue sendo essencialmente uniprofissional, geralmente uniespecialista, com orientação biologicista e medicalizante (BRASIL, 2004).

Porém, se adotarmos como organizadoras do trabalho na saúde, as diretrizes do SUS de atenção integral a saúde, de descentralização e de participação social, a formação em saúde, agora intercedida pelas práticas do SUS, passa pela produção de algumas tensões a respeito do que pode ser a saúde de indivíduos e de populações e quais as estratégias necessárias para que se produza uma gestão do cuidado. A formação e as eventuais aprendizagens dela decorrentes não teria como ênfase o repasse de informações “sobre”, mas a busca e a invenção de dispositivos que convidem à experimentação. Se, como afirma Deleuze (1992), pensar é experimentar e não interpretar ou reconhecer, a aprendizagem pelo pensamento-experimentação busca agenciar encontros, fazer contato, habitar a fronteira, o “entre” e não mais consolidar territórios-identidade.

Falar em aprendizagem SUS-implicada é propor práticas onde o sistema de saúde se converta em convite para invenção e para a aprendizagem inventiva, como nos indica Kastrup (2001, 2007). Ao mesmo tempo, consiste em colocar em movimento diferentes dispositivos onde saúde, educação e avaliação possam ser mobilizados em seu caráter singular e não mais como Verdades Universais.

No entanto, para que ocorra uma aprendizagem SUS-implicada, é necessário, como diz Guattari (1999, p. 35) “que se organizem novas práticas micropolíticas e microsociais, novas solidariedades, uma nova suavidade”. É necessária uma nova política cognitiva, que demande aprendizagem como “invenção de problemas” (Kastrup, 2001, p. 211) e não mais como reconhecimento e reconhecimento.

Seja por uma questão de ética da prudência, seja por considerações de cunho legal, cabe ao sistema de saúde, seus gestores em diferentes níveis, mas também aos trabalhadores e usuários, pensar e propor “novas práticas” de formação.

O Artigo 27 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990) afirma a responsabilidade de órgão gestores do sistema de saúde com a formalização e execução de uma política de recursos humanos, sendo um de seus objetivos a organização de um sistema de e para a formação. Além disso, afirma que os serviços de saúde constituem campo para a prática de ensino e pesquisa, articulando a gestão e formação como responsabilidade direta do sistema único de saúde e configurando-o como uma rede-escola. No entanto, afirmar o SUS como rede-escola, por si só não garante mudanças efetivas nos modelos de formação, como nos indicam as falas a seguir¹⁹:

...lá no Conselho [Municipal de Saúde], a gente está pensando em regular mais os estágios e os estudantes que vão lá. Volta e meia aparecem estudantes que vão lá pra conhecer como é que funciona o Conselho; passam por lá uns dias, olham documentos, fazem umas perguntas e vão embora... A gente nem sabe o que eles fazem com isso...
(Conselheiro Municipal de Saúde)

Andamos perguntando por lá [na gestão estadual] quantas ações de capacitação/ de educação em saúde são ofertadas para os enfermeiros. Descobrimos que das 40h de semana do trabalho, 26 horas são de educação e capacitação. A questão é qualificar a assistência, ou pra que mesmo? Os modelos de formação não favorecem a qualificação do e para o SUS.
(gestor estadual)

A EPS as vezes também parece mais um pacote, como mais uma modalidade de capacitação... Capacitação em EPS.
(Gestor municipal)

Na minha formação na enfermagem, o pessoal do serviço e da faculdade só queria saber dos procedimentos... Quantos procedimentos tu fez hoje?
(Trabalhadora)

A gente acaba substituindo os trabalhadores, sabe? Tem pouca gente? Coloca o residente lá...
(Residente)

¹⁹ As falas apresentadas neste bloco foram destacadas a partir do II Seminário Gaucho de Residências Multiprofissionais em Saúde: construindo a integralidade, realizado nos dias 13 e 14/11/2009 e de oficina do projeto AvaliaEPS, realizada nos dias 09 e 10/09/2009.

Estudantes de graduação e de pós-graduação realizam estágios onde, literalmente, *passam* pelos serviços e pelas instâncias do SUS, ou ainda substituem os profissionais com os quais deveriam estar em interação, ou sua formação se orienta por uma pedagogia comportamentalista (ou de redundâncias), onde a estratégia pedagógica é a repetição da mesma ação de modo que seja fixada pelo estudante: se exige a repetição da mesma ação como se isso assegurasse um aprendizado significativo. Além disso, em diferentes modalidades de formação, especialmente aquelas em que as Instituições de Ensino Superior se fazem presentes (como projetos de extensão, especializações e Residências) a relação entre ensino e serviço assume desenhos hierarquizados e de subordinação: dos serviços à formação, entre os serviços aqueles reconhecidos (e tidos) como de maior complexidade (como os hospitais) sobre outras modalidades de atenção (como unidades Básicas, ambulatórios) e, ainda pela forte compreensão de serviço como atenção, excluída a gestão e as instâncias de controle social do setor saúde. Neste sentido, parece ser possível detectar um descompasso importante entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, que resulta na dicotomia entre educação-formação e serviço-trabalho que reafirmam as segmentaridades expostas anteriormente.

Por outro lado, ainda é uma prática muito usual que, ao ingressar nos serviços de saúde, os profissionais passem a receber processos contínuos de qualificação e atualização profissional. Seja pelo notado despreparo de ingressantes (e aí se multiplicam as críticas à formação...), seja pela imposição de ações programáticas estabelecidas pelos gestores (municipais, estaduais ou Federal), sem a realização de alguma escuta mais apurada das necessidades dos serviços. Assim, uma das práticas comuns chamada de “formação em serviço”, não é necessariamente a que considera o processo de trabalho, mas, pelo contrário, retira o profissional de seu contexto para lhe repassar conteúdos e informações, com a intenção de qualificar pela informação ou pela repetição, “as capacidades”.

O ensino em serviço tem sido um dos desenhos de formação amplamente proposto como estratégia para a qualificação de profissionais e de atores sociais no campo da saúde, principalmente na modalidade de residências e especializações e aperfeiçoamentos. No entanto, para que se produzam novas práticas, novas micropolíticas, como nos propõe Guattari, algumas linhas necessitam serem partidas, ou dobradas ou ao menos tensionadas, como na perspectiva de uma aprendizagem inventiva: inventar problemas é preciso, pois a produção das novas micropolíticas está sempre em risco de captura por estruturas de pensamento e de formalização que podem lhe extrair as potências de inovação. Como

expressa o depoimento da gestão municipal, a Educação Permanente em Saúde, pensada e proposta como uma nova maneira de articular a educação com o mundo do trabalho – não como uma modalidade de treinamento em serviço, tão ao gosto da produção industrial, criticada por Santos (1997) e Deleuze (1992) – também sofre as capturas da racionalidade instrumental e capitalística. Portanto, inventar problemas e produzir tensões, é preciso!

Se, por um lado, não há dúvidas da potencia dos programas de Residência – como modalidade de formação em serviço – em produzir importantes aprendizagens, por outro lado, de uma perspectiva da EPS, do cuidado e da atenção singularizada à saúde de pessoas e de populações é preciso perguntar às Residências quais as exposições e experimentações ofertadas. Resta saber se propostas de Residência com formação uniprofissional, ênfase no hospital como local adequado à formação em saúde, orientação pela medicalização e desvinculação da política do sistema de saúde são desejáveis da perspectiva de integração entre mundo do trabalho e mundo da educação. É como compromisso ético com o Sistema Único de Saúde, pelas possibilidades inovadoras que tenha, tanto no campo da saúde quanto no campo da educação, que são propostas e reconhecidas as Residências em Área Profissional da Saúde. É neste contexto que a formação por meio da Residência, busca ser uma ação pedagógica potencialmente produtora de micropolíticas com condições de gerar novas aprendizagens com, no e para o SUS.

As primeiras Residências foram da área médica. Em 1889 no Hospital da John's Hopkins University, foram nomeados ex-internos, pelo professor de cirurgia William Halsted, como residentes de cirurgia. O objetivo era de produzir treinamento de modo a ampliar o conhecimento teórico e prático, desenvolvendo habilidades e atitudes. Esta atitude se difundiu em todo mundo acadêmico dos cursos de medicina como um sistema de capacitação profissional, sendo reconhecida em 1927, pela Associação Médica Americana, como a forma mais eficaz de aperfeiçoamento e especialização médica.

No Brasil, a primeira Residência surge no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, em 1945, na área de ortopedia, seguindo o modelo norte-americano de formação especializada em serviço. Em 1948, três anos após, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou a Residência Médica em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia (FERREIRA, 2007; BRASIL, 2008).

A Residência Médica foi regulamentada em setembro de 1977 (sendo portanto, anterior a legislação que institui o Sistema Único de Saúde), por meio do Decreto Federal nº

80.281, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A partir de 1981, com a promulgação da Lei Federal nº 6.932, que regulamentou a Residência Médica, ela passa a ser definida como “modalidade de ensino e pós-graduação, sob a forma de curso de especialização”. O objetivo da Residência Médica seria permitir ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nas diversas especialidades médicas e teria como característica o treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais qualificados em instituições de saúde, universitárias ou não.

Apesar de haver amplo consenso em torno da residência médica como uma excelente alternativa, no sentido de produzir uma formação especializada de qualidade, há também o reconhecimento de que as propostas de Residência Médica atualmente enfrentam algumas limitações. É amplamente reconhecido que para a formação médica, a área de especialização determina a ocupação em postos de trabalho – daí a procura cada vez maior por programas de Residência. Os Programas de Residência Médica – PRM têm seu credenciamento e reconhecimento pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Entre as principais críticas feitas aos PRM destaca-se a desarticulação com políticas de ensino e de saúde. Do ponto de vista de aspectos pedagógicos, dos cenários de aprendizagem e da orientação da formação, os PRM não têm sido permeáveis às orientações de e para a mudança do conjunto de cursos de graduação, anunciadas por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais, nem às diretrizes do SUS. A maioria dos Programas se desenvolve em ambiente hospitalar, praticamente sem oportunidades de conhecimento e vivências do sistema de saúde e suas políticas. São poucas as oportunidades de trabalho articulado com outras profissões, sendo a formação essencialmente uniprofissional, geralmente uniespecialista, com orientação biologicista e medicalizante (BRASIL/Dege, 2004). Se na graduação a formação já tende a ser biologicista e medicalizante, esta tendência aumenta potencialmente nos tradicionais Programas de Residência Médica. No entanto, pela aproximação entre trabalho e formação e entre usuário e profissional, torna-se inegável a potencia pedagógica do processo de formação em serviço.

Reconhecidamente, também, a residência médica cumpre um papel importante para a qualificação dos serviços – estimula a produção de conhecimentos, o estudo e a atualização, valorizando profissionais e os serviços que ofertam Programas de Residência Médica. Ou seja, a oferta de um ou mais PRM é reconhecida como evidência de qualidade das instituições de saúde.

Por outro lado, uma das críticas que podem ser feitas aos PRM e à CNRM, com impactos na produção do cuidado, diz respeito ao seu funcionamento autônomo e desarticulado das políticas de ensino e de saúde (Brasil/Degees, 2004). Em função disso, e de uma lógica operacional pautada pela racionalidade instrumentalista, marcado pelo viés da produção pelo e para o “mercado”, a abertura de Programas e a oferta de vagas sempre foi definida unicamente com os critérios de capacidade tecnológica e de preceptoria/acompanhamento da instituição solicitante, sem levar em conta a escassez ou excesso de profissionais naquela especialidade, naquela região ou no sistema local de saúde e nem a oportunidade de estimular o provimento, a fixação ou o desenvolvimento tecnológico-assistencial em certas especialidades, regiões ou locais do país – com carências reconhecidas.

Por outro lado, no que se refere à potência formativa, não é complicado assumir que as experiências de aprendizagem que incluem o trabalho como estratégia pedagógica, são efetivamente portadoras de coeficientes de desterritorialização. Nada como “cair na real”. Retomo minha própria experiência na pedagogia, esperando que sirva para ilustrar e produzir algum pensamento, resguardadas, é claro, algumas singularidades entre estágios e Residências. O último ano da formação, incluiu o estágio supervisionado, que no meu caso e de algumas outras colegas, foi realizado em uma escola pública estadual de Porto Alegre. Estive professora de uma turma de segunda série com 28 alunos. As atividades do estágio incluíram a participação em reuniões de planejamento, antes do início das aulas e a inserção com a turma de alunos assim que inicia o ano letivo. Ou seja, “assumi a turma”, ainda mais quando ficou claro que a professora-tutora, que estaria com a responsabilidade de ativar a aprendizagem na escola, se aposenta (esteve duas vezes em sala de aula e nem sei se posso dizer que estes encontros tenham sido muito pedagógicos). Pois esta experimentação mobiliza-me para a pesquisa e para o que talvez possa ser um processo de aprendizagem inventiva. Se pelos contatos teóricos e seus embates, se produz mobilização, novamente ela se repete, desta vez pelo contato com o “vivo” do trabalho. Foi necessário buscar textos, reler, estudar, pesquisar, cruzar autores, inventar outras linhas de pensamento, procurar colegas, professores, em resumo, inventar uma saída!

De fato, havia um grupo de meninas e meninos que esperava alguma coisa de sua “profe” e não dava pra ficar parada enquanto as idéias rachavam... Muito provavelmente as expectativas dos alunos não eram compartilhadas por outros coletivos embrenhados neste processo ou que a direção da escola tinha em relação aos alunos e ao trabalho a ser desenvolvido com os alunos, ou dos pais em relação a escola, seus filhos, o processo de

ensino e aprendizagem, ou da universidade com a formação do educador e com a relação com a escola, ou ainda as minhas com relação ao universo do trabalho. E, o tempo todo, eu “via” Foucault! Vigiar e Punir foi um livro-vivo, como, de certo modo, ainda é. A disciplina, os corpos dóceis, a vigilância aos atos, a normalização: seus diagramas muito presentes, perceptíveis, quase visíveis nas rotinas da sala de aula durante todo o tempo do estágio. Sendo por um lado, invenção de problema, foi também mobilização que leva a procurar outros modos de viver o processo pedagógico. Uma destas “saídas” foi a iniciativa de propor oficinas para os professores atuantes na educação básica, com a expectativa de que pudessem se mobilizar por outros modos de estar com e em sala de aula.

Voltando às Residências, duas distinções. Uma delas é com relação ao tempo em SUS dimensão de carga horária de trabalho. Como professora, o trabalho era de 20 horas por semana na escola, mais 4 horas semanais para reuniões e preceptoria, se podemos chamar com este nome e que incluía a orientação com professor na Universidade ou na escola. Nas Residências são 60 horas por semana, perfazendo 12 horas de trabalho diário: uma distinção que vem em função da organização dos tempos de trabalho e da natureza distintas de cada um. Outra distinção é o fato de que no estágio se trata de profissional ainda em processo de formação visando a habilitação ao exercício profissional, como parte integrante da graduação; nas Residências são profissionais reconhecidamente já habilitados ao exercício de uma profissão e que já passaram também por seus estágios, nas respectivas profissões.

É a possibilidade de integrar o mundo vivo do trabalho, com o mundo vivo da educação, produzindo encontros e experimentações que torna a Residência uma modalidade de formação altamente relevante ao Sistema Único de Saúde. Sendo uma experiência rica em seus coeficientes de aprendizagem, a pergunta passa a ser porque restringi-la à medicina? Ou é apenas mais uma estratificação do território-identidade-profissional que limita à formação médica a formação em serviço como forma de aprofundar, qualificar (e as vezes perturbar) e produzir conhecimento? Assim, antes do amparo legal conferido às Residências para outras profissões além da medicina, esta modalidade de formação é expressa como um desejo por outros profissionais do campo da saúde. Antes da Lei, houve a disputa: disputa essa que atravessa pontos importantes como as concepções de saúde, de educação, os paradigmas que os orientam, as políticas e as estéticas que disseminam. Ou seja, a aposta nas Residências em Área Profissional da Saúde, antes de se configurar como construção de governo em suas diferentes instancias, é a construção de coletivos que se organizam por sua existência.

Primeiro se inventa, como diz Dallegrave (2008), a residência extensiva a outras profissões²⁰, e seu reconhecimento é uma das marcas desta invenção.

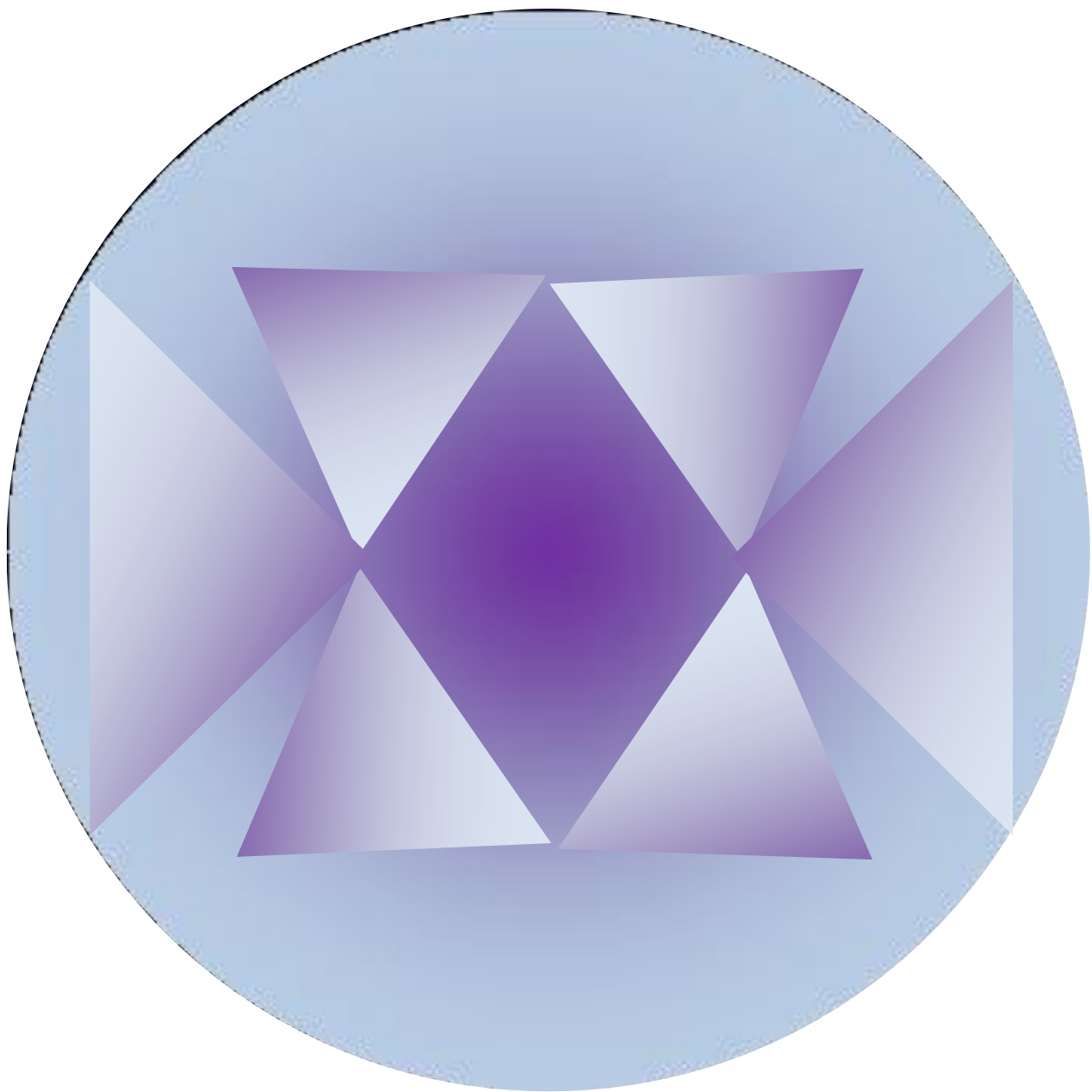
Projetos de largo alcance como o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade) na década de 90, já apontavam a necessidade de romper com modelos uniprofissionais e unidisciplinares na formação dos profissionais da área da saúde. Realizado em 11 países latino americanos, com 23 projetos, o Programa UNI visava à produção de inovações na formação das profissões da saúde e a integração entre a população, as universidades e os profissionais (ALMEIDA, FEURWERKER e LLANOS, 1999). Da mesma forma, as produções do LAPA (Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas) apontam a necessidade de produzir mudanças de modo a contemplar a interdisciplinaridade e a constituição de equipes multiprofissionais para a qualificação da atenção em saúde. As produções do LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde) congregando diferentes pesquisadores e diversas instituições vêm reiteradamente destacando a necessidade de construção de equipes, de trabalho integrado e interdisciplinar para a produção de práticas de integralidade na saúde, apontando para mudanças necessárias mudanças na formação em saúde, em seus diferentes âmbitos. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o PROSAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) com o objetivo de promover a integração entre ensino e serviços de saúde, de modo a produzir reorientações na formação e, conseqüentemente, na qualidade de serviços prestados a população, na perspectiva da integralidade. O PROSAÚDE, fruto da articulação entre os Ministérios da Saúde (por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES) e da Educação (com a Secretaria de Educação Superior – SESU e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP), contando com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, propõe em sua primeira edição, em 2005, a formulação de propostas de mudança na graduação abrangendo cursos de graduação de profissionais ligados ao Programa de Saúde da Família, medicina, enfermagem e odontologia. Em sua segunda edição, a partir

20 A Resolução Nº 287/98 de 08/10/1998 do Conselho Nacional de Saúde – CNS relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esta é a composição assumida também pela Portaria Interministerial Nº 45, de 12/01/2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde.

de 2007, o PROSAUDE passa a integrar o conjunto de profissões da área da saúde, evidenciando a importância do trabalho e da formação multiprofissional já na graduação.

Também como parte da política nacional de saúde, no período 2003-2005, o debate a respeito da formação dos profissionais de saúde é marcada pelos movimentos do AprenderSUS, cujo principal objetivo se concentrava na formação de profissionais com capacidade para a integralidade da atenção – acolhimento, responsabilidade com a singularidade e autonomia dos usuários, atuação em equipe multiprofissional, conhecimento das propostas e desafios do SUS. O AprenderSUS coloca a necessidade de discussão da orientação dos cursos de graduação em saúde, configurando-se como movimento de invenção e de apoio à implementação de mudanças na graduação dos cursos da saúde. Com relação especificamente à graduação, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde destacam, além da atuação em equipe multiprofissional, a educação permanente, a atuação em diferentes níveis de atenção do sistema de saúde, a integração e a interdisciplinaridade como fundamentais na formação a para a atuação dos profissionais da saúde.

A organização da formação transversalizada por práticas multiprofissionais e centradas na articulação entre trabalho e educação, não é exclusiva das Residências Multiprofissionais, mas encontra nelas um importante espaço de potência.



4.1. As caras da residência no Brasil

Em texto produzido pelo Ministério da Saúde em 2006, a narrativa a respeito das residências inicia assim:

Há exatamente 30 anos, em 1976, foi criada no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Dois anos depois, a Residência do Murialdo se torna multiprofissional. (BRASIL, 2006).

Seguindo esta tendência (de tentar inovar ou inventar ou embarcar em linhas de invenção), 23 anos depois, em 1999, a Escola de Saúde Pública/RS, cria a Residência Integrada em Saúde, por meio da Portaria SES/RS nº16, de 1º de Outubro de 1999 e a Lei Estadual nº11.789, de 17 de maio de 2002. O programa de Residência Integrada criado pela ESP/RS integrava os diferentes programas de Residência Médica já existentes aos serviços de saúde ligados a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul²¹ aos Programas de Aperfeiçoamento Especializado para diversas profissões, conforme demonstra o quadro a seguir de ingresso em 2003:

Área de ênfase/especialidade	Profissões
Atenção Básica em Saúde Coletiva (Medicina de Família e Comunidade)	Enfermagem, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.
Saúde Mental Coletiva (Psiquiatria)	Educação física, educação artística, enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.
Dermatologia Sanitária (Dermatologia)	Enfermagem, medicina, psicologia e serviço social.
Pneumologia Sanitária (Pneumologia)	Enfermagem, medicina e fisioterapia.
3º ano opcional em Saúde Coletiva: Gestão e Planejamento em Serviços ou Tecnologias do Cuidado em Saúde	Profissões da equipe de saúde coletiva.

Fonte: Armani e Ceccim, 2002.

O Grupo Hospitalar Conceição – GHC também inventa o que denomina de Residência Integrada em Saúde – RIS, em 2004, com ênfases em Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Terapia Intensiva, sendo também uma iniciativa anterior a legislação hoje vigente.

²¹ Os serviços, aos quais nos referimos, ou proposta de trabalho, como preferimos, dizem respeito, naquele momento, ao Murialdo, à Dermatologia Sanitária e ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, cuja gestão, inclusive do cuidado, se apresentava como responsabilidade do nível estadual da gestão.

