



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Dallegrave, Daniela; Luce Kruse, Maria Henriqueta

No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, núm. 28, enero-marzo, 2009, pp. 213-226

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114106018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

No olho do furacão, na ilha da fantasia:

a invenção da residência multiprofissional em Saúde

Daniela Dallegrave¹
Maria Henriqueta Luce Kruse²

“Eu vim aqui para lhe dizer”³

*No olho do furacão, na ilha da fantasia*⁴, ou talvez um turbilhão e no instante seguinte, uma calmaria... Um olho de furacão, que, por aonde passa, arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece. Uma ilha da fantasia, onde tudo é possível, onde não há limites para o sonho. O título deste artigo⁵, assim como o título das sessões são extraídos de músicas, na tentativa de que estes escritos, assim como as músicas escolhidas, façam arrepiar a pele, da mesma maneira como o assunto provoca reações diversas naqueles que interpela.

Historicamente, no Brasil, a modalidade de ensino denominada Residência consolidou-se como especialização para médicos, veiculando o modo hegemônico de atuação por especialidade, por prática liberal individual, curativa e privada, características desta profissão da área da saúde (Brasil, 2004). A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) traz outros sentidos.

Na cidade de Porto Alegre, desenvolvem-se seis programas de RMS: no Grupo Hospitalar Conceição; na Escola de Saúde Pública; na Fundação Universitária de Cardiologia, em Cardiologia; na Fundatec (Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul; no Hospital de Pronto Socorro; e na Pontifícia Universidade Católica. Além desses, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolveu projeto que está tramitando nas instâncias institucionais.

Assim, este lugar geográfico de onde falo, é um dos pólos desse tipo de formação, o que justifica uma busca de constituição destes ditos novos fazeres profissionais.

A partir disto, as questões que nortearam o estudo foram: que discursos circulam sobre a RMS? Quais as condições de possibilidade da existência destes discursos? Como e com quais discursos se articulam? Quem está autorizado a falar sobre este assunto? De onde os autores falam? Para quem? A favor de quê? Contra o quê?

¹ Enfermeira. Grupo Hospitalar Conceição. Rua Biscaia, 39, Jardim Itu, Porto Alegre, RS, Brasil. 91.240-030 danidallegrave@gmail.com

² Enfermeira. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Tim Maia. **Guiné Bissau, Moçambique e Angola**. Disponível em <<http://tim-maia.letras.terra.com.br/letras/618641/>>. Acesso em: 21 out. 2006.

⁴ Engenheiros do Hawaii. **Quanto vale a vida**. Disponível em: <<http://vagalume.uol.com.br/engenheiros-do-hawaii/quanto-vale-a-vida.html>>. Acesso em: 26 mai. 2007.

⁵ Elaborado com base em Dallegrave (2008).

“Caminhando contra o vento” ...⁶

O interesse em pesquisar sobre a Residência (um tipo de escola), por meio das publicações escritas (tipos de mídia), utilizando a análise de discursos (método arqueológico), inscreve este texto na perspectiva pós-estruturalista (Peters, 2000), inspira-se em Michel Foucault, e aproxima-se dos Estudos Culturais. Assim, procuramos desnaturalizar aquilo que é tomado como verdade, segundo regras e ordens fixadas em uma grande narrativa explicativa.

Tomando a asserção *Residência como coisa de médico*, o percurso de investigação coloca em xeque esta metanarrativa, questiona como se deram as associações entre as palavras que compõem este enunciado, e reflete sobre os processos históricos e culturais que permitiram a legitimação dessa verdade e a instauraram como um discurso imperativo.

Entendendo que discursos constroem subjetividades e produzem realidades em determinadas circunstâncias históricas, a análise desta pesquisa considerou suas condições e os jogos e efeitos de verdade que produzem sobre a RMS, o que ela é, o que deveria ou poderia ser (Foucault, 2000). Investigamos os discursos que circulam nos meios de comunicação e na legislação, tomando-os como artefatos da cultura que são capazes de subjetivar aqueles que os leem. Nesses artefatos, encontram-se as vozes que se autorizam a falar sobre o assunto. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que podem ser ditos. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros, vistos como sem autoridade e que, portanto, devem ser marginalizados e excluídos (Cheek, 2000).

Serviram, como fontes de análise: documentos de regulamentação das Residências, jornais, revistas, publicações na internet e boletins informativos de corporações da área da saúde, produções de residentes, de instituições formadoras ou da mídia, indexadas ou não. A construção deste *corpus* se deu, de acordo com Deleuze (2006), com a escolha das palavras, frases e proposições “em torno dos focos difusos de poder (e de resistência) acionados por esse problema [proposto]” (Deleuze, 2006, p.28).