Com estas iniciativas, outras se juntam, se acoplam, de alguma maneira, em algum tempo. Atualmente, além do programa de residência da Escola de Saúde Pública, existem no Estado do Rio Grande do Sul, 06 Residências Multiprofissionais com ênfases distintas: Grupo Hospitalar Conceição, Instituto de Cardiologia; Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Além destes, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre inicia em 2010 seu primeiro programa de residência multiprofissional, com a abertura de vagas para seis profissões da área da saúde.

Em Santa Maria a parceria entre a Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria, são responsáveis pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. A proposta de residência aprovada em 2008 pelo Ministério da Saúde se apresenta como estratégia de revitalização dos modelos de formação e integração ensino-serviço e aposta na qualificação diferenciada dos profissionais de saúde, pela atuação em diversos cenários da saúde e numa formação crítica por meio do desenvolvimento de competências técnico-sócio-política, ético-humanística que possam contribuir para a mudança nos modos de pensar e fazer a saúde individual e coletiva, considerando prioritariamente a concepção ampliada de saúde. O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde tem três ênfases: atenção em rede hospitalar, gestão em políticas de saúde e atenção básica em saúde da família, considerando a distribuição de vagas conforme quadro a seguir:

	<u>Gestão de Sistema e Serviços de Saúde</u>	<u>Programa de Saúde da Família</u>	<u>Atenção Rede Hospitalar</u>
Enfermagem	01	04	04
Psicologia	01	02	02
Nutrição	-	01	01
Serviço Social	01	01	01
Fisioterapia	-	02	02
Fonoaudiologia	-	01	01
Farmácia	02	-	-
Terapia Ocupacional	-	01	01
Cirurgião dentista	-	01	-
Total por ênfase	05	13	12

Como perfil do egresso, o Programa indica o desejo de que a formação possa contribuir para e na constituição de um profissional com condições de atuar numa perspectiva interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, compreendendo as dimensões de atuação em processos de atenção e de gestão e que possua atitudes críticas e reflexivas.

Os resultados esperados com o Programa de Residência são de que produza mudanças nas modalidades de produção da saúde, por meio da integração entre diferentes níveis e recursos existentes no sistema da saúde; que fomente a produção de novas tecnologias para a gestão, com ênfase em processos participativos, colegiados e compartilhados e na atenção, por meio da qualificação e produção do acolhimento da rede de cuidados, da integralidade da atenção e da interdisciplinaridade. Espera-se que a Residência possibilite a criação e a experimentação de novas metodologias de ensino que possam, de fato, produzir impactos nos modos de formação dos profissionais, por meio da interação interdisciplinar, intersetorial, e interinstitucional.

Em Pelotas, o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, desenvolve a Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica, com o objetivo de qualificar profissionais das áreas de enfermagem, nutrição, psicologia e odontologia para a atuação na perspectiva da integralidade, por meio da integração entre saberes e práticas que possibilitem a construção de competências compartilhadas, de modo que os profissionais possam atuar considerando as necessidades das linhas de cuidado, segundo os princípios do SUS.

As diretrizes pedagógicas explicitadas para a Residência, pretendem aproximar a gestão do trabalho e da educação em saúde com as políticas e ações do SUS voltadas para a área da oncologia, se orientando pelos princípios da integralidade da atenção e propondo a humanização da assistência nos diferentes cenários. Ao mesmo tempo, a orientação pedagógica aposta na qualificação da equipe e na reorientação dos processos de trabalho, na perspectiva da interdisciplinaridade. A proposta da Residência se orienta também pela melhoria de indicadores qualitativos da atenção em oncologia e pelo indicativo de redução de tempo de internação e qualificação do atendimento domiciliar.

Os principais cenários de prática onde se desenvolve o programa de Residência são Unidades de Saúde, as Unidades de Internação Clínica, Cirúrgica e Intensivismo do Hospital Escola, os Ambulatórios Quimioterapia e Radioterapia e o Programa de Internação Domiciliar Oncológico.

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição²² – RIS/GHC teve sua primeira edição em 2004, com três áreas de ênfases: Saúde Mental (abrangendo as áreas de enfermagem, psicologia, serviço Social, terapia ocupacional); Saúde da Família e Comunidade (abrangendo as áreas de enfermagem, psicologia, serviço Social, odontologia) e Terapia Intensiva (abrangendo as áreas da enfermagem e fisioterapia). Criada pela Portaria 109/04, passa a integrar o Programa de Aperfeiçoamento Especializado aos Programas de Residência Médica que já existiam no grupo hospitalar. Desde seu primeiro projeto, a RIS/GHC indicava que o ensino na modalidade “Residência” pretendia promover e ampliar o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento em saúde.

O principal objetivo da formação na modalidade Residência anunciado pela RIS/GHC é a formação de profissionais para a área da saúde, a partir da inserção dos/as mesmos/as em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS.

Em sua versão de 2009, a RIS/GHC aumenta o número de vagas nas ênfases de Terapia Intensiva e Saúde Mental, amplia o leque de profissionais com a integração da fonoaudiologia da Terapia Intensiva e implanta uma nova ênfase – oncologia e hematologia, tendo, em sua totalidade nove profissões distintas e 62 vagas.

O Instituto de Cardiologia, Fundação Universitária de Cardiologia – IC/FUC desenvolvem desde 2004, a Residência Integrada em Saúde: Cardiologia (RISC) definida como modalidade de educação profissional em nível de pós-graduação de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão (trabalho educativo). Apresenta-se como modalidade de formação que estabelece a integração dos programas de residência médica em cardiologia do IC/FUC com os programas de aperfeiçoamento especializado em enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia. Seu principal objetivo é orientar e acompanhar atividades de atenção integral à saúde, atividades de estudo e reflexão sobre a prática de atendimento e atuação no sistema e nos serviços de saúde, a partir da prática no IC/FUC e nos princípios do Sistema Único de Saúde.

²² O Grupo Hospitalar Conceição é uma instituição com a totalidade de seus atendimentos realizados pelo SUS e é formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e doze postos de saúde comunitária, atendendo a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Rio Grande do Sul.

A Residência do IC/FUC se desenvolve nas Unidades de Internação e de Terapia Intensiva, nos seis ambulatórios e em grupos de informação e orientação, com atividades que abrangem práticas de prevenção de doenças, promoção da saúde e ação terapêutica.

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – PREMUS, com ênfase em saúde da família e que trabalha com equipes de saúde da família localizadas nos bairros Morro Santana e Bom Jesus em Porto Alegre. O objetivo geral do PREMUS é o desenvolvimento de competências para atuação na saúde tendo como referencia as diretrizes do SUS da integralidade, do modelo de vigilância à saúde, articulados ao campo da Saúde da Família, observando o marco conceitual da saúde ampliada e das linhas de cuidados da Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde da Criança e do Adolescente de acordo com o Núcleo de Saber e Prática da área profissional (Serviço Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia).

Como perfil desejado dos egressos, o PREMUS destaca um profissional com capacidade de análise crítica dos serviços de saúde, que compreenda a dinâmica dos processos de saúde e de doença, considerando a comunidade, a família e o indivíduo. Destaca também a capacidade profissional de atuação em equipe numa perspectiva multidisciplinar, com ênfase na humanização e na integralidade da atenção. O programa afirma ainda a necessidade de que o profissional, após a Residência, tenha capacidade de planejar intervenções voltadas para indivíduos ou coletividades, considerando os saberes do campo da saúde da família e os núcleos específicos da sua profissão. O perfil de egresso desejado pelo PREMUS destaca também que o profissional tenha condições de participar e promover ações voltadas para o controle social, identificar, analisar e avaliar informações em saúde, identificar e atuar em diferentes níveis de atenção e desenvolver pesquisas que possam contribuir para a qualificação de práticas de saúde.

A Residência Integrada e Especialização em Saúde Mental Coletiva, coordenada pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGEdu/UFRGS origina-se pela aposta na implantação da reforma psiquiátrica, na expansão da reabilitação psicossocial e na retomada da saúde mental coletiva. Neste sentido se compõem de linhas conceituais, de cuidado, de gestão que se conectam com a atual política de Saúde Mental Coletiva. Em sua justificativa, o projeto da Residência afirma a necessidade de,

antes de saber tratar, saber acolher, aceitar, cuidar e incluir como aspectos relevantes da proposta da saúde mental coletiva. Apresenta-se como uma proposta que envolve competências técnicas, éticas e humanísticas em saúde mental, seja no âmbito ampliado da Educação – como em uma pedagogia da cidade e na problematização de seus dispositivos de produção de sentidos e culturas – seja no âmbito ampliado da Saúde – como na integralidade da atenção e na escuta de acolhimento aos processos disruptores de sentidos e culturas.

Apontando a necessidade de produzir mudanças no modo unidimensional e centrado no modelo manicomial de pensar e organizar a saúde mental, a Residência assume que as mudanças efetivas demandam, entre outras ações, a intervenção em processos de formação dos profissionais e a produção da circulação de diferentes olhares e saberes que funcionem também como dispositivos ao processo de mudança baseado no modelo hospitalocêntrico para a produção de e em redes de serviços integrados. A Residência apresenta como espaços de aprendizagem os serviços de atenção psicossocial, residenciais terapêuticos (morada e pensão protegida), programas de geração de renda e plantão 24H em saúde mental do município de Novo Hamburgo, na região metropolitana de Porto Alegre, além de vivências em outras regiões do Estado do Rio Grande do Sul. Em sua proposta pedagógica, procura organizar a produção de conhecimentos em vértices – organizadores dos saberes que vão se constituindo a partir da exposição às práticas em saúde mental, em lugar da organização usual por disciplinas. São ofertadas 12 bolsas com pagamento mensal de R\$1.916,45, para os profissionais de Educação Física, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Psicologia, Educação Artística e Serviço Social, segundo o quadro:

Grande Área do Conhecimento	Área de Formação	Habilitação Profissional Exigida	Vagas*
Ciências da Saúde	Educação Física	Graduação em Educação Física	02
	Enfermagem	Graduação em Enfermagem	02
	Terapia Ocupacional	Graduação em Terapia Ocupacional	02
Ciências Humanas	Educação	Graduação em Pedagogia, Orientação Educacional ou Pedagogia Especial Habilitação Plena em Áreas de Licenciatura com Especialização em Psicopedagogia	01
	Psicologia	Graduação em Psicologia	02
	Artes	Graduação em Educação Artística, Artes Plásticas, Artes Cênicas, Artes Visuais, Dança ou Música	02
Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social	Graduação em Serviço Social	01
Total de vagas			12

A Residência em Saúde Mental opera com a construção de Campos e Núcleos, de modo que o conceito de núcleo configura as especificidades dos membros de uma equipe multiprofissional, garantindo o exercício da singularidade, dos saberes e das práticas de competência exclusiva de cada profissão ou especialidade. O conceito de campo abrange o conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões ou especialidades em relação ao setor da saúde e a outros relacionados.

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, publica uma espécie de “documentário escrito” a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde, onde apresenta alguns dos programas de Residência espalhados pelo Brasil.

Da região norte, o documento destaca:

1. *Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia – Unir.* A proposta de construção do Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família é desencadeada no início de 2004, a partir de uma oficina realizada pela Universidade Federal de Rondônia com o objetivo de avaliar as especializações em Saúde da Família. O projeto destaca a necessidade de que os profissionais atuantes na estratégia de saúde da família possam ter uma formação que permita atitudes críticas e práticas interdisciplinares.

2. *I Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Estado do Tocantins: A Gestão Estadual da Educação em Saúde como espaço de criação e experimentação coletiva de respostas aos desafios loco-regionais na formação profissional para o Sistema Único de Saúde.* Relato a respeito das experiências e desafios para a construção da primeira Residência Multiprofissional do estado do Tocantins. Trata-se da narrativa da gestão estadual, envolvendo a Gerência de Pesquisa e Pós-Graduação (GPP) da Coordenação de Gestão da Educação na Saúde (CGES) e a Diretoria de Recursos Humanos (DRH) da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES/TO).

Na região nordeste foram destacadas:

3. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: A Experiência da Parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia.* Criada em 1997 numa parceria entre a gestão estadual, por meio da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e universidade, por meio do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Bahia tem como um de seus

objetivos, a formação de especialista para atuação, preferencialmente, na Saúde da Família. Destaca a articulação entre ensino e serviços de saúde e o trabalho em equipe como eixos norteadores dos processos de ensino e de aprendizagem.

4. *Especialização Integrada em Saúde Coletiva – Modalidade Residência Multiprofissional: Em foco uma experiência de formação do Centro de Educação Permanente da Saúde do Município de Aracaju no Modelo Saúde Todo Dia.* Apresenta a experiência de Residência desenvolvida em Aracaju, configurada segundo os pressupostos da Educação Permanente em Saúde e articulando espaços pedagógicos e de gestão. O processo político-pedagógico propõe a exposição dos residentes aos processos de trabalho e de gestão do Sistema Único de Saúde. Destaca o espaço do trabalho como espaço de intersecção da gestão pedagógica, numa perspectiva participativa e democrática. O cotidiano do trabalho é considerado como principal ferramenta pedagógica, no sentido de produzir interações e saberes necessários à produção do cuidado e da gestão, tendo como referência, as necessidades de saúde de indivíduos e populações.

5. *A Trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral.* A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral tem sua origem em 1999, sendo fortemente vinculada ao Sistema Municipal da Saúde de Sobral. Inicialmente, se apresenta como aposta na qualificação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, numa perspectiva da promoção da saúde. A primeira turma, financiada com recursos da gestão municipal, foi composta por 19 médicos e 45 enfermeiros. Sua segunda edição em 2001, igualmente financiada pela gestão municipal, compõe-se de 06 médicos, 17 enfermeiros, 17 odontólogos, 03 assistentes sociais, 04 fisioterapeutas, 02 educadores físicos, 01 farmacêutico, 03 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista e 02 psicólogos.

Da região sudeste são destacadas:

6. *Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília.* Apresenta a Residência da Faculdade de Medicina de Marília, no estado de São Paulo, desenvolvido em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Marília. Tendo como referência a educação crítica e reflexiva, com metodologias ativas de ensino e aprendizagem e orientação curricular por competência, busca proporcionar a formação de profissionais que possam ser sujeitos ativos nos processos de mudança de práticas de saúde, na perspectiva do SUS. Destaca ainda que, em 2006, foram oferecidas 32 vagas, assim distribuídas: 10 vagas para profissionais enfermeiros, 10 vagas

para dentistas, 04 vagas para fisioterapeutas, 04 vagas para psicólogos e 04 vagas para assistentes sociais.

7. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina.* O complexo Santa Marcelina, composto pela Casa de Saúde e instituições de ensino técnico e superior, situa-se na periferia de São Paulo (capital). A Residência inclui dez profissões da saúde e serviço social. A composição do grupo objetiva corresponder ao perfil saúde-doença local. Os residentes se organizam em mini-equipes, desenvolvendo ações interdisciplinares e específicas, segundo a categoria profissional, obedecendo à planejamento específico e do grupo junto às equipes de Saúde da Família. No ano de 2001, por meio de convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID é desenvolvido o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF, no qual foram capacitados 20 profissionais, entre enfermeiros e médicos. Em 2005, após um processo de seleção que teve a procura de mais de 1.000 candidatos, inicia-se o segundo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com 90 vagas para dez categorias profissionais da área da Saúde e Serviço Social.

8. *Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde.* Apresenta a construção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos/SP. O currículo é orientado por competência, integração teoria/prática, diversificação de cenários, relação horizontal do preceptor/tutor e residentes e processo de ensino-aprendizagem com abordagem construtivista. Em 2006, a UFSCar inicia um projeto de mudança na formação dos profissionais de saúde, articulando a formação em medicina com as necessidades de cuidado em saúde do município de São Carlos, os princípios do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina e propondo a integração entre teoria e prática, desde o início do curso, apostando também na diversificação de cenários, no estímulo à capacidade de aprender a aprender e do trabalho em equipe. Busca assim que a graduação em medicina se articule também com a Residência e com os serviços de saúde.

9. *A construção da Residência Multiprofissional em Saúde de Família na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.* Descreve o processo de construção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Faculdade de Medicina de Botucatu, instituição pública localizada no interior do estado de São Paulo. O curso, oferecido pela primeira vez em

2003, demandou a produção de diversas estratégias, como ampliação do tempo de estágio do residente nas Unidades de Saúde da Família, estruturação da figura do supervisor de estágio e implantação de um Programa de Educação Permanente para profissionais dessas unidades de saúde.

10. *Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Ensp/Fiocruz: desenvolvendo competência para a Atenção Básica.* A proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da residência, surge em 2003 a partir da identificação da necessidade de formação profissional de modo a atender a demanda produzida pelo aumento das equipes de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. A proposta evidencia a relevância e a prioridade da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da melhoria da qualidade da atenção prestada na consolidação do Sistema Único de Saúde e visa articular educação e serviço.

11. *Residência em Saúde da Família da UFJF: contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde.* A Residência em Saúde da família da Universidade Federal de Juiz de Fora – RSF/UFJF centra-se na educação em serviço sob orientação profissional, e tem como objetivo formar profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e assistentes sociais - para desempenharem atividades profissionais em Unidades Básicas de Saúde. Contempla o processo de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações de saúde coletiva e de abordagem clínica individual, sob a ótica da equipe multiprofissional. Orienta-se ainda por uma prática humanizada e resolutiva baseada nas necessidades epidemiológicas e sociais da população.

12. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O caso do Município de Montes Claros/MG.* Descreve o processo desenvolvido pela Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, no período 1997 a 2006, para especializar médicos, enfermeiros e dentistas em saúde da família, por meio de programas de Residência Multiprofissional. A experiência sugere que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família é eficaz para formar profissionais médicos, enfermeiros e dentistas com perfil adequado para atuarem nos processos de mudanças educacionais e assistenciais hoje preconizados para o Sistema Único de Saúde.

13. *A Residência Multiprofissional de Saúde da Família na UFMG: tijolo por tijolo de um desenho mágico.* A Residência da Universidade Federal de Minas Gerais realizada no município de Brumadinho, integra, em sua proposta, a residência médica com residência

multiprofissional. Seus principais objetivos são a formação de profissionais capazes de atuar na atenção básica e contribuir para produção de mudanças no modelo de atenção à saúde. Para isso, seus pressupostos pedagógicos incluem a experiência em diferentes cenários de prática contemplando as diferentes realidades de saúde; trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; atenção integral de saúde; ênfase na atenção básica de saúde e na participação popular; unidade entre teoria e prática e articulação supervisão docente/preceptoria.

Região Sul:

14. *Movimentos, encontros e desencontros da produção da Residência Multiprofissional em saúde da Família.* A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF surgiu em Londrina/PR, a partir de uma demanda do serviço municipal de saúde no sentido de promover uma maior qualificação das equipes que atuam na atenção básica do município, em meados de 2005. O município havia implantado a Estratégia de Saúde da Família há mais de quatro anos e contava naquele momento com 102 equipes, que ampliaram significativamente o acesso da população a atenção à saúde, porém com poucas transformações nas práticas assistenciais. A demanda é apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva – DESC da Universidade Estadual de Londrina – UEL visando, por meio de uma parceria entre as duas instituições, à criação da RMSF. Este processo se caracterizou, desde o início, pela multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e também interinstitucionalidade que se traduz na prática pela participação dos docentes e dos profissionais do serviço das diversas categorias que integraram a residência multiprofissional, tendo como eixos estruturantes da formação dos residentes a aprendizagem no trabalho, as necessidades de saúde e a integralidade.

15. *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: A experiência da Universidade Federal do Paraná.* Descreve a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – PRMSF, no período de 2002 a 2006, sediado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Colombo/PR e apoio do Ministério da Saúde. A primeira turma do PRMSF teve início em junho de 2002 e finalizou suas atividades em junho de 2004. O projeto de implantação e desenvolvimento do PRMSF pelo Departamento de Enfermagem, foi desencadeado com a participação de docentes deste departamento nas atividades do Núcleo de Estudos em Saúde da Família – NESF. Da experiência desenvolvida pela residência em parceria com o município de Colombo, numa proposta de integração

ensino-serviço, é destacado o avanço na produção de conhecimento da área de Saúde Coletiva para todas as profissões envolvidas, e a possibilidade de que tal produção possa contribuir com e na construção de novos currículos para os cursos de graduação da área da saúde.

16. *Processo Coletivo de Avaliação: A experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Blumenau.* Mostra os resultados das duas primeiras turmas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Blumenau/SC. A Residência em Saúde da Família teve início no mês de março de 2002 constituindo a concretização da proposta do Ministério da Saúde de financiamento de programas de residência de caráter multiprofissional, como parte da política de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e tendo a formação em serviço como principal referência. A metodologia prioriza o processo de seleção de preceptores e residentes, as atividades teóricas e as atividades práticas por núcleo e campo, a aprendizagem centrada no ensino em serviço, bem como as atividades extensivas à residência, como eventos científicos, tecnopolíticos e publicações. Há destaque para o processo de avaliação que destaca o próprio Programa da Residência, os desempenho de preceptoria de campo e de núcleo, avaliação do desempenho do residente realizado pelo preceptor de campo e de núcleo, a avaliação das disciplinas e a realização de avaliações periódicas ao final dos blocos teóricos, feita de acordo com a proposta do docente da mesma e, Trabalho de Conclusão de Curso.

17. *Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: O desafio de uma construção interdisciplinar coletiva.* Apresenta a experiência do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF), promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o qual integra dois subprogramas de residência: o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Entre os desafios destacados, está a possibilidade da formação na modalidade Residência Multiprofissional em contribuir para a melhoria dos serviços e a construção de caminhos para efetivação do SUS. O Programa de Residência Integrada em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina promoveu a formação de 16 residentes no período de 2002-2004 e de 22 residentes no período 2004-2006, contando, portanto, com um total de 38 profissionais especialistas egressos.

18. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Uniplac: Avanços, recuos e esperanças.* Relata a criação do Programa de Residência Multiprofissional

em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense – Uniplac, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Lages no Estado de Santa Catarina. Em julho de 2005, a partir da iniciativa da Secretaria de Saúde do Município de Lages e com a parceria da Reitoria da Universidade do Planalto Catarinense, é criado um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar o projeto de Residência. É abordada a necessidade de integração entre o Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, já existente, com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

O último texto apresentado no documento, traz o debate a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde, na perspectiva do controle social. O texto destaca a importância de que, para a atuação em saúde, no contexto do SUS, a formação na modalidade Residência Multiprofissional, passa a ser estratégia de qualificação da atenção ofertada pelo e no sistema de saúde.

Em termos organizativos, a maioria das Residências Multiprofissionais se divide em dois anos – R1 e R2, com uma carga horária de aproximadamente 5.520 horas, com 60 horas semanais de atividades práticas e teóricas, distribuídas em formação em serviço, somando 70% a 80% da carga horária total e seminários teórico-práticos, somando 20% a 30% da carga horária total. Algumas Residências oferecem um terceiro ano, com ênfases diversificadas, como educação em saúde ou gestão de sistemas de saúde. Como mediadores das aprendizagens, as Residências trabalham com:

Preceptoria: Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, realizada por profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão;

Tutoria: Função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão,

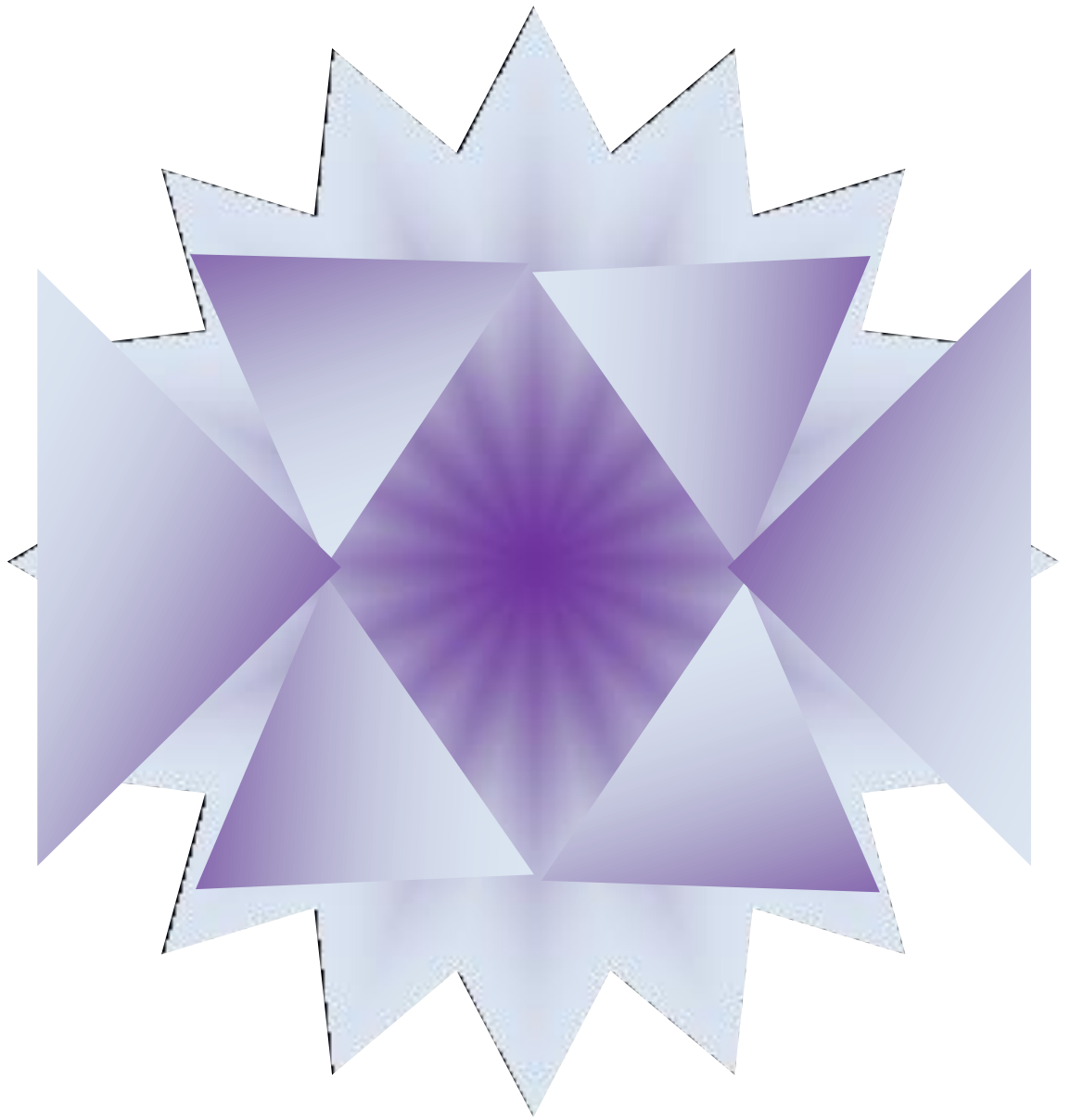
devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço.

Orientação de Serviço: Função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário.

Outros conceitos organizadores das Residências que são freqüentemente utilizados são de campo e de núcleo. As noções de campo e núcleo são propostas por um grupo de pesquisadores (Campos et al., 1997, citado por Campos, 2000) a partir das divisões disciplinares de conhecimentos e suas implicações para o trabalho em saúde. Para os autores, os núcleos se compõem como a aglutinação de conhecimentos, demarcando as construções específicas de uma área profissional e o campo um espaço onde diferentes disciplinas e profissões compartilham conhecimentos para a realização de suas práticas.

Das várias “caras” das Residências Multiprofissionais apresentadas pelo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), destacam-se as residências voltadas para a estratégia de saúde da família. O Programa de Saúde da Família, como já diz seu próprio nome, é uma proposta programática assistencial que se propõe a infiltrar novidade nas formas de organização do sistema público de saúde. Propõe a re-organização do atual sistema, conforme consta no Guia Prático do PSF (MS, 2001, p. 59), para “que passe a existir, entre a comunidade e os profissionais de saúde, uma nova relação – de confiança, de atenção, de respeito”. Para isso, o Governo Federal investiu e segue investindo, junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, na implantação de Equipes de Saúde da Família – ESF, com o uso de recursos financeiros específicos. Uma ESF deve ser constituída por 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde, com responsabilidade de atendimento a uma determinada região. Ao longo de sua existência, a estratégia de saúde da família vai incorporando novas áreas profissionais, como odontólogos, serviços social, psicologia. Inicialmente estas equipes vão sendo treinadas/capacitadas de acordo com as normas dos pólos de capacitação em saúde da família e em cursos de especialização para os profissionais graduados. Visando a qualificação dos profissionais atuantes nas equipes, a proposição de Residências em saúde da família são um

importante dispositivo no contexto da invenção multiprofissional, na medida em que as propostas de formação, já na modalidade Residência vão adicionando ao seu repertório outras categorias profissionais, além da medicina.



4.2. Os movimentos das residências multiprofissionais

Em 30 de junho de 2005, é publicada a Lei Federal nº 11.129, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. O ProJovem corresponde a uma ação do governo federal cujos objetivos são a elevação da escolaridade e qualificação profissional na perspectiva da inclusão produtiva cidadã. Em seu Art. 13, §1º e §2º o ProJovem constitui a Residência em Área Profissional da Saúde, como “ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, exceto a médica”, a ser oferecida como programa de cooperação intersetorial em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde, devendo ser desenvolvida “em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde”. O Art. 14 cria, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

Alguns meses depois, é publicada uma Portaria conjunta, entre os Ministérios da Educação e da Saúde instituindo a Residência Multiprofissional em Saúde. A Portaria Nº 2.117 institui, portanto a Residência como Multiprofissional reafirmando que se trata das profissões da área da saúde, com exceção da medicina – que afinal já possui regulação, o que não exclui as possibilidades de interação e de integração.

Mas não para por aí: de dezembro de 2005, até o momento, não param de acontecer encontros, seminários, oficinas reuniões, debates (e disputas) pela e com a Residência Multiprofissional. O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em dezembro de 2005, debate as diretrizes nacionais para as Residências Multiprofissionais e a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, ao mesmo tempo em que os residentes se mobilizam pela constituição do que se configurará como Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde. Em março de 2006 a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, aprova 16 propostas para as Residências em Saúde, reafirmando a prioridade desta Política e referenda a criação da CNRMS, enquanto processo para regulamentação de tal modalidade de formação.

Com o objetivo de ampliar e produzir debates a respeito da formação profissional, são promovidos encontros locais e regionais, organizados pelo movimento de residentes e em parceria com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Tendo como uma de suas referencias, a regulamentação das Residências, foram realizados

três seminários regionais que envolveram as cinco regiões do país: Seminário Regional Nordeste de Residência Multiprofissional em Saúde que ocorreu durante o 22º Congresso Nacional do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, em Recife, em junho de 2006. No mês seguinte acontece o Seminário Regional Sul/Sudeste de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado durante o VII Congresso Nacional da Rede Unida, em Curitiba e, em agosto de 2006 ocorreu o Seminário Regional Norte/Centro-Oeste de Residência Multiprofissional em Saúde, em Brasília. A partir das formulações dos encontros regionais é que se organiza o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, já acoplando as produções e os debates que acontecem nos encontros anteriores. Ao mesmo tempo, são nestes espaços que vão se constituindo e se organizando os movimentos sociais de coordenadores, tutores e preceptores de Residência, que se configuram como Fóruns Nacionais.

Ainda em agosto de 2006 é realizado o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde junto ao Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, no Rio de Janeiro. Deste encontro resulta o indicativo de composição e regulamentação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde – CNRMS e a Formação de um Grupo de Trabalho Nacional para propor a operacionalização da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, apresentando seu produto no 2º Seminário Nacional. Composição: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, Fórum Nacional de Residentes, Fórum Nacional de coordenadores de Residências e Fórum Nacional de Preceptores de Residências, Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde – FNEPAS e Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS.

Na medida em que compete a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional a regulamentação, o acompanhamento e a avaliação das Residências, sua composição e seu funcionamento são peças fundamentais na formulação micropolítica das Residências. Assim, seguem os movimentos em torno de sua regulamentação e reconhecimento com e em diferentes instâncias, como o Conselho Nacional de Saúde – CNS, o CONASEMS, a CONASS e os diferentes fóruns que se mobilizam pela construção das Residências Multiprofissionais.

Uma das produções desta mobilização é a publicação da Portaria Interministerial Nº 45, em janeiro de 2007, que além de instituir a Comissão Nacional, composta segundo os indicativos do II Seminário Nacional e agregando o Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde e representação das instituições de ensino superior, apresenta os principais eixos norteadores para a formulação das Residências Multiprofissionais em Saúde (que serão apresentados posteriormente, ao tratarmos da avaliação das Residências).

Não resta muita dúvida de que há toda uma expectativa com as Residências Multiprofissionais, entre as quais destacam-se: a qualificação de práticas de assistência e da formação, possibilidade de gerar trabalho em equipe, trabalho com campo (comum a todas as profissões) e núcleo (especificidades de cada profissão), construção de práticas solidárias, ampliação da alteridade com os usuários e de uma nova ética no cuidado. A principal expectativa é, sem dúvida a possibilidade de gerar mudanças no perfil dos profissionais egressos pelo rompimento com paradigma vigente (biologicista e da medicalização) e pela adoção da atenção integral à saúde, numa nova perspectiva de cuidado. Neste sentido, a proposta de Residência Multiprofissional, tenta romper os territórios-identidades de médicos/as, enfermeiros/as, odontólogos/as, passando para um devir-equipe, onde a centralidade da prática terapêutica possa ser o usuário. Trata-se, em sua proposição, de um projeto de formação que rompa com modelos para tentar a experimentações (de equipe, de entre-fronteiras, de outros lugares para a formação e, sobretudo, de um novo cuidado ou do cuidado “inovador”).

Articular a formação com o serviço em saúde não é monopólio das Residências. Cabe destacar que esta articulação, é uma prática que compõe o percurso acadêmico e se faz presente nos cursos técnicos e de graduação da área da saúde, por meio da realização de estágios que evidenciam o caráter pedagógico do trabalho. Destacamos também a EPS que desde sua nascente com as propostas da OPAS (Haddad, Roschke e Davini, 1994; Davini, 1995), que foram sendo reconfiguradas por Ceccim e Feuerwerker (2004b), preserva o componente de imbricação entre o mundo do trabalho e o mundo da educação. E, assim como nas Residências, não se trata unicamente de ensinar e aprender *para* o trabalho, mas aprender *com* e *pelo* trabalho, onde o trabalho é a ação eminentemente pedagógica. O que distingue as Residências, já de largada, é que em sua definição se apresentam como formação pelo e no trabalho, de tal modo que trabalhadores já habilitados ao exercício profissional possam produzir aprendizagens por meio da prática profissional.

Por outro lado, como destaca Dallegrave (2008, P. 43) as Residências Multiprofissionais se encontram no plano do “entre”. Delas e por elas, espera-se que produzam, por um lado, repercussões e mudanças na graduação dos profissionais e, ao mesmo tempo, nos processos de trabalho, considerando sempre, os pressupostos do SUS.

Diante da amplitude de expectativas geradas por este processo de formação torna-se imprescindível a criação de dispositivos e políticas para acompanhamento e avaliação, ou seja, a criação de uma política de avaliação que vise não só sua regulação, mas principalmente para gerar instrumentos capazes de revelar seus pontos fortes e importantes, bem como suas fragilidades e limitações.



5. ⁽ⁱⁿ⁾Variantes da avaliação: e a avaliação nessa história?!



A avaliação compõe com o campo educacional em pelo menos duas superfícies. Se forem distintas é por seu olhar: cada superfície se define em função daquilo ao qual lança o olhar, ao que se propõe observar e/ou com o que se propõe a composição. Se em algum lugar suas fronteiras se borram, e as superfícies se tornam extensões imbricadas é na medida em que seus objetivos e alguns de seus conceitos são próximos e suas histórias se entrecruzam, causando, por vezes uma ou outra intercessão.

Uma destas superfícies se compõe pela avaliação da aprendizagem e se expande na direção do acompanhamento da aprendizagem cognitiva de estudantes nos mais variados níveis de ensino.

Como destaca Dias Sobrinho (2003) esta é uma das nascentes da avaliação; sua ocupação inicial voltada pra testes de inteligência e para a capacidade de produção cognitivo-instrumental. Seu caráter era de natureza técnica, com uso de instrumentos e testes específicos estando inserida no campo da psicologia, como a psicomетria. Neste sentido, a avaliação não estava necessariamente se ocupando de e com programas escolares, mas com testes de inteligência numa perspectiva do paradigma positivista. É possível afirmar então, que em sua nascente, a avaliação, esteve conectada com processos de mensuração, com a verificação de níveis de inteligência e da capacidade aprendizagem.

A este período, se segue a avaliação educacional, segundo expressão definida por Ralph Tyler em 1934 (Dias Sobrinho, 2003, p. 19), tendo como objetivo determinar em que medida os estudantes (estudantes em geral, dos mais variados níveis escolares) alcançam – ou não – os principais objetivos dos processos educativos. Assim, a avaliação cabia determinar se os estudantes, individualmente, eram capazes de evidenciar os objetivos (compreendidos mais especificamente em termos de comportamentos) declarados em um processo educativo. Para

Dias Sobrinho, a segunda geração da avaliação compreende um período em que a avaliação se orienta de acordo com o modelo de pensamento da racionalização científica, caracterizando a ação pedagógica por seus objetivos, e comprometida com modos de produção – inserção e adequação ao trabalho, eminentemente com a indústria. Não á toa, pois se trata de um momento em que a indústria alcança níveis de expansão significativos, principalmente nos Estados Unidos e Europa, se expandindo também a necessidade de pessoas com habilidades necessárias para atuação no mercado de trabalho.

Qualquer pessoa que tenha seguido um percurso escolar conhece a atribuição de notas, de conceitos que constituem uma rotina e uma tradição no meio escolar e acadêmico. Nesta direção, se destacam pelo menos duas práticas distintas para a avaliação. Uma destas práticas considera os processos singulares da aprendizagem, valorizando os saberes que os estudantes já possuem em seus percursos pedagógicos e de vida. Para esta avaliação, os contextos históricos, culturais, sociais e econômicos são importantes. Sua ênfase é com a produção dos estudantes com relação a si mesmos: suas produções singulares em relação às exposições e ofertas de ensino. Outras práticas se ocupam em verificar os acúmulos que o estudante foi capaz de conseguir num determinado tempo escolar. Sua ênfase é em relação a um conjunto de conhecimentos previamente construídos e já instituídos, sendo considerados imprescindíveis no processo educativo.

Outra superfície de composição da avaliação com o campo educacional é aquele que engloba a avaliação de instituições e sistemas de educação. Sua nascente está na prestação de contas à sociedade a respeito de recursos utilizados em programas educacionais. Ou seja, não se trata mais de avaliar somente os alunos, mas os docentes, a estrutura escolar, os conteúdos e currículos, as metodologias de ensino, etc. (DIAS SOBRINHO, 2003; GUBA e LINCOLN, 1989). Surgem as avaliações de programas e os instrumentos, técnicas e metodologias utilizadas até então não oferecem mais as informações necessárias à avaliação de programas sociais e escolares. Para Dias Sobrinho (2003) Scriven é um dos autores que contribui de maneira destacada , lançando a noção de tomada de decisão para melhoria de cursos e propostas educativas. É Scriven que produz a distinção entre avaliação somativa (realizada ao final de um processo, visando conhecer os resultados de sua ação) e formativa (realizada ao longo de um processo, visando a produção de alterações e modificações consideradas necessárias).

Ao comentar os diferentes formatos de avaliação, Leite (2005) faz uma distinção entre avaliação educacional ou da aprendizagem e avaliação institucional ou de políticas públicas. Segundo a autora, ambas são da área da educação, sendo este seu campo comum, mas enquanto a avaliação educacional se ocupa com a aprendizagem de pessoas e grupos, sendo este seu núcleo, a avaliação institucional ocupa-se em avaliar uma instituição ou política em sua totalidade possibilitando o acompanhamento de suas ações.

As produções neste sentido se ocupam, portanto, com a formulação de sistemáticas e propostas avaliativas que possam acompanhar, e em alguns casos medir, os sistemas de ensino. No Brasil o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal da Educação Superior - CAPES são exemplos de proposta de avaliação institucional do sistema de educação superior com ênfases, respectivamente, na graduação e na pós-graduação.

Como afirma Felix (2008, p. 153) “Há um conjunto de modelos construídos de acordo com concepções e definições diferentes de avaliação”. Para a autora, “o resultado é que os praticantes, dependendo do modelo que seguem, podem ser levados a tomar direções muito diversas”. Diferentes autores sistematizam diversas modalidades de avaliação institucional considerando ou seus objetivos, ou as metodologias utilizadas, os participantes, graus de participação, paradigmas que orientam, etc.

Fitzpatrick, Sanders e Worthen (2004), por exemplo, classificam as diferentes abordagens da avaliação institucional ou de sistemas em seis categorias diferentes, conforme indicado no quadro a seguir:

Abordagens da avaliação, segundo Fitzpatrick, Sanders e Worthen					
Centrada em objetivos	Centrada na administração	Centrada no consumidor	Centrada em especialistas	Centrada no adversário	Centrada no participante
Ocupa-se da especificação de metas e objetivos, bem como na verificação da medida em que são atingidos	Interesse central na identificação e produção de informações para tomada de decisões.	Ocupa-se em fornecer informações avaliativas a respeito de produtos, para serem usados por consumidores na escolha entre diferentes produtos.	São avaliações que ocorrem na dependência de especialistas para julgar a qualidade de qualquer atividade que se deseje avaliar.	Utiliza-se da “oposição planejada” entre avaliadores, sendo seu foco central a noção de pós e contras.	Envolvimento dos interessados é fundamental para a definição de valores, critérios, necessidades e dados da avaliação.

House (2000) produz uma sistematização dos principais enfoques de avaliação, considerando seus destinatários, os acordos e objetivos, a metodologia, o produto e as questões que compõe a prática avaliativa. Para o autor, destacam-se oito enfoques para a avaliação:

- Análise de sistemas: destina-se a dirigentes, economistas, gestores e seu principal produto é o acompanhamento da eficiência de um programa ou instituição;
- Comportamental: os grupos de referência são dirigentes, gestores e psicólogos e visa verificar se o programa alcança os objetivos propostos,
- Decisão: destina-se a gestores, executivos e administradores com o objetivo de realizar o controle de qualidade e o acompanhamento da eficácia de um programa,
- Sem objetivos definidos: seu principal destinatário são clientes e a avaliação busca verificar quais são todos os efeitos de um programa,
- Crítica de arte: o grupo de referência se compõe de experts, especialistas e clientes. Seu principal produto é a melhoria de normas e ampliação da consciência a respeito de um programa,
- Revisão profissional: Destina-se a profissionais e público/clientes e se ocupa em verificar como os profissionais classificam determinado programa,
- Semi-jurídico: Destina-se a jurados e procura verificar os diferentes argumentos a favor e contra determinado programa,
- Estudo de caso: destina-se a clientes, usuários e profissionais. Seu principal produto é a compreensão da diversidade e a avaliação procura acompanhar a opinião de diversos atores em relação a um determinado programa.

Guba e Lincoln (1989) por sua vez, sistematizam a avaliação em quatro períodos históricos e apresentam avaliações de primeira, segunda, terceira, quarta geração, segundo sua existência numa determinada linha do tempo. Para estes autores, as avaliações de primeira geração (situadas no período entre 1900-1930), são aquelas que se ocupam da mensuração, iniciando com o desempenho e a produtividade escolar. As avaliações de segunda geração (período entre 1930-1950), seriam voltadas para a avaliação de programas e que se ocupam em verificar se determinado programa atinge ou não seus objetivos; terceira geração (entre 1950-1980) como as avaliações cujo objetivo é mensuração e descrição, com a finalidade de julgar o mérito de determinado programa; as avaliações de quarta geração (período que abrange 1980 em diante) são aquelas em que os parâmetros são negociados com os envolvidos e as avaliações participativas. Para Guba e Lincoln a partir de 2000 se acompanha o

surgimento da avaliação por triangulação de abordagem, definida como processo avaliativo que combina e cruza diversos pontos de vista, sendo tarefa conjunta realizada numa perspectiva multidisciplinar, contando com a visão de vários informantes e fontes de informação e utilizando-se de uma variedade de técnicas para coleta de dados. Uma das idéias-força, ou idéia forte das avaliações de quarta geração é a importância dada a participação, em sua característica de valorização e acolhimento as diversidades de opiniões e de valores.

Furtado (2001) nos remete a Patton, ao afirmar que a avaliação, seja como conceito, seja enquanto campo de trabalho não está bem definida, ao mesmo tempo em que apresenta uma grande variedade de significados, tipos e categorias. Neste sentido Patton (Patton, citado por Furtado, 2001, p. 15) relata uma experiência interessante na qual agrupa seis tipos de avaliação, combinando-as com outros seis enfoques, de acordo com a ênfase dada aos objetivos, métodos, comparação, valor, coleta de dados e tomada de decisão. Estes cruzamentos resultaram em 36 combinações que foram insuficientes quando utilizados para classificar os 170 relatórios de avaliações federais do Office Health Evaluation, não cercando nem metade dos trabalhos relatados.

O breve relato de Furtado parece ilustrar a colocação de Dias Sobrinho (2003) que afirma a diversidade e pluralidade de modos de sistematizar e compreender a avaliação. Para este autor, não há uma maneira pura e absoluta para sistematizar e categorizar as avaliações, sendo que a prática avaliativa pode combinar vários enfoques.

Apesar de admitir que a avaliação se apresenta como um campo polissêmico, suas classificações podendo variar com relação aos seus objetivos, a posição dos avaliadores e período de implantação, implementação e resultados, a literatura existente destaca muito a noção de avaliação como atribuição de mérito, valor... Para Contandriopoulos (1997) a avaliação consiste em fazer julgamento sobre uma dada intervenção. O autor, assumindo uma noção de sistema (como entradas, processos e resultados), define que o julgamento ocorre relacionando os recursos empregados, sua organização, serviços e/ou bens produzidos, assim como os resultados obtidos.

Fitzpatrick, Sanders e Worthen (2004), por outro lado, afirmam a multiplicidade de orientações e desígnios conceituais da avaliação e apresentam conceitos básicos a partir da distinção entre avaliação formal e informal; os objetivos e usos da avaliação formal; a distinção entre avaliação formativa e somativa e, por fim, a importância e os limites da

avaliação. Entre distintas definições, os autores destacam a proposta de Scriven, que em 1967 define avaliação como “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”. A partir desta – breve, porém intensiva – definição, os autores afirmam que “avaliação é identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (ou o mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios” (Fitzpatrick, Sanders e Worthen, 2004, p. 35).

Considerando os objetivos da avaliação (para que avaliar), os autores destacam a afirmação de Talmage que circunscreve três objetivos principais para a avaliação: a) fazer julgamento de valor de um programa; b) ajudar os responsáveis pela tomada de decisões na definição de políticas e; c) assumir uma função política. No entanto, os autores afirmam que na colocação de Talmage, o primeiro objetivo se refere ao que é a avaliação, sendo que os dois outros dizem respeito aos usos e aplicações mais comuns e dele decorrente. Ou seja, para os autores, a avaliação é o julgamento de valor de uma ação ou programa, podendo auxiliar na tomada de decisões e assumindo uma função política. Enfim, para Fitzpatrick, Sanders e Worthen, realizamos avaliações “para responder perguntas e aplicar critérios de julgamento de valor de alguma coisa” e definem critérios como sinônimos de indicadores: “os critérios são usados para definir as características de um programa ou de uma implementação” (p. 341).

Dias Sobrinho (2003) afirma que a determinação de valor a respeito de algo é central na avaliação. Parece, portanto, que para muitos autores que pensam a avaliação (Contandriopoulos, 1997; Dias Sobrinho, 2003; House, 2000, Fitzpatrick, Sanders e Worthen, 2004; Guba e Lincoln, 1987) a atribuição de mérito, a emissão de juízo de valor é “alma do negócio” na avaliação. E se é isso mesmo, na medida em que um processo avaliativo vai emitindo juízo de valores, vai definindo o que está bem, ou mal, ou regular vai induzindo/produzindo (por vezes inventando) “desejáveis”, vai gerando não só regulação, mas normatização, como produção de normas e normalização, criação de normalidade. A avaliação é uma ação política não só porque emite juízos, ou atribui valores, ou constrói imagens, mas porque, ao fazê-lo inventa valores, define juízos, desenha as imagens.

Atualmente parece que vem ganhando algum espaço - e produzindo debates – as práticas de avaliação com a percepção e compreensão de suas próprias implicações. Ou seja, se assumimos que a avaliação é emissão de juízo (e portanto produção de juízos e valores), como se avalia, quem participa (e como participa), de onde surgem as demandas para

avaliação e quem responde a elas, enfim, quais as multiplicidades que se fazem ver e ouvir e quais se tornam in-visíveis.

Dias Sobrinho (2003, p. 35) faz referência às avaliações responsivas (conforme definidas por Stake), de negociação, democráticas (conforme MacDonald), naturalistas (definição adotada por Guba e Lincoln) como modalidades, como desenhos para avaliação em crescente expansão, principalmente por se tratarem de práticas inclusivas, na medida em que não só possibilitam, mas se pautam pela participação e pela compreensão da pluralidade que compõe os cenários e os atores de e em cada ação a ser avaliada.

Quando House e Dias Sobrinho se referem à avaliação de programas e/ou ações políticas, nos indicam que os critérios e princípios que as ordenam devem (ou deveriam) ser justificados, explicitados e explicados. House (1992) afirma a importância da avaliação em atender e/ou escutar interesses de diferentes segmentos da sociedade. Dias Sobrinho, por sua vez, destaca aspectos que considera centrais quando se trata de pensar e propor avaliações, como: valor, critérios, políticas sociais, escrutínios públicos, sociedade. Para o autor, a avaliação não é uma ação neutra, nem aleatória, nem uma simples descrição, mas opera com determinada racionalidade, segundo metodologias específicas e, por isso, deve explicar, justificar e contextualizar as opções que faz e os resultados decorrentes. Para Dias Sobrinho, uma avaliação com esta configuração ultrapassa a relação ensino-aprendizagem “se estendendo ao âmbito social”, principalmente quando a proposta é de produzir elementos e sistemáticas para acompanhar e avaliar ações implicadas com programas de caráter público.