O que interessou foi discutir os enunciados que se materializam com base em tais discursos, evidenciando o que se repete, se transforma, se rompe nesses lugares. Entendemos as publicações como veículos de idéias e verdades daqueles que falam. Só entram em disputa aqueles que acreditam ser portadores da verdade, visto que “é impossível pensar, conhecer e falar independentemente de agenciamentos, interesses, valores e forças sociais” (Veiga-Neto, Lopes, 2007, p.179).

A análise do material está caracterizada pela leitura interessada, a qual varia de acordo com aquele que lê, considera a provisoriedade dos discursos e que nada é natural, sendo construído histórica e socialmente. Foram utilizados os analisadores de Michel Foucault: *poder, discurso e dispositivo*.

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

Tomamos *discursos* como conjunto de enunciados, os quais são

⁶ Caetano Veloso. **Alegria, Alegria**. Disponível em: <<http://vagalume.uol.com.br/caetano-veloso/alegria-alegria.html>>. Acesso em: 6 nov. 2006.

acontecimentos, irrupções, quebras na continuidade. Apesar de ser singular na sua emergência, o enunciado presta-se à repetição, à transformação, à atualização (Albano, 2007). Analisamos os discursos como intrinsecamente ligados às relações de poder, não sendo aquilo que representa as lutas ou a dominação, “mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault, 2003, p.10). Da mesma forma, o poder é posto em jogo por meio desses discursos, os quais produzem efeitos de verdade e constituem as coisas de que falam. Na ordem discursiva, algumas *coisas* são permitidas, outras não.

Entendemos que o material analisado funciona, de certa forma, coagindo os discursos, delimitando suas condições de aparecimento, os efeitos de poder e os sujeitos que falam (Foucault, 2003), e conferindo hegemonia a determinados discursos, e não a outros.

Por sua vez, o *Dispositivo Pedagógico da Mídia* permite “mostrar de que modo opera a mídia no sentido de participar efetivamente da constituição de sujeitos e subjetividades, na medida em que produz imagens, significações, enfim, saberes que, de alguma forma, se dirigem à ‘educação’ das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem” (Fischer, 2002, p.153). De acordo com Deleuze (1990, p.155), “os dispositivos são como máquinas de fazer ver e de fazer falar”.

⁷ Tradução minha. Pink Floyd. **Another brick in the wall**. Disponível em: <<http://vagalume.uol.com.br/pink-floyd/another-brick-in-the-wall-pt-1.html>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

Colocando “outro tijolo sobre o muro”⁷

Apresentamos aqui um início de discussão sobre alguns dos discursos que constituem a RMS. Trata-se de apenas um dos muitos inícios possíveis, é uma pulverização, para pôr o assunto “na roda”, para falar, ver e ser visto. E como todo princípio, não acaba em si, não acaba neste ato.

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

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

Toda e qualquer invenção pressupõe que ainda não há um lugar definido para aquela *coisa*, é preciso desestabilizar uma ordem já reconhecida socialmente para que a invenção possa ter o seu espaço. Algumas coisas ficam por um tempo nos lugares possíveis, são acomodadas, algumas vezes consideradas inadequadas no seu local. Na tentativa de adequação, determinados grupos recorrem às mais variadas alternativas e, por vezes, essas coisas “ficam ‘fora do lugar’ em toda parte” (Bauman, 1998, p.14). Com mais frequência, essas *coisas* que estão sempre fora, são *coisas* móveis, não enraizadas. “É por isso que a chegada de um estranho tem o impacto de um terremoto [ou de um olho de furacão]... O estranho despedaça a rocha sobre a qual repousa a segurança da vida diária” (Bauman, 1998, p.19).

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

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

O documento propõe que, para “fortalecer e ampliar” a capacidade de qualificação de especialistas por meio dos Programas de Residência Médica, esses “devem estar orientados pela integralidade” (Brasil, 2004, p.10), bem como a avaliação desses programas deve ser feita com base em conceitos e políticas da Integralidade. Mais do que isso, o documento ensina como se faz esse tipo de avaliação: corrigindo as *imperfeições* dos Programas, apontadas anteriormente. Embora o documento faça um reconhecimento público da existência de programas de residências em área profissional, destaca que o Ministério pretende instituir esses programas “de acordo com as necessidades de saúde e as características de organização do sistema de saúde” (Brasil, 2004, p.11).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde aponta como áreas com necessidade de formação multiprofissional e interdisciplinar: saúde mental, saúde do trabalhador, reabilitação, saúde do idoso, saúde da família e gestão de sistemas e serviços de saúde. Ressalta a importância dos Programas de Residência Médica “que incentivem práticas de ensinar, aprender e trabalhar em equipes multiprofissionais e interdisciplinares” (Brasil, 2004).