Leite (2005, p. 26) identifica a avaliação como um organizador qualificado e afirma que por si só, a avaliação não é suficiente para produzir mudanças, mas por certo, pode ser um importante dispositivo para produção de mudanças. Para a autora, as mudanças se referem principalmente à inovação em sistemas e instituições de ensino. Leite (2005) afirma a inovação como a produção de rompimentos com paradigmas vigentes na educação, associados à reconfiguração da produção de saberes e das relações de poder, seja na educação, no ensino e na aprendizagem, ou na própria avaliação. Para a autora, a avaliação como organizador qualificado, serve para perceber uma situação, mas também para propor mudanças, de valores, de ações. Avaliação –bifurcação, na medida em que as coisas vão mudando de lugar, estabelecendo novas relações de fronteiras e produzindo novas possibilidades. Ou seja, avaliação com sentido pedagógico para produzir aprendizagens e quando necessário alterar a direcionalidade.

Os sentidos produzidos pela avaliação, a política avaliativa é de produção de conceitos, mas também de divergências. Ou como nos afirma Dias Sobrinho (2003, p. 93) para quem a avaliação, sempre e inevitavelmente, produz efeitos: “muitas são as avaliações, muitos os seus usos e efeitos. Em outras palavras, nenhuma avaliação jamais é neutra e inócua” Por isso a necessidade de compor com diferentes segmentos, de ampliar os espaços de escuta e construção coletiva da avaliação.

Para Silva e Brandão (2003) a avaliação é a composição de espaços de negociação e aplicação de critérios explícitos para a compreensão, mensuração, julgamento e valoração de determinado “objeto”, existente num certo contexto, de modo que se estimulem processos de aprendizagem de pessoas e de instituições.

Minayo, Assis e Souza (2005), com a avaliação por triangulação de métodos, propõem um modelo de avaliação que possibilite a interação, a crítica intersubjetiva, a integração objetiva e subjetiva e a comparação; realize a análise das estruturas, dos processos e dos resultados; compreenda as relações implicadas nas ações sociais; inclua a visão que os atores diferenciados constroem sobre o seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e as técnicas, onde os implicados são não apenas objetos da análise, mas sujeitos de auto-avaliação.

Leite (2005) afirma a necessidade de produzir avaliações participativas, englobando o conjunto de atores envolvidos com a ação ou política ou instituição a ser avaliada, de modo que se trace o “retrato falado de uma instituição viva” não para torná-la uniforme, mas para que se possa conhecer seus principais pontos fortes e pontos fracos, valorizando diferenças e potências singulares.

Se as avaliações são escolhas e opções, cabe lembrar a afirmação de Leite (2005, p. 15) quando destaca que não há avaliação, por técnica e neutra que se intitule, que não incida em “pressupostos políticos e filosóficos sobre concepções de mundo”. Ou ainda, como nos chama a atenção Dias Sobrinho, de que “a avaliação faz parte dos contextos humanos, que estão sempre inevitavelmente mergulhados em ideologias e valores e, portanto, em jogos de interesses contraditórios e disputas de poder”. Para o autor, a avaliação tem caráter político na medida em que “pertence ao interesse social e produz efeitos públicos de grande importância para as sociedades” (2003p. 92).

É, portanto, uma ação política, no sentido em que faz opções por determinadas “visibilidades” e “valorações” em detrimento de outros elementos que venham a permanecer ocultos e/ou desvalorizados. É também uma ação ética por demandar atenção permanente e

cuidado perante o que se coloca em movimento no jogo de visibilidade e de atribuição de valores.

Para Bertolin (2007) a avaliação e a qualidade são conceitos inseparáveis, existindo em estreita relação. O autor nos apresenta concepções de avaliação, de qualidade e de indicadores voltados para avaliar os sistemas de educação superior, com destaque para as produções da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – Unesco e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE. Para este autor, avaliação e medição de qualidade andam juntas:

Avaliação e medição da qualidade de um sistema de educação superior, como procedimentos que englobam a coleta e a análise sistemática de dados de entrada, processos e saídas, bem como com base nesses, o julgamento de valor e mérito da relevância, diversidade, equidade, e eficácia do sistema de educação superior. Enfim, e de forma mais sintetizada, pode-se definir a avaliação e medição da qualidade do sistema de educação superior como um processo sistemático que envolve coleta de dados, análise de informação e juízo de valor e mérito a cerca da qualidade do sistema de educação superior. (BERTOLIN, 2007).

E conclui que este processo deve se compor por momentos em que são definidos sistemas de indicadores, sua valoração e monitoração, a análise e estudos de resultados obtidos pela coleta de dados transformados em informação e, por fim, a emissão de juízo de valor e mérito.

O autor nos alerta que a avaliação e a medição de qualidade de um sistema de educação superior somente tem sentido quando se possui uma concepção prévia de qual qualidade está se falando, pois desta definição dependem as metodologias, os instrumentos e a própria avaliação. O trabalho de Bertolin (2007) busca verificar em que medida a qualidade da educação superior sofre modificações pelos processos de mercantilização e privatização do ensino, ou seja, em que medida o mercado e a lógica capitalística vem (ou não) interferindo no processo de avaliação do ensino superior, na medida em que produz interferências nos entendimentos a respeito de qualidade. Para isso, nos apresenta varias vertentes e concepções de qualidade contextualizados a partir de modelos internacionais que propõem indicadores de qualidade para sistemas de educação superior, com ênfase nas produções da Unesco e da OCDE.

Além da produção internacional de indicadores para avaliação, Bertolin nos apresenta as concepções de autores como Lee Harvey e Diane Green (1993), e faz uma síntese com algumas concepções de qualidade: como fenômeno excepcional; como perfeição ou coerência; como ajuste a um propósito; como relação custo/benefício; qualidade como transformação. Da obra de Diane Green (1994) “What is quality in higher education?”, Bertolin destaca que a qualidade se expressa e pode ser compreendida considerando determinadas categorias. Assim temos o conceito tradicional de qualidade; qualidade como ajuste a especificações e standards; como adequação aos objetivos; como êxito das metas institucionais; como satisfação do cliente. O autor conclui que o conceito de qualidade na educação superior é “inexoravelmente subjetivo” e como tal varia “no tempo e no espaço” e por vários outros fatores como a perspectiva da qual se pensa em qualidade, como diferentes níveis de análise (sala de aula, curso, instituição, sistema, etc.), interesses e concepções de stakeholders (Bertolin, 2007, p. 163). Por outro lado, Bertolin destaca que, a qualidade quando se refere a um sistema de educação superior, possuiria certas propriedades entre as quais destaca a relevância em áreas sócias e econômicas, diversidade no atendimento às demandas e necessidades em formação e educação; equidade de oportunidades e; eficácia no exercício de funções relativas ao sistema de educação superior, considerando a formação integral de indivíduos e da sociedade.

Se acompanharmos as formulações de Bertolin, parece válido afirmar que quando nos referimos a qualidade, não nos referimos a nenhum conceito absoluto, por mais que algumas construções venham se sedimentando, mas a uma noção que é produzida (e produtora) em determinados contextos sociais, históricos, culturais e econômicos. Ou seja, como afirmam Leite, Tutikian e Holz (2000), a qualidade se produz como juízo de valor (bom, ótimo, insuficiente, ruim, adequado, etc.), mas num determinado paradigma e projeto de sociedade e de mundo. Assim, conforme destacam os autores, avaliação institucional, qualidade e compromisso social devem estar em relação indissociável e de mútua implicação.



5.1. A avaliação na saúde e na educação na saúde

No campo da saúde a avaliação desempenha a importante função de acompanhar os impactos das políticas de saúde na qualidade de vida das populações.

Tendo como referência a saúde e seus determinantes sociais e econômicos, culturais, o Painel de Indicadores do SUS (BRASIL, 2006b), por exemplo, apresenta indicadores voltados para a saúde da mulher, saúde bucal, assistência farmacêutica e doenças como tuberculose, malária, dengue, hanseníase, AIDS e campanhas de vacinação, amplamente fomentadas por órgãos como a UNESCO e a OPAS. Esta modalidade de avaliação se apresenta como ferramenta para a gestão do sistema de saúde e ainda que busque alguns cruzamentos entre adoecimentos e perfil populacional, como renda familiar e/ou raça-cor, sua ênfase é na produção de índices quantitativos. Grande parte destas avaliações é realizada tendo como base, o Sistema de Informações em Saúde, composto por vários sub-sistemas de informação: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade (Contém informações sobre óbitos e óbitos fetais); Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (Contém informações sobre as características dos nascidos vivos, das mães, da gestação e do parto); Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN (controle de algumas doenças e agravos de notificação compulsória com base em informações sobre o número de casos considerando período epidemiológico); Sistema de Informações Hospitalares – SIH (Contém informações sobre as internações hospitalares) ; Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI (Contém informações que agilizam os procedimentos de pagamento dos serviços produzidos e permitem analisar o perfil da oferta de serviços ambulatoriais); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (Contém informações sobre o estado nutricional de crianças de zero a 5 anos e gestantes); Avaliação do Programa de Imunizações – API (Contém informações referentes às doses de vacinas aplicadas e visa o controle das coberturas vacinais alcançadas); Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB (informações referentes ao funcionamento do Programa de Saúde da Família).

Cada um destes sistemas possui seus conjuntos de indicadores, como por exemplo, os indicadores do SAI são número de consultas médicas ou outro tipo de procedimento por habitante ao ano; por consultório ou estabelecimento; volume de exames e terapias realizadas pelo quantitativo de consultas médicas ou por especialidade. Sendo um profissional que atua na gestão do sistema de saúde, parece óbvia a relevância e a importância de informações que indiquem quantas pessoas vivem, de que morrem, qual o volume de procura por atendimento

na saúde, ou ainda quanta crianças sobrevivem (ou não) ao seu primeiro ano de vida e o que leva crianças de até 05 anos de idade, por exemplo, a morrerem.

Por outro lado, até aí, nada de novo: Foucault (1998) fala da “polícia médica” alemã que consistia na observação de quadros de nascimentos e de mortes, por meio dos registros solicitados a hospitais e médicos no começo do século XIX, ou ainda a “medicina urbana” ou a “medicalização da cidade” da França, com a noção de higiene pública da segunda metade do século XVIII (e que se inventa muito em função da enorme proliferação de doenças e mortes em função dos amontoados populacionais, dos modos de distribuição de água e dejetos, em um momento onde tudo estava junto: pessoas vivas, mortas, dejetos e água para beber) ou, os sistemas de “health service” na Inglaterra ao final do século XIX, com suas campanhas de vacinação e controle de vacinação, organização de registros de epidemias (uma espécie de sistemas de informação epidemiológica) e a destruição de locais considerados insalubres. Três sistemas, três diagramas biopolíticos que Foucault define como medicina de Estado alemã, a medicina urbana francesa e a medicina da força de trabalho da Inglaterra, sendo que alguns momentos uma e outra se misturam. E a proposição de Foucault é de que são três diagramas de poder, com forças, fluxos e dobras operando pelo controle da sociedade. Para Foucault o controle – da sociedade, ou do estado, ou ainda das necessidades mercantilistas – que se exerce sobre os indivíduos não passa somente pela esfera ideológica, mas pelo corpo de pessoas e de populações.

No que se refere ao campo da avaliação de políticas de saúde, ficamos com Silva Junior (2006), Bosi e Mercado (2006), Ayres (2001, 2004) quando nos apontam o fato de haver avanços significativos no sentido da produção de avaliações sistemáticas e sistematizadas a respeito dos quadros e da política de saúde, com a produção de indicadores e de sistemas de informações importantes, mas insuficientes no sentido de mostrar, acompanhar e dar imagens às singularidades da atenção, da gestão, do controle social e da formação na perspectiva do sistema de saúde.

Avaliações realizadas com base nos dados (e informações) produzidos pelos sistemas de informação verificam em termos quantitativos, o que Ayres (2001) define como um eixo técnico configurando-se como o que Bosi e Mercado (2006) designam como avaliações normativas. Os indicadores fornecidos por estes sistemas vão dizer ao gestor municipal de saúde, por exemplo, que no período de 24 meses, a mortalidade infantil aumentou e a tuberculose diminuiu, na mesma região; o programa de saúde da família tem X unidades

implantadas em Z locais e estas têm responsabilidade sobre W território e Y da população. São dados, são informações com as quais se começa a traçar um quadro geral, uma imagem geral do sistema de saúde naquele lugar, naquele tempo. Se nos dizem algumas coisas, outras tantas ficam fora e resta ir acompanhando o que se está, afinal, inventando e com as quais podemos e queremos conversar.

Por mais que a princípio se tratem de dados quantitativos, os mesmos dados são percebidos por diferentes pessoas, de modos distintos. Tudo é muito relativo, mas tudo produz teias, redes. Pelo menos é o que vem nos dizendo Ceccim e Fewerverker (2004b), com relação às políticas de saúde com a imagem do quadrilátero e dos diferentes “vetores” que cada um dos seus componentes emana e inventa. Mantendo-nos na noção de quadrilátero (que é, ou pode ser um quadrilátero movediço) encontramos quatro vetores: da gestão da saúde, da participação/controle social, da formação/educação; trabalho/serviço. Cada um destes vetores entra em contato de modos diversos com os mesmos dados. Se for para emitir juízos, tendo como referencia os dados destacados, qual juízo se emite e quem emite juízo? Quais juízos são possíveis de emitir, quais são potentes?

Se for necessário pensar as avaliações que fazemos, não é pela ausência de dados ou pelo acúmulo de informações, mas pelo que é possível produzir com isso. Se, neste sentido, as avaliações seguem assumindo um caráter prático, ele pode ser também inventivo. Aliando-se a noção de um sucesso técnico das ações de saúde destacadas por avaliações normativas, Ayres (2001, 2004) nos propõe o que designa como avaliações formativas e que adicionam às avaliações normativas, outros movimentos, como aqueles que são singulares em saúde. Para Ayres, na medida em que o sistema de saúde apresenta também uma intensa implicação com a produção do cuidado é, na mesma medida fundante para a avaliação, entender como acontece o cuidado em saúde:

Para o autor, as avaliações formativas, compreendidas como aquelas que se ocupam em acompanhar e avaliar as modalidades e as formas do cuidado veiculadas pelo SUS, e apresentam outras leituras, que agregam componentes subjetivos aos dados e informações de eixo técnico.

Com efeito, se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga a dialogar com interesses de natureza estética, emocional, moral etc., então os

constructos científicos de inspiração positivista não serão suficientes para dar conta da encomenda. (AYRES, 2001).

As ações singulares do cuidado, que as políticas públicas assumem na saúde, vêm demandando, se não inovações, ao menos novidades avaliativas. Neste sentido, vários movimentos são feitos para propor ações inventivas de avaliação. Ferla, Leal e Pinheiro (2006) propõem novos modos de olhar para as práticas de avaliação nos processos de descentralização do sistema de saúde que consideram o uso da informação e da comunicação na saúde, a politização do processo de descentralização, a qualificação de tecnologias da integralidade e a permeabilidade pública, ou “esfera pública híbrida”, conforme apresentado pelos autores (Ferla, Leal e Pinheiro, 2006); ou ainda a avaliação das redes de atenção á saúde, na perspectiva da integralidade, utilizando-se do fluxograma analisador (Merhy et al., 1997; Franco, 2003) como ferramenta para acompanhar e descrever os processos de trabalho das equipes de saúde considerando a complexidade do cuidado (SILVA JUNIOR et al., 2006).

Quando fazemos encontrar *avaliação* com *educação* na *saúde* há, inicialmente, a tendência de priorizar o debate e a produção de índices quantitativos (número de pessoas treinadas, horas oportunizadas de educação continuada/educação em serviço, gastos com formação de pessoal, número de cursos etc.) ou em torno da avaliação da aprendizagem (mensurar as aquisições, a retenção de informação, a mudança de conduta, a melhora de desempenho etc.). Na avaliação da Educação Permanente em Saúde – AvaliaEPS, a tendência que verificamos foi da “avaliação de programa”, com recursos de análise da gestão da qualidade ou de análise de resultados.

Um dos produtos do projeto AvaliaEPS, foi o levantamento da produção científica a respeito do tema da avaliação na educação em saúde. Foram utilizados os descritores mais proximamente vinculados com a temática e catalogados na base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os termos encontrados com maior proximidade, seguidos de um sinônimo ou da definição constante da relação DeCS, foram:

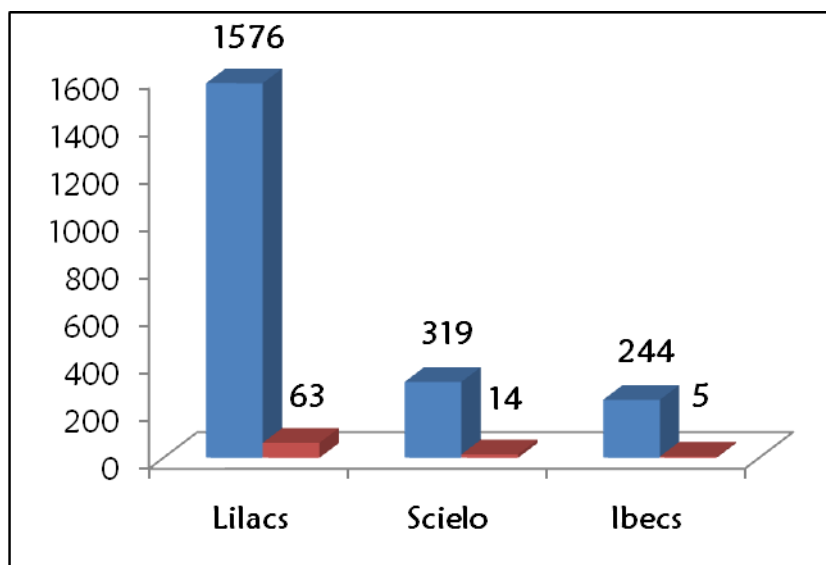
- Avaliação – sinônimo de diagnóstico de situação, métodos de avaliação, técnicas de avaliação, medição de impacto. Entre seus descritores relacionados:
 - Avaliação de programas e projetos de saúde – processo cuja finalidade é a determinação sistemática e objetiva da relevância, efetividade e impacto de políticas públicas, programas e projetos de saúde. O objetivo da avaliação é o de aperfeiçoar os programas e projetos, no sentido de orientar a distribuição de recursos humanos e financeiros.

- Avaliação em saúde – processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.
- Educação – usado para educação, programas de treinamento e cursos nos vários campos e disciplinas. Usado também para treinamento de grupos de pessoas. Inclui ensino, currículo e cursos.
- Educação continuada – programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional avançada. Cursos formais ou informais para o avanço ou para por em dia os conhecimentos; inclui cursos de atualização.
 - Educação em saúde – educação que objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente. Educação do público em geral ou de indivíduos; educação dos pacientes dentro e fora do hospital; educação do paciente como assunto.
 - Saúde – estado do organismo quando funciona otimamente sem evidência de doença.

Foram consultados os bancos de informações bibliográficas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificando a concentração de sua distribuição: (1) em diferentes combinações dos descritores relacionados nas pesquisas para subsidiar bases de dados e (2) no tempo, especificamente na correlação entre Avaliação e Educação em Saúde.

O universo pesquisado foram os artigos publicados em periódicos indexados pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), nas três principais bases de dados sob a classificação Ciências da Saúde em Geral: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Este tipo de seleção apresenta algumas limitações, como o fato de que nem toda a produção brasileira é publicada em português, assim como parte da produção em português não é de autores brasileiros e de que há publicações que não estão indexadas nessas bases. Desse universo, foram selecionados textos por meio de duas buscas: (1) cruzando-se Avaliação, Educação e Saúde; e (2) entrecruzando Educação Continuada, Educação em Saúde e Avaliação.

Distribuição quantitativa dos estudos com a presença dos descritores Avaliação, Educação, Saúde, segundo 3 bases de informação bibliográfica



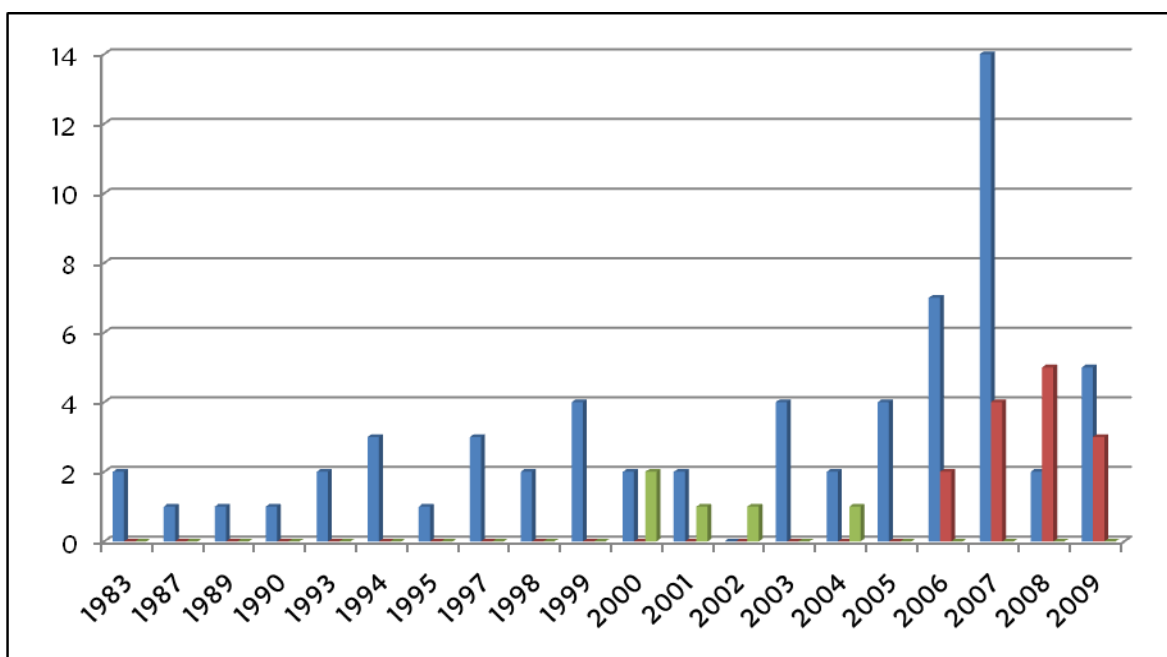
Em azul, combinação dos termos Avaliação, Educação e Saúde.

Em vermelho, combinação de Educação Continuada, Educação em Saúde e Avaliação

Fonte: AvaliaEPS, relatório final, 2009.

A leitura dos achados permite que se constate uma tendência de crescimento da produção sobre o tema da avaliação correlacionada à educação em saúde ao longo dos anos. A produção examinada foi publicada ao longo dos últimos 26 anos (1983 a 2009), buscando-se todo o período abrangido pela Reforma Sanitária, desde as Ações Integradas em Saúde (convênios firmados entre as esferas de gestão da saúde em 1984) até o Pacto pela Saúde (prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação fixados em 2008).

Distribuição temporal de estudos com a combinação dos descritores Educação Continuada, Educação em Saúde e Avaliação, segundo 3 bases de informação bibliográfica



Em azul, base Lilacs. Em verde, base Ibics. Em vermelho, base Scielo.
Fonte: AvaliaEPS, relatório final, 2009.

Os achados de informação bibliográfica permitem que se suponha a inscrição do tema educação em saúde, com ênfase na educação permanente em saúde, no discurso científico da área da saúde, no País, a partir de 2006. Tal inserção mostrou claramente um pico, o que denota a problematização científica de uma política pública e, portanto, sua relevância social. O recorte selecionado à busca da informação bibliográfica foi delimitado pela associação com o descritor Avaliação, o que agrega perfil à produção científica, o esforço de apresentar um diagnóstico de situação, considerar a implementação de métodos, medir impactos possíveis ou eventuais, constatar processos, tomar representações, dimensionar implementação ou conhecer os movimentos da educação em saúde.

Mesmo que se considere o aumento de publicações, supondo-se com isso que houve também ampliação de debates a respeito da avaliação da educação na saúde, muitas dúvidas e expectativas são colocadas por diferentes atores:

... de qual avaliação se fala mesmo? Avaliação parece que sempre causa um desconforto. Uma porque procura os impactos. Outra porque busca um “como deveria”: caminhada objetivando, em última instância, a melhoria na atenção à saúde. Constante acompanhamento de caminhadas? Na atenção, é para que se busque a escuta qualificada e singularizada, mas em

geral, acontece a cobrança pelo número de atendimentos. Como lidar com este tipo de viés?! (estudante1)

... essa avaliação poderia ser para a mudança. Todos aqui têm condições de mudar as condições dos serviços, da formação... Avaliação como bifurcação: pode olhar pra traz e pode olhar pra frente. Pode corrigir erros e pode mudar de rumos. Pensar em melhorar a atenção? A educação norteia e avaliação é a vontade de nortear a educação... (usuário)

... é possível contemplar todos os agentes? E se for, como é que fica? Como faz? Lá na Residência, por exemplo, nem sempre o gestor, o estudante, o proponente e os objetivos se falam... (residente)

... mas tem necessidade de compor com os diferentes movimentos, compor o automonitoramento e a auto-implicação, ou melhor, com a mesma análise de implicação, produzir os pontos de referência. (docente/pesquisador)

... diferentes linguagens em diferentes segmentos, mas há que se manter o desejo de seguir falando com outros, justamente porque há que se propor a diversidade de vozes e de segmentos. (docente/pesquisador)

... a avaliação fala de alguma coisa que está em produção. Pra compor um instrumento, quais são os atores? Quais as direcionalidades? (docente/pesquisador)

... como potencializar a avaliação e, de alguma maneira, abrir pra inclusão? Em Rio Branco, de 3 em 3 meses se avalia, mas daí se conclui que o “BLGCT” tá baixo, mas o que isso significa para o usuário? Seria legal institucionalizar práticas de participação. (gestor municipal)

... se não ficar claro onde queremos chegar, os objetivos em comum, cada ator vai pra uma direção. Por causa disso, é que às vezes a avaliação mostra somente uma perspectiva... Às vezes as avaliações mostram o valor gasto em medicamentos, mas o que isso significa pra população não aparece... (docente/pesquisador)

... são muitas as propostas de curso e parece que não se consegue ver o que é comum. Ainda cada um puxa pra um lado. Mas na hora de avaliar, tem que achar algum objetivo em comum, senão você vai olhar pra perspectiva de cada um, gestor, trabalhador, usuário, trabalhadores e só vai ter leitura parcial. Tem como achar o lugar comum pra poder avaliar um projeto comum? (docente/pesquisador)

Às vezes até parece que o objetivo é o mesmo, mas às vezes uma das partes é muito normativa, muito regradora e é preciso então buscar a escuta de quem são os parceiros e assegurar um fazer em parcerias. (docente/pesquisador)

... tem a necessidade de gerar documentos de avaliação, almejando a produção de novos olhares sobre avaliação. Tem muito capacitacionismo, números em massa, com avaliação baseada em valores numéricos... É isso mesmo o que queremos? (gestor estadual)

As colocações dos “falantes” destacadas principalmente a partir dos encontros das oficinas do projeto AvaliaEPS, não dizem respeito aos mecanismos de regulação gerados pela e para avaliação. O que os “falantes” enunciam é a preocupação com acompanhamento, com participação, com a composição de diversos desejos de e para a avaliação, destacando ainda a diversidade de formatos de propostas que são apresentadas para a educação na saúde. Enfim o que se deseja tornar visível e enunciável por meio da avaliação da educação em saúde e como fazê-lo para que não seja apenas um exercício regulatório, mas a produção de conhecimento e responsabilização coletiva.



5.2. Os indicadores na avaliação



Kaiser (2003) nos chama atenção de que em e para diferentes situações, é necessária a contextualização, pois aquilo que em um contexto é um requisito fundamental na formulação de indicadores, pode não funcionar tão bem em outra situação. Do mesmo modo que Bertolin afirma as alterações no significado e a variância em maneiras de conceituar qualidade – ou até por isso mesmo – é que os diferentes contextos, motivos, interesses e usuários podem propor requisitos distintos na e para a produção de indicadores.

Os requisitos apresentados por Kaiser, são propostos a pensando a produção de uma política internacional de avaliação do ensino superior liderada pela Unesco, a “Unesco World Declaration on Higher Education”, que por sua vez, é parte integrante do projeto intitulado HIGHER EDUCATION IN THE TWENTY-FIRST CENTURY, cujo objetivo principal é a produção de indicadores para o acompanhamento e a avaliação do ensino superior de larga escala. No seminário realizado em Hiroshima, Japão, participaram países como Alemanha, França, Polônia, Romênia, África do Sul, China, Japão, Estados Unidos e Austrália e os debates contemplaram o estado da arte em avaliação da educação nestes países, suas principais conquistas e dificuldades na e para a formulação de estratégias de avaliação nacionais e internacionais.

Como base para os debates, são destacados oito elementos constitutivos da educação superior: Equidade de acesso; ampliação da participação e promoção do papel das mulheres; avanço na produção de conhecimentos por meio de pesquisa na ciência, artes e humanidades, com divulgação de resultados; orientação para a relevância; estreitamento da cooperação com o mundo do trabalho visando analisar e antecipar as necessidades da sociedade; diversificação visando a ampliação da equidade e de oportunidades; inovação para o acesso a educação; promoção do pessoal e de estudantes como atores principais do ensino superior. É com base

nestes elementos e pensando na formulação de indicadores que pudesse mostrar os principais avanços e os impasses de um sistema de educação superior de caráter internacional que os requisitos a seguir são debatidos:

Indicadores devem possuir elementos quantitativos: O contorno do projeto “Unesco World Declaration on Higher Education, pede por informações quantitativas”, afirma Kaiser. Por outro lado, o autor destaca que algumas questões são dificilmente quantificadas, ou ainda, quando o são, descaracterizam as evidências destacadas pelo indicador. E, conclui que a produção de informações de caráter qualitativo somadas as informações quantitativas “é crucial para o monitoramento do processo do World Declaration (Kaiser, 2003, p. 27).

Indicadores devem ser pertinentes: O indicador deve medir o fenômeno ao qual se refere. No caso do projeto da UNESCO WORLD uma dificuldade adicional é o fato de se construir indicadores comuns para realidades (países) distintos.

Indicadores devem ser de fácil compreensão: Além de serem pertinentes, os indicadores devem ser compreendidos com facilidade por diferentes tipos de usuários. Resulta improdutivo se os indicadores produzem dúvidas ou permitem várias interpretações.

Confiabilidade: Os dados subjacentes devem ser confiáveis. Se a medição for repetida, o resultado deve ser idêntico.

Indicadores devem ser construídos por agrupamentos: “Indicadores apontam diferentes aspectos de um mesmo fenômeno. A combinação de informações pode gerar uma imagem mais real do fenômeno”, afirma Kaiser (2003, p. 32)

Indicadores devem ser oportunos e contemporâneos (Bertolin expressa como “immediatez”). Se o tempo decorrido entre a coleta de dados, a produção de informações e a análise dos indicadores for muito extenso, a avaliação será, no mínimo, devassada e, relação ao contexto ao qual se refere. Como afirma Kaiser (2003, p. 33): “Um indicador deve produzir informações atualizadas. Em muitas estatísticas – e avaliações – o tempo decorrido entre o evento e a avaliação dos dados é relativamente longo (de três a quatro anos)”. O autor chama a atenção de que, nestas circunstâncias, a avaliação como ferramenta para tomadas de decisões pode ser imprecisa ou distorcida.

Indicadores precisam ser viáveis. A busca e a captação de dados, a produção de informações e a análise dos indicadores necessitam de viabilidade. Custo elevado, ausência de

matérias e fontes de pesquisa e coleta de dados, demora excessiva, tornam o uso dos indicadores e a própria avaliação inviável.

Indicadores precisam ser estratégicos ou prospectivos. No caso específico do projeto Unesco World, Kaiser destaca a necessidade de produzir indicadores que possam refletir mudanças e o desenvolvimento na educação superior. Neste sentido, além de evidenciar os principais ganhos ou realizações, os indicadores também precisam mostrar tendências e potencialidades.

Indicadores devem ser relevantes para os usuários. Kaiser destaca a importância de gerar indicadores que possam ter utilidade e comenta que “um indicador somente será utilizado se o seu foco apontar aspectos considerados importantes para os usuários. Neste sentido, é primordial gerar redes de conversação, ampliando a diversidade e a participação de diferentes usuários, como gestores, pesquisadores, estudantes, usuários, de modo a produzir indicadores e avaliações implicadas com as demandas e produções de diferentes setores.

A partir da pesquisa realizada tendo como referência os indicadores da OCDE e da Unesco, Bertolin enfatiza que “o desenvolvimento de um sistema de indicadores, deve seguir metodologias sistêmicas, válidas e confiáveis” (Bertolin, 2007, p. 175). Por meio de autores como Garcia (2000), Navarra (2004), Bottani (1998) e James (2003) Bertolin traça um panorama a respeito de sistemas de indicadores e destaca o que considera o que define como consenso na produção de indicadores “úteis e confiáveis” (p. 174), como: Relevância e significância; imediatez; validade e confiabilidade; exequibilidade; perdurabilidade concluindo que “um indicador é entendido como um elemento informativo” relativo a atributos ou componentes ou ainda características do sistema de educação e que se orienta no sentido de operar como “fundamento para elaborar juízos de valores” (Bertolin, 2007, p. 174 e 175).

Os indicadores da OCDE e da Unesco são analisados por Bertolin de acordo com uma visão de sistema, na qual o autor enfatiza “entradas e/ou recursos; processos e saídas e/ou resultados”. Com relação aos indicadores da OCDE (2002), Bertolin destaca a apresentação de “uma lista de 33 indicadores, sendo 14 relativos aos resultados da aprendizagem, 06 sobre recursos econômicos e humanos; 06 de acesso a educação, participação e promoção e 07 de contexto pedagógico e organização escolar” (2007, p. 181).

Com relação aos indicadores da Unesco, Bertolin destaca que, inicialmente é realizada uma compilação de prioridades a partir do documento intitulado “Framework for priority

action for change and development of higher education” – documento produzido pela Conferencia Mundial de Educação Superior da Unesco, realizada em 1998. A partir das prioridades indicadas no referido documento, são definidas quatro áreas de prioridade, com diferentes subcategorias, sendo que para cada uma das subcategorias são listadas ações e metas com possíveis indicadores (Bertolin, 2007, p. 186). As áreas de prioridade definidas são: Indicadores de quadro referencial que suporta as políticas e os desenhos de políticas; indicadores de financiamento da Unesco-Cepes; indicadores de níveis apropriados de participação, acesso e retenção da Unesco-Cepes e; indicadores de resultados econômicos e sociais da Unesco-Cepes.

Em 2004, Orozco e Cardoso publicam o documento Unesco/IESALC – RAP²³ (Unesco/IESALC – Reporte de Autoevaluacion de Programa) como proposta de orientação para que as instituições de ensino superior da América Latina possam elaborar a sistematização de auto-avaliação, de modo a permitir o acompanhamento de sua caminhada e “maturidade” acadêmica. O documento é resultado de uma ampla consulta a diversos modelos, dos quais são destacadas pontos comuns e distinções, de modo a gerar um esquema que pudesse servir e orientar a auto-avaliação e a acreditação de instituições de ensino superior. A proposta da Unesco é de que o esquema construído possa/pudesse avaliar os programas considerando certas características, que por sua vez, “tornassem visível sua qualidade”. As características, neste sentido, expressam qualidades essenciais aos programas de formação. Afirmam os autores que “o objetivo central da proposta é propiciar uma aprendizagem institucional, como marco de exercício da autonomia responsável” (p. 08).

O documento afirma três conceitos básicos: qualidade, serviço público e efetividade. A qualidade é compreendida como “o grau de consistência entre a missão e a prática da instituição ou programa acadêmico”; o conceito de serviço público se refere a uma “propriedade do serviço educativo” e que, como um bem público, mesmo as instituições privadas que o exercem devem prestar contas e “obedecer as políticas existentes em cada país”; sendo efetividade a “capacidade da instituição e do programa para cumprir os objetivos aos quais se propõe, procedendo com a máxima otimização dos meios e recursos que dispõe”. (p. 09).

²³ O documento na íntegra pode ser acessado no endereço: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001374/137458so.pdf>

O relatório de auto-avaliação da Unesco/IESALC propõe a organização do processo de auto-avaliação segundo características, fatores, variáveis e indicadores. As características, neste caso, são definidas como o que expressa os atributos de qualidade e excelência, correspondendo a uma propriedade que é desejável para a instituição ou programa, sendo que é esperado que uma determinada característica se cumpra ou se satisfaça, em alguma medida ou em algum grau. As características, por sua vez, estão agrupadas em fatores que correspondem a aspectos gerais e relevantes ao programa. Os fatores definidos pelo Unesco/IESALC são: projeto institucional, estudantes e professores, currículo, bem estar institucional, organização e estrutura do programa, egressos e impactos sobre o meio, recursos físicos e financeiros. As variáveis são dimensões, descritores das características, de modo que os valores de cada variável possam oferecer uma idéia clara a respeito da característica. Por exemplo: O fator “projeto institucional” tem três variáveis: “existência de missão e visão claramente formuladas; existência de mecanismos de difusão e discussão; possibilidade de avaliar a correspondência entre a missão e os possíveis ganhos institucional”.

Além das variáveis, cada característica é medida, sempre num sentido amplo, por meio de indicadores. Estes são os referentes empíricos das variáveis, de modo que a observação de um indicador permita emitir um juízo a respeito da qualidade e da excelência das variáveis e, conseqüentemente da característica em questão. Por exemplo: fator – “projeto institucional”, variável – “existência de missão ou visão claramente formulada”, indicador – “documentos institucionais nos quais se expressam a missão e a visão da instituição”. A proposta de relatório de autoavaliação da Unesco apresenta ao final, mais de 110 variáveis e um número ainda maior de indicadores.

No Brasil, cuja gestão do sistema de avaliação compete à Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – Conaes, com apoio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, vigora, desde 2004, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – Sinaes, com a finalidade de avaliar a qualidade da educação superior, a expansão da oferta, o aumento da eficácia institucional e a efetividade acadêmica e social, com ênfase no compromisso e na responsabilidade social das Instituições de Ensino Superior, valorizando sua missão pública, a promoção de valores democráticos, o respeito às diversidades e às diferenças, a autonomia e a identidade institucional, conforme afirma o Art. 1º, §1º da Lei 10.861, de 14/04/2004, que cria o Sinaes.

O Sinaes se compõe da avaliação das Instituições de Educação Superior, englobando a auto-avaliação (a cargo das Comissões Próprias de Avaliação de cada IES) e a avaliação externa (feita por comissões designadas pelo Inep, segundo diretrizes estabelecidas pela Conaes); da avaliação dos cursos de graduação e; da avaliação de Desempenho dos Estudantes.

Para a avaliação externa das IES, o Sinaes agrupa dimensões, indicadores e grupos de indicadores. São definidas dez dimensões: Missão e plano institucional, Políticas de ensino, pesquisa e pós-graduação, Responsabilidade social, Comunicação com a sociedade, Políticas de pessoal, Organização e gestão institucional, Infra-estrutura física, Planejamento e avaliação, Políticas de atendimento aos estudantes e, Sustentabilidade financeira.

O Sinaes define dimensões como “agrupamentos de grandes traços ou características referentes aos aspectos institucionais sobre os quais se emite juízo de valor e que, em seu conjunto, expressam a totalidade da instituição” (p. 24). Assim, uma dimensão como “responsabilidade social” se refere às possíveis contribuições e impactos da instituição formadora com o conjunto da sociedade e, no caso do Sinaes se relaciona com políticas e práticas de “inclusão social, desenvolvimento econômico e social, defesa do meio ambiente, da memória cultural, da produção artística e do patrimônio cultural” (SINAES, 2006, p. 41).

Cada dimensão é analisada de acordo com indicadores e grupos de indicadores. Os grupos de indicadores são definidos como “conjunto de características comuns usadas para agrupar, com coerência e lógica, os indicadores. Entretanto, não são objetos de avaliação e pontuação”. Já os indicadores, “representam algum aspecto ou característica da realidade que se pretende avaliar. Expressam algum aspecto da realidade a ser observada, medida, qualificada e analisada”. No caso da Dimensão “responsabilidade social”, os grupos de indicadores apontam para as políticas institucionais e para as atividades de ensino, pesquisa e extensão e os indicadores buscam observar, qualificar, mensurar aspectos como o “compromisso da IES com programas de inclusão, ação afirmativa, inclusão digital”, bem como a responsabilidade social no ensino, na extensão e no caso de produção de pesquisa, é um indicador opcional para Faculdades e Centros Universitários.

De acordo com a definição do Sinaes, “indicadores são evidências concretas de um atributo que caracterizam a realidade de determinado aspecto institucional”, destacando que da perspectiva da regulação do sistema de ensino superior, “denotam a presença (em diferentes graus) de elementos básicos ou mínimos para a sua existência e funcionamento”.

Por outro lado, da perspectiva da avaliação, os indicadores “devem permitir a apreciação do nível ou qualidade da ação desenvolvida tendo em vista os referentes estabelecidos” Os indicadores, portanto, “explicitam elementos que, para além da presença, denotam condições, relações, interações, aplicações e dinâmicas resultantes de um projeto de instituição e de formação que asseguram a qualidade das práticas e atividades desenvolvidas”. Implicam, portanto, na “percepção de elementos subjacentes que, ao mesmo tempo, transcendem as condições objetivas da realidade/cotidiano da instituição, expressando valores e intenções que ela busca consolidar” (SINAES, 2006, p. 23 e 24).

Para a OPAS (2001) e para a Rede Interagencial de informações para a saúde – RIPSAs (2002), os indicadores são definidos como medidas-síntese que apresentam informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde e que, vistos em seu conjunto, devem espelhar a situação de saúde da população ao qual se referem.

Sua construção pode variar, conforme afirmam os documentos, desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. Os documentos apontam que a qualidade de um indicador depende de algumas de suas propriedades, entre as quais destacam as propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e a precisão dos sistemas de informação empregados.

Os principais atributos dos indicadores, conforme a OPAS (2001) são sua validade, compreendida como a capacidade de medir o que se pretende e confiabilidade, definida como a capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. A OPAS define ainda como atributos de um indicador válido para o sistema de saúde: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). É desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde. Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a integridade (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios).

Kaiser e Yonezawa (2003) afirmam: “Não há uma definição final e absoluta para o que seja um indicador e destacam a descrição de Johnstone para quem um indicador é ‘algo

que expressa uma impressão geral, com mais ou menos precisão – algo que fornece uma ampla indicação do estado de uma situação investigada” (citado por Kaiser e Yonezawa, 2003, p. 31). Kaiser (2003) usa sua própria definição de indicadores estratégicos como prospectivos, ou seja como algo que informa sobre “como o sistema deverá ser no futuro”. Ou seja, esse tipo de indicador deve se orientar (se referir) às mudanças e as tendências de um sistema de educação.

Segundo Richard James (2003), é bastante “improvável que todos os indicadores em nível de sistemas educacionais satisfaçam a todas as exigências prévias, mas deve se procurar que eles compartilhem algumas virtudes, tais como serem suficientemente provocativos e relevantes; serem capazes de definir o que é importante para diferentes nações e sistemas; serem capazes de mensurar qualidades em nível de sistemas mais do que em nível institucional; serem de fácil interpretação para todos os stakeholders e serem suficientemente detalhados para revelar pequenos desenvolvimentos no tempo” (James, 2003; Bertollin, 2007;).

Ainda que se chegue a um consenso (provisório, talvez) da avaliação como arte de emitir juízo de valor a respeito de alguma situação, ou ação ou programa, ainda cabe questionar o que está sendo avaliado, para que, por quem e como. Juntam-se a estas questões, o que Kaiser (2003) chama de contexto – que por si só já implica em pluralidade e diversidade de situações de vida, sejam de ordem econômica, cultural, social. Por mais que se fale no fenômeno da globalização, ainda há que se considerar as diversidades sociais nas quais as populações e cada pessoa se constitui e vive. Parece dado como certo que o que está difundido de maneira globalizada é a lógica capitalística em sua maneira de ordenar a produção e as relações econômicas, seja entre nações, seja entre indivíduos.

A partir dos exemplos citados anteriormente e ainda que seja apenas numa visão panorâmica, chama à atenção, em primeiro lugar a magnitude das propostas de avaliação e do que se deseja avaliar. Se nos referirmos somente à educação superior brasileira temos aí o acompanhamento e a avaliação de mais de 2.310 instituições de ensino superior, conforme ilustrado nas tabelas a seguir e considerando o período (2000 – 2005):

IES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
IES Públicas	176	183	195	207	219	236
IES Privadas	1.004	1.208	1.442	1.652	1.801	2074
Total de IES	1.180	1.391	1.637	1.859	2.020	2.310

Fonte: Inep/MEC – consulta em 05/01/2010

São Universidades, Faculdades e Centros Universitários compoendo um universo no qual se constatam singularidades que incluem climas, sotaques, expressões, culturas, valores, padrões econômicos, familiares e sócias com grande variação. Há populações que vivem a beira mar, em grandes centros urbanos, com temperaturas médias de 30°C, ou em regiões áridas do nordeste, onde a chuva é bem-vinda e acolhida com satisfação. Há também aqueles que vivem em cidades que médias, sujeitas a neve dos invernos do sul e as tremendas variações climáticas. Temos pobres, ricos, quase pobres e quase ricos, os que plantam, os que pescam, aqueles que trabalham em indústrias ou, no setor privado, ou ainda nos serviços públicos. Num mesmo Estado do país encontramos uma diversidade de existências. Se você viajar pelo Rio Grande do Sul, por exemplo, vai acompanhar que mudam, desde as temperaturas até as vestimentas e os modos de se expressar. Longe de ser um problema, estas são características de composição, são produções singulares que demandam também práticas singulares de formação e de avaliação. Uma universidade como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem mais de 100 cursos, contando apenas os de graduação, que por sua vez, são o principal objeto de avaliação do Sinaes. Imagine agora a produção de práticas de avaliação de cunho internacional, como as propostas da Unesco e da OCDE. Coloca-se o desafio de avaliar considerando, por exemplo, as distintas versões para qualidade que possam estar em vigência, como nos alerta Bertolin (2007), Leite, Tutikian e Holz (2000), Bosi e Mercado (2006). Soma-se a este desafio a produção de sistemáticas de avaliação que possam, por um lado, destacar aspectos comuns – sem produzir uma homogeneidade totalitária ou uma regulação estatal, e por outro lado, considerem as singularidades locais e regionais – sem reproduzir guetos e micro-guetos da produção de conhecimento, ou a ausência completa de qualquer acompanhamento, ainda que interno.

Por outro lado, numa perspectiva um pouco menos panorâmica, destacam-se características desejadas da educação superior. O trabalho da Unesco World Declaration on Higher Educations destaca a equidade de acesso e de oportunidades, a relevância social e aproximação com o mundo do trabalho (o que não necessariamente implica em aproximação

com a sociedade...) como elementos ou grandes grupos de dimensões constitutivos da educação superior do século XXI. Para o Unesco/IESALC (Orosco e Cardozo, 2004), são considerados aspectos como projeto da instituição, acompanhamento de egressos e impactos na sociedade. Embora inicialmente não expresse preocupação com a sociedade de entorno, os indicadores dão evidências do que pode ser considerado como aproximação com a sociedade. No fator designado como “egressos e impactos sobre o meio” (Orosco e Cardozo, 2004) as variáveis definidas propõem a existência de políticas institucionais específicas, cuja orientação seja no sentido de exercer influência sobre o meio (o que talvez não seja a mesma coisa que integrar-se, misturar-se ou dobrar-se com o “fora”); que sejam reconhecidos os efeitos desta influencia, por parte de órgãos governamentais ou não. Uma terceira variável considera se a instituição ou programa oferece informações ao seu entorno, de modo que organizações e grupos interessados possam estabelecer relações de cooperação mútua e, por fim a quarta variável proposta é se a instituição ou programa dispõe de algum sistema de informações a respeito de seu entorno, quem o compõem, quais são suas demandas e qual percepção que possuem a respeito da instituição ou programa.

Para estas variáveis, são designados quatro indicadores. Dois deles destacam a existência de informação comprovável ou verificável a respeito: 1) de políticas institucionais no sentido de operar influências sobre o entorno e 2) dos mecanismos utilizados pela instituição ou pelo entorno de modo que se possa conhecê-lo e à sua percepção a respeito do trabalho universitário. Um terceiro indicador pergunta a respeito de evidências (nos últimos cinco anos) relativas ao trabalho realizado pela IES em seu entorno e, um quarto indicador questiona se a IES avalia os efeitos de suas ações, de modo a incrementá-las, modificá-las ou ainda suprimi-las.

Estas variáveis e seus indicadores traduzem a noção de que deve ou deveria haver algum tipo de relação entre o trabalho acadêmico e universitário e a sociedade na qual se localiza a IES destacando a importância de que haja algum tipo de interação entre sociedade e educação superior e das formas desta interação. Quando a Unesco indica a necessidade de que as universidades conversem com a sociedade e com o mundo do trabalho, a modalidade de avaliação, os indicadores, as questões que podem ser levantadas, variam desde uma relação onde a educação superior se adapta aos modos de produção ditados pelo modelo econômico vigente, passando pelo trabalho como um campo de estágio onde o estudante adquire algumas informações a respeito de sua área de formação e/ou produzindo uma intercessão entre serviço

e formação ou ainda entre trabalho e educação. A mesma lógica serve para pensar as possíveis articulações entre a “sociedade” e a universidade, ou melhor, entre a educação superior.