Entretanto, percebemos uma inversão no discurso oficial quando analisamos o artigo intitulado *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário*, assinado por gestores do Ministério da Saúde, que assumiram em julho de 2005. O texto aponta o investimento na formação da especialidade Saúde da Família, destacando sua importância a partir da emergência da Residência Médica nessa especialidade. As outras especialidades sequer aparecem como áreas com necessidade de profissionais. Chama atenção a declaração de que houve tratativas, com a participação do Ministério da Saúde, para se assegurar “um desenho semelhante ao de residências ‘puras’ de Medicina Comunitária” (Da Ros et al., 2006, p.112). Para Bauman (1998, p.20), “cada ordem tem suas próprias desordens; cada modelo tem sua própria sujeira a ser varrida”, como se aquilo que não é a Residência em Medicina Comunitária caracterizasse esta desordem.

Entendemos que a Medida Provisória n.238 e a Lei n.11.129, bem como a Portaria Interministerial n.2.117, que criaram essa modalidade de formação, foram influenciadas por essas tratativas de manutenção de pureza, quando ambas instituem a Residência em Área Profissional da Saúde “destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, excetuada a médica”. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde diz que “as residências multiprofissionais seguem o preceito das residências médicas” (Brasil, 2004, p.15). Já a Portaria Interministerial n.45 (Brasil, 2007), ao invés de repetir a

redação 'excetuada a médica', cita quais são as profissões de abrangência da RMS. Ao fazer isso, não só exclui a medicina (porque não a menciona), mas também exclui muitas outras profissões, por exemplo: agronomia, engenharia civil, direito, administração etc. Como eixos norteadores, a portaria subverte a ordem e sugere a "articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica" (Brasil, 2007).

Em outro artigo veiculado em revista apoiada pelo Ministério da Saúde, um de seus consultores (médico que também assina a publicação acima referida que fala sobre Saúde da Família) explica a existência de duas Residências: a médica e a multiprofissional, sugerindo que elas funcionem integradamente, pois "na primeira proposta da residência o modelo era esse" (Residência, 2006, p.5). Será que reunir tais modalidades de formação seria o mais adequado? Ou iria borrar a ordem anteriormente estabelecida? A que interesses servem estes programas de formação quando (não) aparecem juntos?

Aparece também, como será visto nas outras análises, a alusão a outras situações que estão na ordem do dia das discussões, que ultrapassam as fronteiras da assistência à saúde: "cidadania, equidade, justiça social, objetivo na vida, solidariedade, trabalhar junto, diversão, felicidade" (Residência, 2006, p.6). Parece não ser possível falar em inovação na área da saúde que não esteja atrelada às questões que sejam de interesse global. O novo é visto como o desejável na nossa cultura, como algo que não se rejeita, o inédito.

Também não é possível falar em Residência sem articulá-la com a "busca dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são integralidade, equidade e universalidade" (Residência, 2006, p.6). Ou sem relacioná-la com a Reforma da Universidade, pois "estamos trabalhando simultaneamente com mudança na graduação" (Residência, 2006, p.5), porque "a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista" (Residência, 2006, p.5).

É na tentativa de colocá-la para fazer parte de uma ordem, de incluí-la, que as coisas vão se ajeitando, que os enunciados vão se aglutinando e se enredando, para se enraizar.

"Ali onde todos calam, ele fala"⁸: bem-vindo, residente!

⁸ Bertolt Brecht. Esta frase aparece em dois boletins produzidos por residentes (Boletim Resistência, 2006b, 2005), na seção **Sobre o Boletim**.

"Tu estás começando os dois anos mais importantes da tua vida" (Boletim Resistência, 2006a, s.p.). Esta frase abre o segundo número do Boletim Resistência, produzido por residentes do Rio Grande do Sul. O boletim teve quatro números. Neles, os residentes se apresentam e se representam, pois trata-se de "um boletim de muitas vozes" (Boletim Resistência, 2005, s.p.). Os que escrevem identificam-se como "militantes do SUS, em defesa da vida" (Boletim Resistência, 2005, s.p.); como "homens e mulheres, militantes da vida, que acreditam que o SUS não se faz somente com fichas e medicamentos, mas, sobretudo, com promoção da saúde, trabalho, cultura, saneamento básico, educação, cuidado com o meio ambiente e muita luta" (Boletim Resistência, 2006a, s.p.).

Percebo o acionamento de discursos (re)conhecidos na área da saúde pública, que se enredam com os ideários da Reforma Sanitária, do SUS, e que se encontram com as pautas definidas e defendidas pelas conferências de saúde.