Santos (1997) nos chama a atenção de que os interesses e objetivos da educação, da formação profissional ou ainda da educação especializada e da pesquisa colidem, se chocam e se tensionam em movimentos de contradição. Para ao autor, a universidade como espaço e tempo de produção de conhecimento, de pesquisa e de formação propriamente dita, vive um período de crise em diversos âmbitos e destaca as tensões entre modos de produção e de compreensão a respeito das culturas, entre o mundo do trabalho e o mundo da educação e ainda entre produção de teoria e produção de práticas.

Como e por quem são definidos o desenho da avaliação, suas metodologias e seus instrumentos? Quais os indicadores a serem utilizados? São mais gerais, de desempenho, prospectivos, simples?

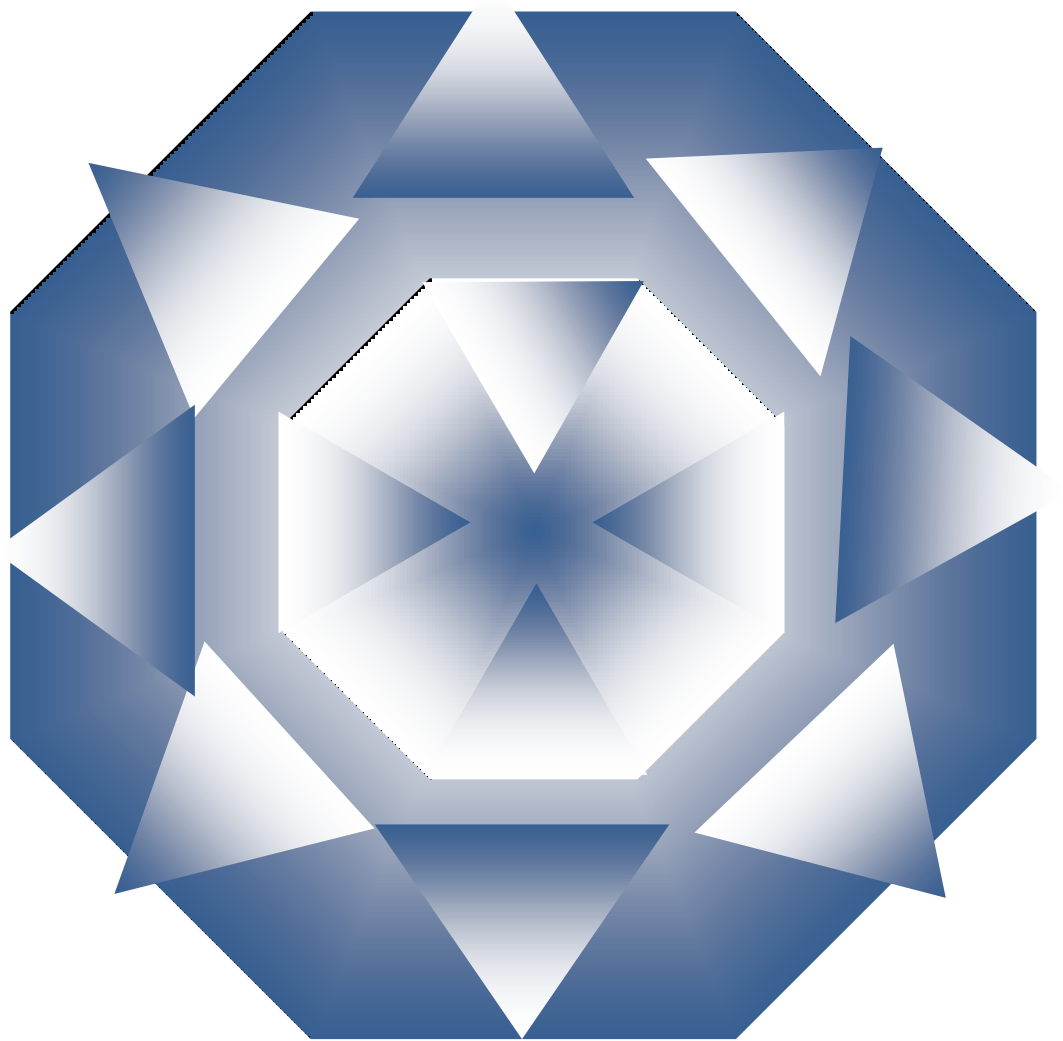
A avaliação pode ser um importante dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade pedagógica de instituições e serviços. Assim, o produto mais importante do processo avaliativo é gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativo e organizar processos coletivos de qualificação e não atribuir notas, pontos ou selos. A avaliação inscreve-se assim em um processo permanente de melhoramento da qualidade e de fortalecimento de seu compromisso social. Constitui assim a “relação triangular” proposta por Leite, Tutikian e Holz (2000) onde a pertinência social, a qualidade da formação e avaliação se entrecruzam e se potencializam. E isso, no fim das contas, também é uma opção. Política e ética...

A partir deste apanhado, pode-se afirmar que um processo avaliativo, por mais que tenha determinados pontos em comum, é sempre um processo por singularidades. Questões como o que avaliar (se uma política, ou sistema, ou curso, ou programa) e para que avaliar (medir ou verificar a qualidade, acompanhar os principais ganhos, verificar a existência de determinada produção, etc) ajudam a definir um conjunto de dimensões ou fatores ou ainda características, que por sua vez, fornecem subsídios para o agrupamento e a produção de indicadores. Certamente as experiências acumuladas ajudam a subsidiar novos arranjos que se deseje para processos avaliativos, mas parece que fica a indicação de alguns fatores importantes, como a pertinência do que se avalia e neste sentido o quanto os indicadores de fato conversam com o objeto e os objetivos da avaliação. Além disso, vale destacar a importância de que um conjunto de indicadores possa ser relevante e, ao mesmo tempo, de

fácil compreensão para os diferentes usuários. Considerando também que os indicadores e a avaliação possam mostrar sinais de mudanças, seja medindo ou contando resultados, efeitos ou tendências – na linha de indicadores “estratégicos ou prospectivos” proposta por Kaiser – temos um conjunto de requisitos ou características dos indicadores, que implicam na necessidade de compor coletivos, onde diferentes atores/usuários possam debater os rumos e os desenhos de uma avaliação desejável e isso vale para diversos contextos.

Sendo a princípio, de fácil definição como proposto por Johnstone, indicadores dizem respeito ao visível e ao enunciável de matérias, ações, movimentos e sendo assim, sua composição implica numa certa delicadeza.

Como ação ética-política, a definição de indicadores para um processo avaliativo, demanda certa prudência, como bem vem nos alerta Santos (2005, 2006). Sendo evidência de um determinado atributo, é eticamente desejável que se questione o que (quais noções, quais racionalidades e quais paradigmas) resulta na escolha por determinado atributo e quais as implicações destas escolhas. Neste sentido, os indicadores não só evidenciam, mas produzem valores com relação ao que destacam e “indicam” não só o que está em foco, mas a própria avaliação.



6. Para avaliar residências ou: queime depois de ler

A avaliação deverá ser dialógica, participativa e formativa.

Fala recorrente

Como parte das estratégias de avaliações das Residências, foi realizada seleção de avaliadores e em outubro de 2008, junto ao III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, os 90 avaliadores selecionados participaram da Oficina de Formação dos Avaliadores de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde. Por meio da oficina, os avaliadores puderam vivenciar um espaço de trocas ampliando o debate a respeito da avaliação e das Residências Multiprofissionais. A oficina teve como propósito, além de produzir trocas a respeito de concepções de avaliação, estabelecer critérios para o credenciamento dos cursos e sua realização junto ao Seminário Nacional se constituiu como uma estratégia de ampliação de participação e de qualificações dos debates. Os cinco grupos formados durante a oficina discutiram temas como concepções, metodologias, instrumentos de avaliação, as diretrizes para o processo de avaliação e o perfil dos avaliadores.

Com relação às concepções de avaliação, os grupos destacaram algumas características que consideram desejáveis ou imprescindíveis para o processo avaliativo das Residências Multiprofissionais, como a necessidade de que a avaliação não fosse finalística e punitiva, mas que pudesse funcionar no sentido de aprimorar e qualificar os cursos. Todos os grupos defendem que a avaliação seja dialógica, processual, participativa e formativa. Um dos grupos destaca que a avaliação elabora um produto analítico e interpretativo para o aperfeiçoamento dos programas de Residência, não se esgotando em si mesma, mas podendo funcionar como dispositivo.

Por outro lado, outro grupo destaca que na sua perspectiva, a concepção de avaliação, tem uma histórica origem de controle, dentro de uma abordagem punitiva e que nesse contexto, a função dos avaliadores precisa ser repensada para que seja ressignificado no sentido de ser um agente social orientador/colaborador. Para os grupos de avaliadores, de modo geral:

O papel do avaliador não está relacionado a uma avaliação neutra. Mas sim daquele que está implicado com o processo de avaliação. Neste sentido, não como alguém externo ao processo, mas aquele que irá compô-lo, auxiliando no repensar a formação no local que visita, contribuindo para seu avanço.

Para se inserir no processo de avaliação que se propõe, é preciso que os avaliadores pensem primeiramente os processos que tem disparado ou participado, para os ressignificar. Ou seja, repensar suas práticas para possibilitar o processo avaliativo não punitivo.

O avaliador não tem que ser o “julgador” se o processo for construtivista. Avaliação não deve ter o “olhar” reprovativo e o avaliador deve acompanhar a relação ensino-aprendizado.

Também é destacado pelos grupos, que a avaliação possa ser uma mescla, uma mestiçagem de processos, incluindo a avaliação interna, realizada pelo próprio curso/programa, avaliação externa, construção de momentos de troca entre diferentes Residências, discussões de temas relacionados com as Residências e com sua avaliação, com realização de debates e produção de espaços de troca em cada Residência e entre cursos/programas diferentes.

Os grupos destacam ainda, que na perspectiva da participação e de que a Residência Multiprofissional necessita produzir relações orgânicas não só com os serviços de saúde, mas com a malha constitutiva do SUS, a avaliação deve prever a inclusão de diversos atores da gestão, do controle social, trabalhadores, usuários e egressos (no caso de que não seja a primeira edição do curso/programa). Além disso, os grupos destacam a importância de conhecer as relações entre a Residência e as Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES, enquanto instâncias descentralizadas e regionais de pactuação da política de formação e quais as relações entre Residência e ensino de graduação e de pós-graduação.

De certo modo, estes destaques indicam o que avaliar nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. É proposta a criação de eixos estruturantes para a avaliação, desde que não sejam “engessados”, mas que permitam olhar e entender aspectos como a oferta de vagas, a infra-estrutura, as questões pedagógicas, de realidade social, as questões políticas, os avanços e as dificuldades encontradas e produzidas pela e na Residência.

O debate realizado pelos grupos de avaliadores, a respeito das diretrizes da avaliação, apresenta pontos importantes com relação ao que deve ser avaliado:

Avaliar o fomento a pesquisa nos programas de Residência, a relação com o ensino e serviço, impacto da residência em seus locais de inserção, residência como processo de formação e educação em serviço e não, apenas, treinamento em serviço;

Considerar a referência dos projetos/programas de residência e o compromisso com os princípios do SUS;

Os projetos/programas de residência multiprofissionais ou em área profissional da saúde devem buscar atender ao princípio da integralidade;

Considerar as especificidades do perfil sócio-epidemiológico-assistencial loco-regional e a resposta desses programas às necessidades do SUS e as políticas de saúde vigentes.

A Portaria Interministerial Nº 45/2007, afirma que as Residências Multiprofissionais devem se orientar pelos princípios e diretrizes do SUS, considerando ainda as realidades e necessidades locais e regionais e elenca o que designa como eixos norteadores para proposição e composição dos Programas de Residência:

Representatividade dos cenários escolhidos para a educação em serviço, do ponto de vista da realidade social e epidemiológica;

Descentralização e regionalização de modo a contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;

Contemplar a política nacional de educação e desenvolvimento no SUS;

Integração entre ensino, serviço, gestão e população por meio de parcerias (e envolvimento) com gestores, trabalhadores e usuários;

Concepção ampliada de saúde e integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema;

Estratégias pedagógicas que incluam a produção de aprendizagens em cenários configurados em itinerários de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar e integração de saberes e práticas que permitam construir competências para o trabalho em equipe, considerando a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;

Abordagem pedagógica que considere os diversos atores envolvidos como protagonistas sociais e sujeitos ativos nos processo de ensino-aprendizagem-trabalho;

Integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde e com outros programas de Residência, incluindo as Residências Médicas e;

Monitoramento e avaliação pactuados buscando garantir que o sistema de avaliação formativa possa ser dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS.

O instrumento piloto para avaliação das Residências Multiprofissionais produzido em junho de 2009 (CNRMS, 2009), ainda que se apresentasse como piloto e porvisório, nos traz um conjunto de questões em forma de perguntas que podem ser feitas aos Programas de Residência e que levam em consideração:

1. Organização didático-pedagógica:

1.1. Aspectos gerais do Projeto Pedagógico do programa

Apresenta questões a respeito do perfil do ingressante, perfil do egresso, os objetivos do programa, a relação entre número de vagas e formação nos serviços de saúde, a integração com o sistema local e regional de saúde e o SUS e os impactos sociais na demanda de profissionais da área da saúde.

1.2. Projeto Pedagógico do programa: formação

Coloca questões relativas à matriz curricular e os conteúdos curriculares, a metodologia adotada no processo de ensino e aprendizagem, a conformação dos cenários de prática e o processo de avaliação dos estudantes residentes e do programa.

2. Corpo docente assistencial:

Neste bloco, o instrumento apresenta questões relativas à gestão do curso/programa, às características e perfil do corpo docente-assistencial, as condições de trabalho ofertadas aos estudantes-residentes.

3. Instalações físicas:

Considera aspectos como as instalações gerais dos diferentes cenários de prática, a existência e/ou acesso à biblioteca e acervo bibliográfico e a existência de instalações e laboratórios específicos para a formação.

4. Financiamento

Apresenta uma questão que é como se dá o financiamento do programa.

Com base nestes documentos, nas conversações, entrevistas, seminários, oficinas, reuniões é que se elabora a carta de navegação que apresento a seguir, com o objetivo de produzir pensamento, oferecer questões sistematizadas que possam contribuir na produção de uma inteligência coletiva a respeito das Residências Multiprofissionais em Saúde.

A narrativa dos Movimentos produzidos pode ser assim :

O Movimento', é uma releitura de diretrizes do SUS, conforme proposta do artigo 198 da constituição federal de 1988, com destaque para descentralização, atendimento integral e

participação, compondo com os eixos norteadores para organização das Residências Multiprofissionais apresentados na Portaria Interministerial n. 45 que 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. Ao fim e ao cabo, ficou parecendo uma tabela e os indicativos – nem eram indicadores – e pareciam avaliar mais o próprio sistema do que a residência.

O Movimento” agrega questões e novo ordenamento para o instrumento anterior: as questões poderiam ser respondidas em alternativas como sim, não ou em construção. Ex: Item: Participação social: questão: proposta de formação pactuada: colegiados de gestão (não, sim, em construção), comissões permanentes de Integração Ensino-Serviço (não, sim, em construção), conselhos de saúde (não, sim, em construção). Primeiro ponto de destaque: pela orientadora que afirma que é um questionário interessante, mas: primeiro, é um questionário, não são indicadores; e que muitas das questões ainda parecem se dirigir a organização do sistema de saúde e não a formação na residência. Segundo ponto de destaque: ficou muito extenso... Os falantes que chegaram a conhecer esta versão demonstraram dificuldade em ler e, certamente entender qual era mesmo a lógica. Terceiro ponto de destaque: como havia o item “em construção”, a maioria das pessoas que teve contato com esta versão, afirmou que possivelmente esta seria a opção mais escolhida no caso de algum item não estar contemplado. Ex: proposta pactuada nos conselhos de saúde: não, mas pode ser marcado como em construção; e afinal qual a imagem produzida a partir daí.

Movimento”): O documento ou instrumento é re-arranjado para 03 itens: Participação social e escuta as necessidades regionais; Gestão democrática e integração ensino, serviço, população e Produção do conhecimento. Ainda é um questionário... No entanto as opções não são mais *sim, não* ou *em construção*. Por exemplo. Item da Participação social e escuta as necessidades regionais, apresenta um subitem que é Descentralização e regionalização. As opções de respostas são quais os documentos consultados para a construção da proposta de formação: Plano Diretor de regionalização (PDR)? Pacto pela Saúde? Deliberações dos Conselhos de saúde (locais e/ou municipais e/ou regionais e/ou estadual)? Plano Municipal de Saúde? Deliberações das Conferências de Saúde (Temáticas e Gerais)? Consulta aos Sistemas de Informação em Saúde?

Este documento é debatido em oficina do projeto AvaliaEPS, e acaba por se configurar como uma espécie de cadastro de propostas de formação que integrem trabalho e educação, na

perspectiva da Educação Permanente em Saúde. Para além disso, ajuda a produzir pensamento e formulação para o que pode ser importante de ser debatido, conversado, apresentado na avaliação de propostas que desejam

No Movimento”” as questões-perguntas, dão origem a uma nova configuração. Não se tratam mais de perguntas, como em um questionário, mas da invenção de alguns indicadores que pudessem de alguma maneira produzir imagens e lançar perguntas para a formulação de residências SUS-implicadas e/ou ocupadas em produzir SUS-aprendizagens. A “carta de navegação”...

Deleuze, numa conversa com Foucault nos diz que “uma teoria é como uma caixa de ferramentas... É preciso que sirva, é preciso que funcione” (Foucault, 1998, p. 71). Em Conversações, Deleuze (1992) repete a fórmula, desta vez falando a respeito de livros como intercessores e nos propõe que o único problema no contato entre o leitor e o livro é saber se funciona ou como funciona. Nos diz Deleuze: “Como isso funciona para você? Se não funciona, se nada se passa, pegue outro livro. O mesmo proponho com relação a carta de navegação: se servir, pra produzir pensamento, use. Caso contrário, queime depois de ler.

A “carta de navegação” apresenta conjuntos de coordenadas ou marcadores relacionados com as diretrizes e princípios do SUS, com a política nacional para a educação em saúde e com a gestão acadêmica da Residência. Os marcadores, por sua vez, estão organizados em analisadores, que são questões norteadoras (ou dêis-norteadoras, se for o caso e desde que provoquem o pensamento), compostas por três camadas, fluxos de práticas pedagógicas que não são excludentes, mas com condições de composição e que indicam as possibilidades de configurar as imagens e os movimentos dos Programas de Residência.

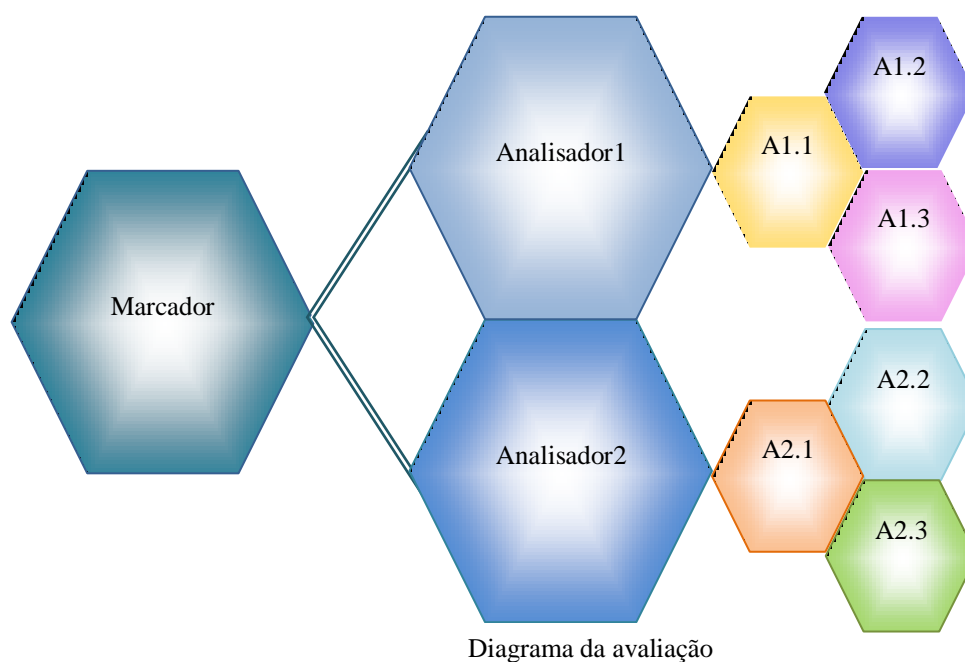
Os marcadores apresentam alguns marcos, ou marcas, relacionadas com orientações relativas ao sistema de saúde, entre os quais destacamos a descentralização e a regionalização, a integralidade como organizadora da atenção em saúde a partir do conceito ampliado de saúde, a educação permanente como tecnologia pedagógica para articulação entre trabalho e educação e, por fim a gestão da Residência que destaca aspectos formais da organização dos programas de Residência.

Cada marcador apresenta analisadores, que podem ser considerados os indicadores, ou grupos de indicadores e que apontam para questões que relacionamos aos marcadores. Cada analisador foi agrupado em três eixos que nem sempre são autoexcludentes, seja quando são lidos ou experimentados verticalmente (modo retrato) ou horizontalmente (modo paisagem).

Sempre que possível, estes agrupamentos buscam funcionar numa perspectiva de composição e não de exclusão, de *e* no lugar de *ou* e partem de pressuposto de que quanto mais as ofertas e as composições, mais, digamos, colorida e diversificada podem ser as apostas da Residência. Por outro lado, cada eixo supõe diferentes modos como um programa de Residência Multiprofissional pode estar se relacionando com cada analisador e nos momentos em que a resposta em uma coluna exclui a possibilidade de aglutinação, a tendência é que a terceira coluna contenha maiores coeficientes de desterritorialização. A título de exemplo: No analisador “Integração e articulação da Residência”, um dos eixos (eixo1) apresenta a possibilidade de que não exista integração entre Residência e graduação ou entre diferentes Residências. Outros dois eixos apresentam a possibilidade da Residência estar se integrando com a graduação ou com outras Residências e indicam os modos como isso ocorre, podendo ser uma ação esporádica ou componente da própria Residência.

O modo como está sendo apresentada a carta de navegação, corresponde a uma forma, escolhida pela pesquisadora. Posta em experimentação, a carta pode (e sugiro que deva) assumir outras formas. E assim sucessivamente...

Esquemáticamente, a apresentação da “carta de navegação” pode ser feita conforme o digrama a seguir:



Como afirma Deleuze (2006, p. 21), “nunca se sabe como uma pessoa aprende, mas de qualquer forma que aprenda, é sempre por intermédio dos signos, perdendo tempo, e não pela assimilação de conteúdos”. Neste sentido, considero pertinente tecer algumas considerações.

Espera-se, ao final do percurso de uma Residência Multiprofissional, que o residente tenha algumas ferramentas e sensibilidades que lhe permitam desenvolver o trabalho com e numa equipe. Se isso não é feito pela assimilação de conteúdos, mas pela exposição e pela experimentação de equipe, é necessário que a Residência provoque isso e oferte, de fato, a inclusão de residentes nas equipes que compõem os serviços de saúde. Os analisadores, neste caso, tentam mostrar diferentes modos como isso pode acontecer e verificar em que medida as ofertas (os convites, as experimentações) feitas pela formação, neste caso um programa de Residência Multiprofissional, são orientadas pela articulação-integração entre o trabalho e a educação. Um movimento possível é o estudante-residente participar, ainda que esporadicamente, de reuniões com os trabalhadores dos serviços. Outro movimento é assumir o profissional-residente como integrante efetivo do processo de trabalho (estamos falando de profissionais já graduados, aptos ao exercício profissional), com o mesmo grau de responsabilização que os profissionais dos serviços onde está se desenvolvendo a formação.

Por outro lado, pode ocorrer que a aposta da Residência Multiprofissional seja de trabalhar na perspectiva de linhas do cuidado, ou linhas “cuidadoras”, mas os serviços nos quais se desenvolve a formação estejam muito centrados na atenção básica ou em serviços de maior complexidade (como Unidades de Terapia Intensiva, por exemplo). Neste caso, os analisadores tentam perguntar como a Residência produz efeitos nos processos de trabalho e quais os efeitos produzidos. Assim, em algumas situações, quanto mais “verde” ou “cor-de-rosa” for a avaliação, maiores as possibilidades de integração efetiva e de produção de novidades na formação e no trabalho em saúde.

Marcador: Descentralização e Regionalização					
Analizador: Escuta as necessidades locais e regionais			Analizador: Participação social		
<p>Indica a aposta numa produção local ou articulada, com intenção/desejo de produzir redes e linhas de cuidado. Para isso a preocupação com o que ou quem foram consultados, conhecer de onde e como se produz a proposta e a demanda de formação. Considera questões do tipo: Como é a rede local? O que a compõe? Quais efeitos podem produzir a integração entre o programa de residência, (que inscreve um novo conjunto de trabalhadores aos grupos já constituídos) na rede de serviços? A formação se vincula com as singularidades locais e regionais por meio de:</p>			<p>O SUS nos indica a necessidade de participação e controle social. No entanto há vários modos como isso pode ocorrer. Podemos pensar, por exemplo, a necessidade de fazer isso reconhecendo componentes como as organizações populares e as diversas expressões locais e suas relações com a produção em saúde. As pactuações solidárias dizem respeito também a construções instituintes, não se restringindo ao que já está instituído. E responsabilização por indicar um compromisso ético com ampliação da participação e com a produção do cuidado de indivíduos e populações (uma prudência?)</p>		
E1	E2	E3	P1	P2	P3
<p>Consulta a documentos e deliberações :</p> <p>Plano Diretor de regionalização (PDR)</p> <p>Programação Pactuada Integrada (PPI)</p> <p>Conselhos de saúde (locais ou municipais ou regionais ou estadual)</p> <p>Planos Municipais de saúde</p> <p>Consulta as políticas nacionais específicas relacionadas a ênfase da Residência</p>	<p>Utilização de dados demográficos e epidemiológicos</p> <p>Problematização do contexto histórico e cultural</p> <p>Consideração do Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão</p>	<p>Identificação das redes sociais e suas relações com o campo da saúde.</p> <p>Identificação de movimentos de organização popular e artística</p> <p>Reconhecimento de dinâmicas das redes de locomoção e comunicação locais</p> <p>Consideração aos impactos possíveis da Residência nas redes locais</p>	<p>A proposta de Residência é Pactuada nos:</p> <p>Conselhos de saúde: Local e/ou, Municipal e/ou Estadual</p>	<p>Existência de convenio formalizado entre o programa e a gestão local</p> <p>Existência de convenio formalizado entre o programa e a instituição de ensino.</p>	<p>A proposta de Residência é Pactuada: No Colegiado de Gestão Regional</p> <p>Na Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)</p> <p>Em sua proposta, a Residência propõe a Construção de territórios-vivos como ferramenta analisadora das realidades</p>

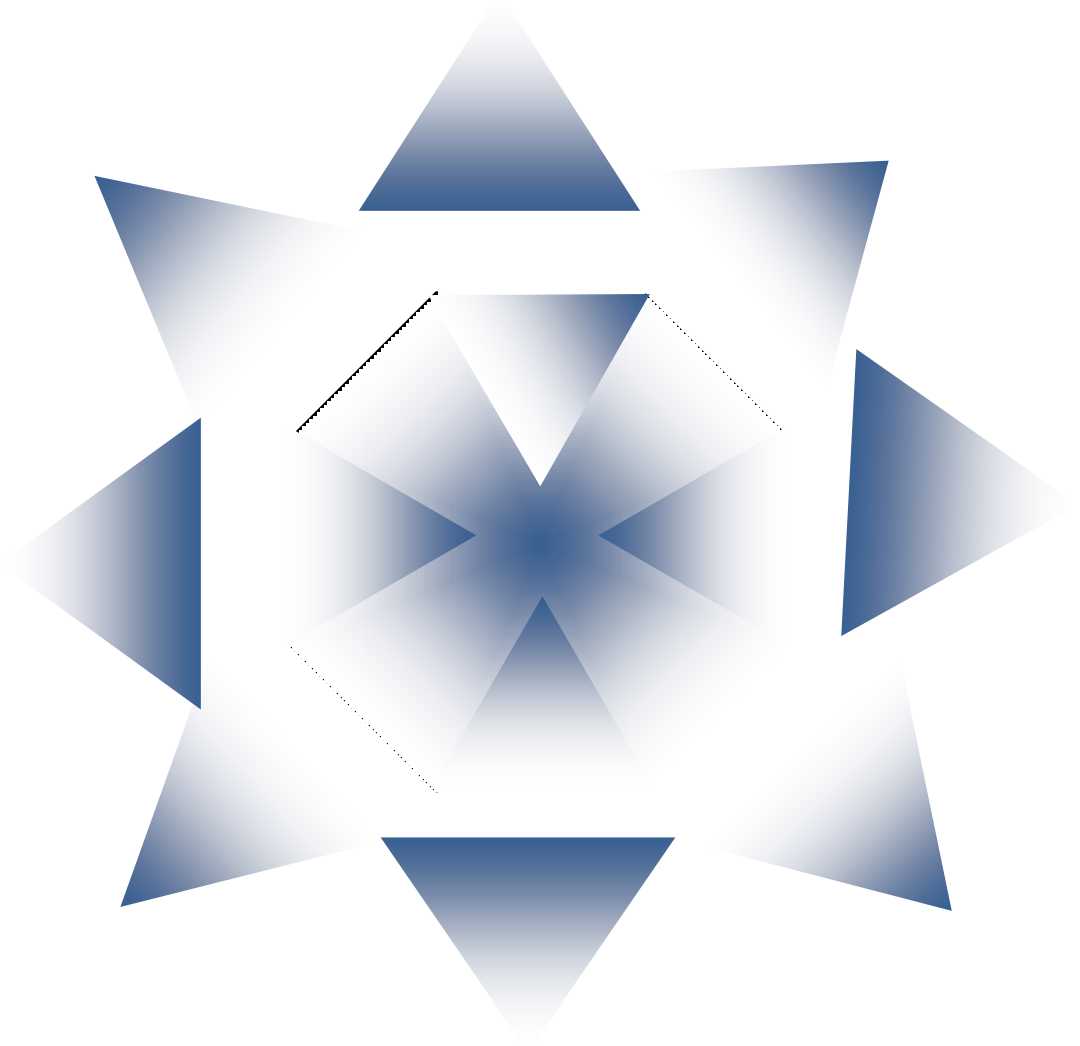
Marcador: Conceito ampliado de saúde e integralidade da atenção					
Analisador: Integração e articulação da Residência			Analisador: Produção do cuidado		
Em quais momentos e como ocorre a integração da Residência com os serviços, com outras Residências, com as diferentes esferas do SUS? São feitas reuniões? Os momentos de integração envolvem estudos de caso e/ou rotina de trabalho-formação e/ou atividades de sala de aula e/ou planejamento conjunto de estratégias de cuidado/atenção e/ou avaliação de atividades de formação e dos serviços? São realizados seminários, fóruns de debate compartilhados? Como se compõe a equipe?			Como algo que se compõe de traçados diferentes, como receber, acolher, escutar, responsabilizar, produzir linhas do cuidado. Essa produção implica também em processos de integração-responsabilização. Se não for com responsabilização, é difícil pensar em integração, sob pena de gerar saberes imprudentes, onde o usuário, “aquele/a cara” que demanda, que expõe o desejo relacionado com as maneiras de andar a vida, de se organizar de se auto-produzir, seja esquecido por algum motivo.		
I1	I2	I3	C1	C2	C3
<p>Composição da equipe considerando unicamente o grupo de estudantes residentes.</p> <p>Realização de reuniões e rodas de conversa periódicas</p> <p>As reuniões e rodas, quando ocorrem, são coordenadas por diferentes profissionais ou residentes</p> <p>As reuniões e rodas quando ocorrem tem como tema Estudos de caso, Rotina do trabalho-formação</p>	<p>As reuniões/rodas quando ocorrem tem como tema planejamento conjunto de estratégias de cuidado/atenção</p> <p>Avaliação de atividades de formação e dos serviços</p> <p>Participam das reuniões/rodas, além dos estudantes-residentes outros atores como Preceptores, Tutores, Docentes, Trabalhadores, Usuários, Gestores</p>	<p>Os residentes trabalham na perspectiva de campos e núcleos</p> <p>Os residentes compartilham responsabilidades comuns</p> <p>Os residentes têm a oportunidade de conhecer as ferramentas específicas de outros núcleos profissionais.</p> <p>Núcleo profissional opera também como campo em situações de trabalho</p> <p>Equipe de Residentes integra-se nas rotinas das equipes locais</p>	<p>Os Residentes participam do acolhimento aos usuários</p> <p>Os Residentes podem acompanhar os usuários por meio de monitoramento</p> <p>A Residência se ocupa com a reflexão a respeito de diferentes modos de acolher, diagnosticar, curar, tratar.</p> <p>Caso a inserção dos residentes seja em mais de um local, a divisão de tempo ocorre considerando unicamente o semestre e tempo de ingresso</p>	<p>Estudantes-residentes tem oportunidade de vivenciar diferentes modos de acolhimento (agendamentos chegada voluntária, reuniões com usuários, etc.)</p> <p>Os locais de “prática-aprendente” são múltiplos: Unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais, conselhos de saúde, colegiados de gestão, redes sociais dos usuários</p> <p>Caso a inserção dos residentes seja em mais de um local, a divisão de tempo ocorre considerando a complexidade dos serviços</p>	<p>A Residência promove a integração com equipes locais e produção de linhas de cuidado</p> <p>Os Residentes têm oportunidade para compreender os adoecimentos e a procura por serviços de saúde considerando as singularidades dos usuários</p> <p>A Residência possibilita ao residente a participação em ações de promoção, de reabilitação, de integração e cura de adoecimentos.</p>

Marcador: Conceito ampliado de saúde e integralidade da atenção (continuação)					
Analísador: Integração e articulação da Residência			Analísador: Produção do cuidado		
I1	I2	I3	C1	C2	C3
<p>A Residência não se articula com políticas específicas do sistema de saúde</p> <p>A Residência não se articula com:</p> <p>A graduação em área da saúde e/ou;</p> <p>A educação profissional e/ou;</p> <p>A graduação em área da educação e/ou;</p> <p>Outros programas de residência.</p>	<p>A proposta de formação possibilita ou amplia o debate a respeito de temas como:</p> <p>Ampliação e qualificação do acesso as ações e serviços de saúde;</p> <p>Organização e/ou qualificação de linhas do cuidado;</p> <p>Qualificação e ampliação da participação social;</p> <p>Compreensão da Educação Permanente em Saúde como ferramenta para a gestão.</p> <p>A Residência ocasionalmente se articula com:</p> <p>A graduação em área da saúde e/ou;</p> <p>A educação profissional e/ou;</p> <p>A graduação em área da educação e/ou;</p> <p>Outros programas de residência e/ou;</p> <p>A Residência médica.</p>	<p>Os residentes podem participar de variados fóruns e colegiados: gestão do curso, conselhos gestores, conselhos profissionais, conselhos de saúde</p> <p>A Residência se articula com:</p> <p>A graduação em área da saúde e/ou;</p> <p>A educação profissional e/ou;</p> <p>A graduação em área da educação e/ou;</p> <p>Outros programas de residência e/ou;</p> <p>A Residência médica.</p>	<p>A Residência não procura de maneira sistemática, avaliar as práticas de interação com os usuários e as implicações do programa na rede de serviços.</p>	<p>A Residência propõe a produção de projetos terapêuticos, independente de sua ênfase (atenção básica, saúde mental, UTI, oncologia, etc...)</p> <p>A Residência esporadicamente procura avaliar as práticas de interação com os usuários e as implicações do programa na rede de serviços.</p>	<p>Caso a inserção dos residentes seja em mais de um local, a divisão de tempo ocorre considerando: a produção de projetos terapêuticos singulares</p> <p>A Residência se articula com e entre diferentes níveis de atenção para a produção de linhas do cuidado</p> <p>Os locais de prática-aprendente são múltiplos em virtude da produção do cuidado.</p> <p>A Residência procura avaliar permanentemente as práticas de interação com os usuários e as implicações do programa na rede de serviços.</p>

Marcador: Educação Permanente em Saúde					
Analisador: Estratégias e ferramentas pedagógicas			Analisador: Gestão e atenção pedagógica		
<p>Produção (coletiva) de conhecimento articulada entre estudantes, trabalhadores, usuários, gestores, docentes: existência de espaços coletivos: Integração de conhecimentos e de informações Aulas conjuntas, estudos de caso, problematizações a partir do cotidiano dos serviços e das produções teóricas dos diversos atores envolvidos. A dinâmica da formação propicia a construção partilhada de saberes?</p>			<p>Os colegiados ou instancias coletivas de gestão pedagógica são responsáveis ou atuam: Exercendo a função de secretaria acadêmica (matrícula, acompanhamento dos residentes), no acompanhamento e avaliação do programa. Composição dos colegiados de gestão pedagógica. Avaliação do programa Residência dentro do campo pedagógico, como componente de aprendizagem.</p>		
FP1	FP2	FP3	AP1	AP2	AP3
<p>Os residentes têm oportunidade de visitar diversos cenários, como: Unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais, conselhos de saúde, sala de aula, colegiados de gestão, redes sociais dos usuários, laboratórios, bibliotecas</p> <p>Não existe interação entre residentes de diferentes tempos: R1 e R2</p> <p>Os temas e conhecimentos estão organizados por disciplinas.</p>	<p>Os Residentes têm oportunidade de conhecer diversos cenários, como Unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais, conselhos de saúde, sala de aula, colegiados de gestão, redes sociais dos usuários, laboratórios, bibliotecas.</p> <p>Ocasionalmente há alguma interação entre R1 e R2.</p>	<p>Os residentes têm oportunidade de interagir com e em diversos cenários, como Unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais, conselhos de saúde, sala de aula, colegiados de gestão, redes sociais dos usuários, laboratórios, bibliotecas</p> <p>Os estudantes tem integração freqüente entre R1 e R2.</p> <p>Os temas e conhecimentos se organizam a partir do cotidiano do trabalho.</p>	<p>Existência de secretaria acadêmica.</p> <p>A Secretaria acadêmica acompanha a seleção, as matrículas, presenças e avaliação dos estudantes-residentes.</p> <p>Não está estabelecido (ou suficientemente claro) o processo de avaliação do programa de residência.</p> <p>A avaliação da Residência, quando realizada é sistematizada.</p> <p>Os serviços nos quais ocorre o programa de residência conseguem acolher novos residentes.</p>	<p>Existência de instância para gestão pedagógica.</p> <p>A gestão pedagógica se ocupa: do planejamento e organização didático-pedagógica; da organização e manutenção dos espaços de formação, incluindo os cenários de “prática-aprendente”</p> <p>A avaliação da Residência é realizada ocasionalmente, sem definição de elementos, metodologia e/ou participantes.</p> <p>A avaliação da Residência, quando realizada, é sistematizada e divulgada.</p>	<p>Existência de instancias colegiadas para gestão pedagógica.</p> <p>As instancias colegiadas se ocupam de ações que englobam desde o planejamento pedagógico e a secretaria acadêmica, até a produção de estratégias para a continuidade do programa.</p> <p>A composição dos colegiados de gestão pedagógica inclui Docentes, tutores, preceptores, estudante-residente, usuários, gestores, trabalhadores.</p>

Marcador: Educação Permanente em Saúde (continuação)					
Analísador: Estratégias e ferramentas pedagógicas			Analísador: Gestão/atenção pedagógica		
FP1	FP2	FP3	AP1	AP2	AP3
<p>Não existem estratégias de educação permanente de preceptores, tutores ou docentes.</p> <p>Articulação teoria – prática: experimentação o pela exposição de teoria</p> <p>Ferramentas ofertadas durante a formação dos residentes: Problematizações, Estudos de caso, Mapas analíticos, Mapas falantes, Fluxogramas analisadores, familiogramas, ferramentas dos núcleos profissionais, diagnósticos situacionais, EAD, planos de intervenção, cenários de práticas expressões artísticas e culturais, narrativas de práticas.</p>	<p>Os temas e conhecimentos estão organizados por módulos temáticos ou por unidades de aprendizagem considerando campos e núcleos.</p> <p>Os temas abordados durante a formação permitem reflexão sobre as práticas cotidianas</p> <p>Fornecem subsídios para a elaboração de projetos de intervenção com a prática</p> <p>Apresentam coerência e consistência com os objetivos da formação</p> <p>Articulação teoria – prática: Teorização a partir da experimentação</p> <p>Existência de estratégias de educação permanente de preceptores e de supervisores</p>	<p>Estratégias pedagógicas pensadas em nas dimensões da gestão, da participação, da atenção e da formação</p> <p>Produção de conhecimento a partir dos vetores da gestão, da participação, da atenção e da formação.</p> <p>As atividades realizadas nos múltiplos cenários do processo de formação são acompanhadas continuamente</p> <p>Existência de estratégias de educação permanente de preceptores e de supervisores, incluindo a realização de Atividades conjuntas.</p> <p>Articulação teoria – prática: Centralidade nos processos de trabalho</p>	<p>Os requisitos para ingresso no programa de residência estão definidos.</p> <p>A seleção se dá por meio de seleção pública e se compõe de prova individual escrita, objetiva e análise de documentação (diploma reconhecido pelo MEC e inscrição nos conselhos profissionais)</p> <p>A avaliação dos estudantes-residentes é periódica e privilegia a realização de provas e trabalhos escritos.</p>	<p>A rede de serviços consegue acolher e se integrar com o programa de residência.</p> <p>Os requisitos para ingresso são definidos e consideram a ênfase específica do programa de residência.</p> <p>A seleção se dá por meio de seleção pública e se compõe de um conjunto de materiais, além de provas escritas (como memorial e/ou carta de intenção e/ou entrevista individual e/ou entrevista coletiva.</p> <p>A avaliação dos estudantes-residentes é periódica, e se compõem de instrumentos diversificados, desde provas até projetos de intervenção e análise da prática.</p>	<p>Existência de uma política de avaliação do programa de residência de maneira continuada e participativa</p> <p>Existência de instrumentos formais para o acompanhamento e avaliação do programa de residência</p> <p>A rede de serviços – incluindo as redes sociais – estão implicadas com a continuidade do programa e o programa está implicado com a qualidade dos serviços.</p> <p>Os requisitos para ingresso são definidos e consideram a a realidade local onde se desenvolve a Residência.</p> <p>A avaliação dos estudantes-residentes é periódica, composta por diferentes instrumentos, sendo estratégia de acompanhamento do percurso de aprendizagem.</p>

Marcador: Gestão do programa de Residência		
Analisador: Aspectos organizativos do programa de Residência		
Existência de registros da Residência, como Projeto Político Pedagógico; Materiais de apoio didático e biblioteca e/ou acervo disponível. Existência de instalações para os estudantes-residentes (sala de apoio e/ou de reuniões, locais de descanso)		
OR1	OR2	OR3
<p>Existência de registros – Projeto Político Pedagógico e/ou Regimento e/ou Projeto Pedagógico Institucional:</p> <p>Existência e/ou acesso aos estudantes-residentes de biblioteca e de bibliografia:</p> <p>Existência de instalações para docentes, tutores e preceptores (sala de reuniões e/ou de professores):</p> <p>Dimensionamento da carga horária – conforme as pactuações vigentes: 60 horas por semana: 80% trabalho, 20% teórico</p>	<p>Existência de registros – Projeto Político Pedagógico e/ou Regimento e/ou Projeto Pedagógico Institucional explicitando objetivos, perfil de egressos, temáticas e dinâmica da formação.</p> <p>Materiais disponíveis atendem áreas envolvidas no programa, acervo atualizado</p> <p>Existência de equipamentos de informática, com acesso a internet: Caso a resposta seja “sim” ou “ocasionalmente”, qual a proporção de estudantes/computadores: ____/____</p> <p>Existência de instalações para docentes, tutores, preceptores para realização de trabalhos, reuniões (sala de apoio e/ou reunião)</p>	<p>Existência de registros – Projeto Político Pedagógico e/ou Regimento e/ou Projeto Pedagógico Institucional explicitando objetivos, perfil de egressos, temáticas e dinâmica da formação, bem como análise da rede de serviços, impactos do programa de residência na rede e estratégias para continuidade da formação.</p> <p>Acervo próprio do programa de Residência, com acervo atualizado e contemplando as áreas envolvidas no programa de residência.</p>



7. Antes da conclusão

As Residências vêm recebendo variadas designações: médica, em área profissional da saúde (conforme a lei federal nº 11.129), multiprofissional (conforme a Portaria Interministerial nº45), integrada. E muitas ênfases: saúde da família, atenção básica, saúde mental, saúde da família e comunidade, saúde coletiva, terapia intensiva. Cada um destes nomes e modalidades, pode comportar diversificados desenhos e práticas.

Pelbart nos conta uma fábula a respeito do reino messiânico que diz que o reino da paz não consiste em destruir tudo, ou fazer emergir um mundo totalmente novo: é necessário “deslocar *apenas* esta xícara ou esse arbusto ou esta pedra, fazendo o mesmo para cada coisa. Mas este *apenas*²⁴ é tão difícil de realizar é tão difícil encontrar sua medida”, que para que isso se realize, segue nos contando o autor, a fábula afirma que é necessária a vinda de algum Messias. O que Pelbart destaca é que esse pequeno deslocamento “não se refere às coisas mesmas, mas ao jogo entre elas, à sua periferia (Pelbart, 2000, p. 72).

Numa das conversas a respeito das aprendizagens produzidas pelas Residências Multiprofissionais, um estudante comenta:

Porque diz que é “multi”, .que vai ter. processos distintos que o modelo, não garantem que vai ter acontecimentos, nem produção de signos ou rupturas com o modelo hegemônico. Tá. O multi pode ser que tenha mais pluralidade, com mais espaços pra linhas de fuga que o modelo hegemônico uniprofissional. Mas multi não garante nada por si só. Se não produz encontros, porque nos encontros com os outros é que tem alguma coisa acontecendo.

Agora, pra que funcione (funcione, não... não é uma boa palavra...) pra que seja potente, o fato de ser multi, não garante. Precisa de uma abertura pros acontecimentos, que só se dão nos encontros. Se tem modelo, é pra ser rompido, sem apego ao que é pré-moldado. Não é que não tenha alguma estrutura, mas os professores, os tutores, quem tá envolvido, tem que entender a abertura pros encontros. (estudante2)

Uma Residência pode ser multiprofissional e não ser integrada, ou ser integrada sem ser multiprofissional, ou ainda ser em área profissional da saúde e não ser, necessariamente, nem multiprofissional, nem integrada. Sua ênfase pode ser na e para atenção básica e nela ficar, ou pode ser de Terapia Intensiva, articulada com a atenção básica. Se as combinatórias

²⁴ Grifos do autor.

podem ser várias, me parece que se trata, em grande medida, das considerações de Pelbart a respeito dos limites e fronteiras, do jogo entre as coisas.

As designações por área profissional, multiprofissional, médica, dizem respeito aos profissionais que compõem o grupo de residentes e podem ser uni ou multiprofissionais. Neste caso, se destacam as possibilidades de configuração, ou não, de equipes. E mesmo que se considere a composição em e por equipe, podemos ainda destacar as tipologias sistematizadas por Peduzzi de equipe agrupamento e equipe integração. Para a autora, a equipe agrupamento opera com a justaposição de ações e pelo agrupamento de agentes/profissionais, enquanto uma equipe por integração, funciona pela articulação de ações e interação de seus agentes (Peduzzi, 2001, p. 106).

Quando se tem como marca a integralidade com resolutividade, a concepção ampliada de saúde, para além dos sintomas e dos órgãos, a multiprofissionalidade parece imprescindível. Por outro lado, não se trata de colocar vários profissionais diferentes, com questões distintas para “espionar” a vida da pessoa. Nada mais inconveniente e constrangedor do que passar por muitas mãos, muitos olhos e nenhuma escuta. A prática multiprofissional não é a produção de um monte de gente cuidando da vida do cidadão; vigiando seus atos, costumes, hábitos para que evite algumas coisas e faça outras tantas, enfim, integralidade também não pode ser super regulação – o panótipo estereotipado e estendido. Trata-se antes de responsabilização ética diante das necessidades de saúde individuais e sociais.

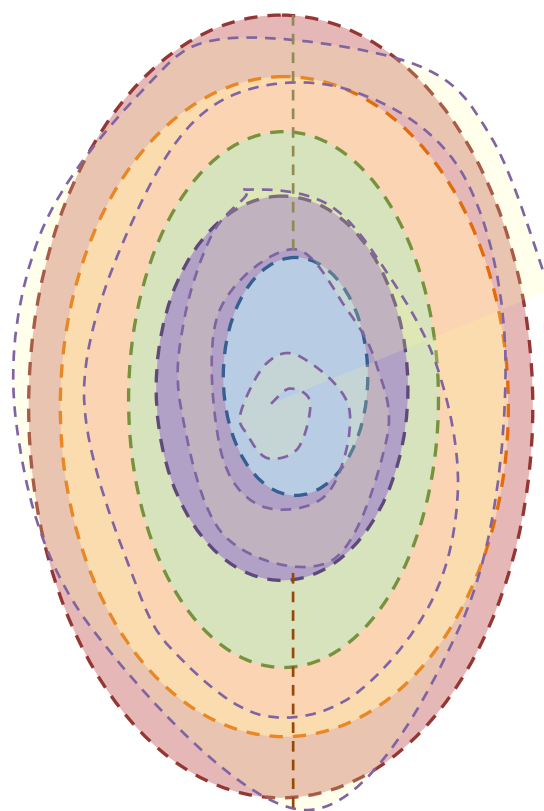
Outro desafio se adiciona e compõe o cenário da multiprofissionalidade e diz respeito às disputas pelas demarcações de território, ou os territórios-identidade que vem sendo destacado em vários momentos no decorrer da pesquisa. Estes territórios-identidade englobam as regulações do exercício profissional, às demarcações trabalhistas, às delimitações dos campos e núcleos de saberes e o encarceramento que ocorre por dentro destes limites. Remeto a um texto de Guattari, escrito em 1985, intitulado “Somos todos Grupelhos”, no qual o autor critica com veemência a organização de grupos denominados “de esquerda” ou “revolucionários” mas que funcionam pela manutenção de uma lógica exclusivamente identitária com a repetição de estruturas e relações de poder pela dominação e exclusão idêntica aos movimentos e grupos com os quais se confrontam e aos quais condenam e criticam. O autor nos fala de “mono-maníacos da direção revolucionária” que conseguem enterrar, soterrar os “desejos militantes” (inovadores, eu diria) em “impasses particularistas”. Segue Guattari: “É meu grupo, é minha tendência, é meu jornal, a gente é que tem razão, a

gente tem a linha da gente; a gente se faz existir se contrapondo às outras linhas, a gente constitui para si uma pequena identidade coletiva encarnada em algum líder local” (Guattari, 1985, p. 16).

Os territórios-identidade, os grupelhos de identidade são um dos grandes desafios para a constituição de estratégias multiprofissionais, principalmente se as desejarmos integradas entre si. Neste caso, as fronteiras demarcadas pelas identidades e identificações precisam ser pelo menos borradas. E não se trata de abolir territórios e formas, pois por eles se encontram também as possibilidades de viabilidade, de tornar algumas coisas possíveis. O problema do território e das formas não é estar neles, compor com eles, habitá-los, mas atribuir lhes valores perenes e considerá-los únicos, eternos e imutáveis. O que a aprendizagem inventiva propõe é que se possa problematizar estas formas e territórios, inventar problemas e perguntas e lançá-las aos territórios-formas: quem diz e de onde se diz que se tratam de formas, de linhas imutáveis? Desde quando se diz isso e quem teria interesse de que assim permaneça? A quem pode interessar alterar esta lógica? Como produzir alguns pequenos terremotos, de modo que se possa considerá-las em sua transitoriedade? Quais são as linhas de fuga? As coisas não necessariamente SÃO; elas estão sendo, vão sendo.

É neste sentido que entendo que Ceccim (2004) afirme a necessidade de ser diferente de multiprofissional, mas ser integrada ou ainda, entre-disciplinar. Espaço de confiança e de conflito, onde a equipe produza cuidados para além dos territórios-identidade, mas nas fronteiras dos diferentes saberes e práticas profissionais, tendo como centro do cuidado as pessoas e/ou populações em estados singulares.

Para retomar um esquema anterior que apresentou as segmentaridades, numa perspectiva entre-disciplinar, integrada, o mesmo esquema poderia ser apresentado desta maneira:



Segmentaridades do território-identidade em problematização

Quando se fala a respeito da Residência não só como multiprofissional, mas integrada (Armani e Ceccim, 2002; Ceccim e Ferla, 2003) se faz referência aos diferentes vetores de integração: entre residência multiprofissional e outros programas de residência uniprofissionais, como é o caso da Residência Médica; a integração entre diferentes profissões, onde campos (conhecimentos partilháveis) e núcleos (conhecimentos singulares) possam se articular. Integração entre trabalho e educação, de modo que o cotidiano do processo de trabalho possa revelar seu estatuto pedagógico e a prática educativa produza pensamentos, ferramentas e analisadores para o processo de trabalho. Neste caso, a integração proposta é orgânica, é visceral e carrega um grande coeficiente de responsabilização.

No que se refere a “invenção” das Residências Multiprofissionais é inegável o impacto de ações como da Saúde da Família. Por outro lado, atualmente pode se acompanhar uma tendência de expansão de Residências com a ênfase em saúde da família que nos colocam algumas questões. Se a Residência acontece somente para as equipes e para a estratégia de saúde da família, é importante problematizá-las a partir da produção do cuidado na perspectiva da integralidade, do conceito ampliado de saúde. Para isso, é preciso também pensar a invenção de linhas do cuidado, do cuidado expandido para dentro e para além da

saúde da família e da atenção básica, como algo que se desenvolve em todo o sistema de saúde. Não se trata de negar a importância desta estratégia na qualificação da atenção ofertada para pessoas e populações, mas de engajá-las na rede de atenção do SUS.

Uma proposta de formação configurada por um grande índice de desterritorialização, com diversidades de exposições e experimentações, deverá, necessariamente, incentivar a construção e o acompanhamento singularizado de propostas. Os percursos e desenhos formativos não atendem mais necessariamente a algum pressuposto definido centralmente ou ditado unicamente pelo que está definido pela racionalidade cognitivo-instrumental da ciência. Um percurso pedagógico implicado com os princípios do SUS, demanda novas configurações para os processos pedagógicos, que passam a se compor em diversos cenários e exposições. Não é mais somente o espaço das salas de aula ou dos hospitais-de-ensino, mas a rede do SUS, em suas diversificadas ramificações, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, nos centros de planejamento e coordenação da política de saúde, nas instancias de controle social, nas redes sociais de usuários, mas também nas salas de aula e nos hospitais-de-ensino, entre outros cenários que possam ser considerados importantes, relevantes, intercessores. A diversidade de cenários requer convites pedagógicos e processos de ensino e aprendizagem vinculados aos cotidianos do mundo do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a aprendizagem é participativa e compromete não só docentes e discentes, mas gestores, trabalhadores, usuários e suas redes. A problematização de vivências e situações opera como uma ferramenta importante para a qualificação da atenção e do processo de ensino e de aprendizagem. Além disso, ao colocar o processo de trabalho como base para os processos de ensino e de aprendizagem, a pedagogia-viva-em-ato, requer uma atenção pedagógica com a qual a avaliação se conecta.

Pela Portaria Interministerial nº 593/2008²⁵ no Art. 4º, § IV, é responsabilidade da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde a avaliação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, de acordo com os princípios do SUS e atendendo às necessidades sociais e epidemiológicas. Em outros parágrafos do mesmo artigo, a Portaria nº 593/2008 afirma como competências, incumbências da Comissão Nacional a elaboração de diretrizes para a organização e a avaliação, o credenciamento e o reconhecimento, a proposição de ações para a qualificação e para a consolidação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Ou seja,

²⁵ Apresenta a estrutura, funcionamento e organização da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

reafirmam-se as mesmas incumbências e responsabilidades referentes à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional que já haviam sido afirmadas pela Portaria Interministerial Nº 45/2007.

A avaliação, ao se conectar com uma proposta que se deseja inovadora, produtora de invenções, precisa ser uma máquina-de-inventar-perguntas. E inventar perguntas não é fácil. Pelo menos não quando se está propondo perguntas que valem a pena, que façam pensar. Parafraseando Deleuze, não se trata de inventar perguntas justas, mas justo perguntas²⁶. A noção apresentada por Deleuze é de que as imagens, as idéias (adiciono; as perguntas) justas são sempre da ordem de significações dominantes, vigentes, dizem respeito às palavras de ordem: “são sempre idéias que verificam algo, mesmo se este algo está por vir”. Já a noção de produzir justo idéias, justo imagens, justo perguntas “é a gagueira nas idéias; isso só pode se exprimir na forma de questões, que de preferência fazem calar as respostas” (Deleuze, 1992, p. 53). Pelo menos as respostas prontas, as palavras de ordem que já estão na ponta da língua, muito antes da pergunta ser feita. Para Deleuze, as imagens justas são a proliferação de imagens-clichê. Albuquerque nos traz uma afirmação de Deleuze, na qual o autor problematiza a noção de que vivemos uma época de proliferação de imagens, uma civilização da imagem definida por Deleuze como a civilização do clichê (Deleuze, citado por Albuquerque, 2007, p. V).

Assim, podemos ter uma avaliação-clichê reproduzindo imagens a respeito das Residências-clichês, ou podemos ir inventado avaliações máquina-de-guerra (Deleuze e Guattari, 1997), que escapam da pura regulação ou da pura ilustração. Avaliação caleidoscópico que não reflete imagens para manter sua pureza, mas distorce, embaralha e inventa.

Reiteradamente se fala da avaliação das Residências como participativa, dialógica, não punitiva. São boas idéias que precisam de práticas, de movimentos. E que demandam uma implicação não só com as Residências Multiprofissionais, mas também com a produção de micropolíticas de e para a avaliação. Em qual lugar são colocados os avaliadores e a avaliação? Quais são os movimentos inventados para que a avaliação esteja pedagogicamente “conversando” com as Residências? De novo, retorna a questão de micropolíticas, de produção de desejo de avaliar. De novo as mobilizações que são geradas, os movimentos.

²⁶ Deleuze extrai sua afirmação a partir de Godard e da produção da imagem no cinema. Nos diz Deleuze: “Godard tem uma bela fórmula: não uma imagem justa, mas justo uma imagem” (Deleuze, 1992, p. 53).

Temos muita avaliação informal. Informal não porque seja subjetiva: toda a avaliação é subjetiva e subjetivante, assim como toda produção de conhecimento e toda prática humana, portanto: assumir o caráter transitório, produtivo da avaliação, pode ser um começo. Por outro lado, muitas das avaliações informais, feitas no corredor, depois da aula, depois do trabalho, durante uma pesquisa, a gente diz que a aula foi boa, muitas vezes não é porque entendemos tudo, mas exatamente porque não, mas ok: mobilizou o pensamento. E se a avaliação puder também puder mobilizar o pensamento? E se agregássemos os estados sensíveis que compõem a maioria destas avaliações que chamo de informais? Na medida em que se desejam muitas coisas das Residências – que sejam multi, inter, intra, entre-SUS-implicadas, que introduzam alguma modificação nos serviços e na formação em saúde – é que a avaliação não pode ser um chavão, uma palavra de ordem, mas um processo tão inventivo quanto se deseja das próprias Residências. Neste sentido acredito numa escuta pedagógica no núcleo da avaliação, que pode fazer a diferença.

Questões trazidas pelos avaliadores na oficina realizada, afirmam que a avaliação segue sendo um dos nós-críticos, com mudanças nas concepções de avaliação, mas segue-se buscando o que é avaliar, passando pelo “para que” avaliar, para então finalmente, definir como avaliar. Não sei se necessariamente nesta ordem, mas vejo justo perguntas na medida em que “dão o que pensar”, que podem fazer estranhar as avaliações-cliches. Se pararmos de perguntar às Residências para que ser multiprofissional, e/ou para que integrar nas e as Residências, e/ou se sendo multiprofissional necessariamente é integrada, e/ou como produzir integração, não correríamos os riscos de nos embrenharmos em Residências-clichês? Com as avaliações ocorre o mesmo. É necessário ir construindo uma rede de perguntas com diversos interlocutores, e ir compondo uma teia de movimentos, ampliando os espaços os tempos nos quais estas perguntas são feitas e ir construindo com estas conversações redes de argumentações que possam ser produções de conhecimento e com elas, quem sabe, se invente justo uma avaliação.

Talvez seja justo uma avaliação o que se necessita para acompanhar em que medida ou em quais movimentos, as Residências Multiprofissionais se encontram “inovadoras” do trabalho e da educação em saúde.

De todas as concepções que Santos (2005a) utiliza para pensar e nos propor uma ecologia dos saberes, considero a noção de produção de saberes prudentes para a invenção de vidas decentes como a mais mobilizadora. Nele e por ela, passam outros componentes da

ecologia dos saberes, como as questões relacionadas aos limites dos conhecimentos produzidos, a polifonia e o caráter prismático da produção de conhecimentos, a preocupação em acompanhar o que se produz e como se produz e a implicação com os aspectos solidários, múltiplos e emancipatórios. Junto às implicações éticas, propostas por Santos e Guattari, intervém uma nova estética não só para a produção de conhecimentos, mas também para a produção de si, configurando uma inovação-invenção que se compõe não só por racionalidades, mas por afecções, por sensibilidades, novas suavidades.



8. Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Paulo Germano Barrozo. Imagem, Literatura e educação. In.: LINS, Daniel (org). *Nietzsche e Deleuze: imagem, literatura, educação. Simpósio Internacional de Filosofia*. Rio de Janeiro, Forense Universitária; Fortaleza, Ceará, Fundação de Cultura, Esporte e Turismo, 2007.

ALMEIDA, Marcio, FEURWERKER, Laura, LLANOS, Manuel. *A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Lugar Editorial, Buenos Aires e Londrina, Ed. UEL, 1999.

AVALIAEPS: *Avaliação de Processos Formativos segundo a Modelagem da Educação Permanente em Saúde*. Relatório final, 2009

ARMANI, Teresa, CECCIM, Ricardo Burg. Gestão da Educação em Saúde Coletiva e Gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antonio e FAGUNDES, Sandra Maria Sales. (org.). *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, DaCasa Editora, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 6, nº 1, Rio de Janeiro, 2001.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Norma e Formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 9, nº.3, Rio de Janeiro, 2004.

BERTOLIN, Julio Cesar Godoy. *Avaliação da Qualidade do Sistema de Educação Brasileiro em Tempos de Mercantilização – Período 1994 – 2003*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília:DF, Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispões sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático de saúde da família*, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. *Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília:DF, 2003.

BRASIL. *O SUS e as Especializações em Área Profissional, Realizadas em Serviço*. Deges/Sgtes/MS. Brasília, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. *Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e dá outras Providências*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Lei nº11.129, de 30 de Julho de 2005. *Cria a Residência em Área Profissional da Saúde*. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº2.117, de 03 de Novembro de 2005. *Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, 2005b.

BRASIL. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. *Painel de Indicadores do SUS*. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde, Brasília, 2006b.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS, 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

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Grupo Hospitalar Conceição (GHC). *Projeto de desenvolvimento institucional de ensino e pesquisa do GHC, Relatório preliminar*, 2008.

BOSI, Maria Lucia Magalhães, MERCADO, Francisco (org.). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis, Vozes, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Análise Crítica sobre especialidades Médicas e Estratégias para Integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 13, nº 1, Rio de Janeiro, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 5, Nº. 2, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo, Hucitec, 2000b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, DOMITTI, Ana Carla. *Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 23, nº 2, Rio de Janeiro, 2007.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida, CECCIM, Ricardo Burg. Educação dos Profissionais de Saúde e Afirmação da Vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa (org.) *Educação Médica em Transformação*. São Paulo, Hucitec, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, Marcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manuel. *Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo, Hucitec, 1999, p. 129-136.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. *Criança Hospitalizada: Atenção Integral como Escuta a Vida*. Porto Alegre, Editora da Universidade, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. *Políticas da Inteligência: Educação, tempo de aprender e dessegregação da deficiência mental*. Tese apresentada a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg, FERLA, Alcindo Antonio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto da integralidade da atenção à saúde. In: MATTOS, Rubens Araujo, PINHEIRO, Roseni. (org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: MATTOS, Rubens Araujo, PINHEIRO, Roseni (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2004.

- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social*. In.: *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 14, nº. 1, Rio de Janeiro, UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, 2004b.
- CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê: “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde: Desafios para a Saúde. In. MATTOS, Rubens Araujo, PINHEIRO, Roseni (org.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2005.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In.: *INTERFACE: Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 9, nº 16, Botucatu, 2005b.
- CNRMS. Instrumento piloto para avaliação das Residências Multiprofissionais, 2009.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. *Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciência e saúde coletiva*. Vol. 11, Nº.3, Rio de Janeiro, 2006
- COSTA, Sylvio de Souza Gadelha. Esquizo ou da Educação Virtual: Deleuze educador virtual. In: LINS, Daniel; COSTA, Sylvio de Souza Gadelha; VERAS, Alexandre (org.). *Nietzsche e Deleuze: Intensidade e paixão*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2000.
- DALLEGRAVE, Daniela. *No Olho do Furacão, na Ilha da Fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- DAVINI, Maria Cristina. *Educación Permanente em Salud*. OPAS, 1995
- DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE. ALMEIDA, Marcio (org.). Londrina, Rede Unida, 2003.
- DELEUZE, Gilles. *Diferença e Repetição*. Graal, Rio de Janeiro, 1988.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo, Ed. 34, 1992.
- DELEUZE, Gilles. *Proust e os Signos*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix. *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia – vol.3*. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1996.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix. *Mil Platôs, Capitalismo e Esquizofrenia – vol. 5*. Rio de Janeiro, Ed. 34, 1997.

- DIAS SOBRINHO, José. *Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior*. São Paulo, Cortez, 2003
- FELIX, Glades Tereza. *Reconfiguração dos Modelos de Universidade pelos Formatos de Avaliação: efeitos no Brasil e Portugal*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
- FERLA, Alcindo Antonio. *Avaliação do Ensino Médico: medicalização ou inovação*. In. *Avaliação: Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior*, Vol. 3, nº. 2, São Paulo, 1998.
- FERLA, Alcindo Antonio. *Pacientes, Impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado*. In: MATTOS, Ruben Araujo, PINHEIRO, Roseni (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2003.
- FERLA, Alcindo Antonio. *Participação da População: do Controle sobre os Recursos a uma Produção Estética da Clínica e da Gestão da Saúde*. In. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Vol. 14, n.1, Rio de Janeiro, UERJ, 2004.
- FERLA, Alcindo Antonio; LEAL, Mariana Bertol, PINHEIRO, Roseni. *Um Olhar sobre Práticas Avaliativas em Descentralização do Sistema de Saúde: construindo uma abordagem analítica para atuação em rede*. IN.: MATTOS, Ruben; PINHEIRO, Roseni (org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006.
- FERREIRA, Silvia. *Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço*. Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007
- FITZPATRICK, Jody, SANDERS, James, WORTHEN, Blaine. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo, Ed. Gente, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1998.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2008.
- FUGANTI, Luiz Antonio. *Saúde, desejo e pensamento*. *SaúdeLoucura*, nº 2, São Paulo, agosto, 1990.

- FURTADO, Juarez Pereira. *Um método Construtivista para a Avaliação em Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 6, nº 1, Rio de Janeiro, 2001.
- GALLO, Sílvio. Em Torno de uma Educação Voltada à Singularidade: entre Nietzsche e Deleuze. In.: LINS, Daniel (org). *Nietzsche e Deleuze: imagem, literatura, educação*. Rio de Janeiro; Forense Universitária; Fortaleza, Fundação de Cultura, Esporte e Turismo, 2007.
- GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1985.
- GUATTARI, Félix. *Caosmose, um Novo Paradigma Estético*. São Paulo, Ed. 34, 1992.
- GUATTARI, Félix, As Três Ecologias. Campinas, São Paulo. Editora Papirus, 1999.
- GUATTARI, Félix, ROLNIK, Suely. *Micropolítica, Cartografia do Desejo*. Petrópolis, Editora Vozes, 2000.
- GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. *Effective Evaluation*. São Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.
- GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, Sage Publications, 1989.
- HADDAD, Jorge, ROSCHKE, Maria Alice Clasen, DAVINI, Maria Cristina. *Educación Permanente de Personal de Salud*. OPAS, 1994.
- HOUSE, Ernest R. *Evaluación, ética y poder*. Madri, Ediciones Morata, 2000.
- HOUSE, Ernest R., HOWE, Kenneth R. *Valores en Evaluación e investigación social*. Madri, Ediciones Morata, 2001.
- JAMES, Richard. Suggestions Relative to the Selection of Strategic System-Level Indicators to Review the Development of Higher Education. In.: KAISER, Frans, YONEZAWA, Akiyoshi (org.). *System-Level and Strategic Indicators for Monitoring Higher Education in the Twenty-First Century*. Bucarest, Unesco, 2003
- JOHNSTONE, James. *Indicators of Education Systems*. London, Kogan Page, 1981.
- KAISER, Frans. System-Level Indicators for Higher/Tertiary Education: Some Notes on Requirements and Use. In.: KAISER, Frans, YONEZAWA, Akiyoshi (org.). *System-Level and Strategic Indicators for Monitoring Higher Education in the Twenty-First Century*. Bucarest, Unesco, 2003

- KAISER, Frans, YONEZAWA, Akiyoshi. What Was Achieved, under What Conditions, and for What Purposes? In.: KAISER, Frans, YONEZAWA, Akiyoshi (org.). *System-Level and Strategic Indicators for Monitoring Higher Education in the Twenty-First Century*. Bucarest, Unesco, 2003
- KANTORSKI, Luciane Prado, WETZEL, Christiane; OLSCHOWSKY, Agnes; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. *Avaliação de Quarta Geração; contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental*. INTERFACE: Comunicação, Saúde, Educação, Vol. 13, nº 30, Botucatu, 2009.
- KASTRUP, Virgínia. *A Invenção de si e do mundo – uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Belo Horizonte, Autentica, 2007.
- KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. In. LINS, Daniel (Org.). *Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 2001.
- LEITE, Denise, TUTIKIAN, Jane e HOLZ, Norberto (org). *Avaliação e Compromisso: construção e prática da avaliação institucional em uma universidade pública*. Porto Alegre, Ed. Da Universidade/UFRGS, 2000.
- LEITE, Denise. *Reformas Universitárias: avaliação institucional participativa*. Petrópolis, Vozes, 2005.
- LEITE, Denise, MOROSINI, Marília (org.). *Universidade Futurante: produção do ensino e inovação*. São Paulo, Papyrus, 1997.
- MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2009.
- MATTOS, Ruben de Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araujo, PINHEIRO, Roseni (org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2001.
- MERHY, Emerson Elias *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo, Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In.: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. *Agir em Saúde: um desafio para o público*, São Paulo, Ed. Hucitec, 2007.
- MERHY, Emerson Elias, CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: MATTOS, Ruben Araujo, PINHEIRO, Roseni (org.).

Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, ASSIS, Simone Gonçalves, SOUZA, Edinilsa Ramos (org.). *Avaliação Por Triangulação de Métodos: Abordagem de programas sociais*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2005.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da Moral: uma polêmica.* São Paulo, Cia. Da Letras, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich. *Ecce Homo: Como alguém se torna o que é.* São Paulo, Cia. Das Letras, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. *Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud.* Boletín Epidemiológico, Vol.22, nº. 4, 2001:

OROZCO, Luis Enrique, CARDOSO, Rodrigo. *UNESCO/IESALC – RAP: La Evaluación como Estrategia de Autorregulación y Cambio Institucional*, Unesco, 2004.

PEDUZZI, Marina. *Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia.* Revista de Saúde Pública, Vol. 35, Nº. 1, São Paulo, 2001.

PELBART, Peter Pal. *A Nau do Tempo Rei: sete ensaios sobre o tempo na loucura.* Rio de Janeiro, Imago, 1993.

PELBART, Peter Pal. *A Vertigem por um Fio.* São Paulo, Editora Ilunimuras, 2000.

PELBART, Peter Pal. Deleuze, um Pensador Intempestivo. In.: In: LINS, Daniel; COSTA, Sylvio de Souza Gadelha; VERAS, Alexandre (org.). *Nietzsche e Deleuze: Intensidade e paixão.* Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSA. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: Conceitos e aplicações.* Brasília, OPAS, 2002

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.* Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

ROLNIK, Suely. *Pensamento, corpo e devir. uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico.* Cadernos de Subjetividade, Vol. 1, nº. 2, São Paulo, 1993.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.* São Paulo, Cortez, 1997.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo, Ed. Cortez, 2005a.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Um Discurso sobre as Ciências*. São Paulo, Cortez, 2005b.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo, Ed. Cortez, 2006.

SCHAEDLER, Lucia Inês. *Pedagogia Cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos*. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2003.

SERRES, Michel. *Filosofia Mestiça*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993.

SIEGMANN, Christiane; FONSECA, Tania Mara Galli. *Caso-Pensamento como Estratégia na Produção de Conhecimento*. Interface: Comunicação Saúde Educação Vol. 11, nº 21, Botucatu, 2007.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; CARVALHO, Luis Claudio; SILVA, Valéria Marinho Nascimento; ALVES, Márcia Guimarães de Mello, MASCARENHAS, Monica Tereza Machado. Avaliação de Redes de Atenção integral à Saúde: contribuições da integralidade. IN.: MATTOS, Ruben; PINHEIRO, Roseni (org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006.

SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. *Construção da Capacidade Avaliativa em Organizações da Sociedade Civil*. São Paulo, Instituto Fontes, 2003.

VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan; ROSCH, Eleanor. *De Cuerpo Presente: lasa ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona, Gedisa, 1992.

<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risapresetacao.htm> - acessada em 13 de agosto de 2008.

FILMES

UMA VERDADE INCONVENIENTE (An Inconvenient Truth). Paramount Classics e Participant Productions. Produção de Lawrence Bender e Laurie David, 2005, 96 min.

MATRIX. Warner Bros. Picture, Direção: Andy Wachowski e Larry Wachowski, 1999,