Em outro documento, também produzido por residentes gaúchos, em outro período, eles se declaram como "atores políticos implicados com seu processo de formação" (CGMRS, 2007, s.p.). Já no informativo produzido pelo Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, ou seja, em âmbito nacional, os residentes se inscrevem como "profissionais de saúde e cidadãos brasileiros"

(FNRMS, 2007, s.p.). Que personagem é este que se narra de muitos modos, que incita um posicionamento quase heróico de seus pares? Essa narrativa inflamada fala e faz falar sobre quem é o residente. Constitui esses sujeitos, produz efeitos de verdade, tem caráter pedagógico. Ao mesmo tempo, esses sujeitos que se identificam também estão em busca de identificação ou da certeza dela, pois manifestam sua vontade de realizar um “aprofundamento da identidade política para o grupo formado por residentes de várias partes do país” (LAPPIS, 2007a, s.p.). Ao mesmo tempo em que há o imperativo do tom heróico, inovador e da transformação, esse discurso divide o espaço com imagens de desqualificação dos programas, das ditas “realidades” dos serviços que abrigam as Residências, do (des)preparo dos profissionais, das práticas pedagógicas. Para falar dos tempos e espaços dos Programas, aparecem enunciados divergentes, por vezes, instigantes, de construção e de conquista; outros de repúdio, de desmontagem e de desqualificação.

Para se referir à RMS, são comuns as palavras: “construção inovadora”, “criar novas práticas em saúde”, “transformação das condições de vida”, “modificar a estrutura social”, “novo projeto para a saúde e sociedade” (Boletim Resistência, 2006a, s.p.).

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

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

Para Foucault (2003, p.26), “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”. Ou seja, o reconhecido novo modelo de saúde e de formação aclamado e idealizado pelos residentes reaparece na voz desses autores, mas é também retorno, é reverberação do que foi definido como pauta da Reforma Sanitária. Novamente, esses discursos se enredam para dar corpo e forma aos discursos da RMS. Aí se colocam também enunciados que dizem que a aprendizagem se faz nesse lugar de Residência para dar sequência “e dar continuidade ao seu processo de formação” (Ramos, 2006, p.83) que se iniciou em outro lugar, a Universidade. Desse modo, o lugar da Universidade é referido, ora como aquele que mantém as estruturas sociais, ora como algo que inicia o processo de transformação tão almejado.

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

Na análise dos documentos produzidos por residentes, percebemos que esta voz iniciou, aos berros e pela surdina, o apelo a frases irônicas, enunciados *chocantes*, a divergência convivendo lado a lado, o anonimato, no espaço em que chamou de “dispositivo de contra-poder” (Boletim Resistência, 2006b, s.p.) – tudo isso foi usado como recurso de retórica para se fazer ouvir, para se fazer presente. Esse personagem, o/a residente, não existia... Teve de ser inventado.

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

A expressão *role-models* foi inspirada em um texto onde o autor disserta sobre a conjuntura das Residências em medicina preventiva e social e, ao falar das Residências Multiprofissionais, refere que elas terão “o papel de formar profissionais de ponta, que exerçam a função de *role-models*” (De Campos, 2000, s.p.). Na internet, a expressão mencionada se refere a uma marca de roupas, cuja propaganda é feita por seus criadores ao usarem os próprios produtos durante shows, entrevistas, cliques etc. Traduzindo, temos papel de modelo ou a função de ser padrão.

Percebemos que a Residência, muitas vezes, constituiu-se nas propagandas produzidas sobre ela e para ela. Em documento produzido pela FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo (2004), para explicar o que, na época, era chamado de Programa de Aprimoramento Profissional, refere que o programa destina-se “aos profissionais não-médicos que atuam na área da saúde” (s.p.).

Questionamos: profissionais de saúde ou os chamados não-médicos? De onde surgiu essa denominação? Médico é quem tem graduação em medicina, sendo, portanto, possuidor de um diploma de médico. E o não-médico? Quem é? A quem se endereça esse dito?

As oposições binárias, quando impressas nas identidades dos trabalhadores da saúde, ou seja, aquilo que a mídia chama de médicos e não-médicos (incluindo nesta categoria todas aquelas profissões que não *cabem* na primeira), de acordo com Silva (1994), identifica um termo como positivo e o outro como negativo. No entanto, essa mesma identidade, muitas vezes, é conferida pela oposição, ou seja, não há um limite único e fronteiro, ela é flutuante e cambiante. Entendemos este binarismo como exercício do poder, o lugar por onde ele se espalha, entranha-se, capilariza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho. Para Ceccim (2006, p.3), “a residência multiprofissional, e não apenas médica, [...] não anula os saberes da profissão médica ou das demais profissões, antes os reconhece em unidade para a qualificação das práticas e expansão dos saberes”.

Percebemos o discurso da RMS associado a outros poderosos discursos, como o do trabalho em equipe e o da Integralidade, conforme aparece em Lessa (2000, p.109), a qual diz: “destacamos a construção no cotidiano de uma postura profissional que favorece a assistência integral, a comunicação com a comunidade e estimula o controle e a participação social”.

Alguns autores consideram também que o objetivo da RMS é “capacitar estes profissionais [...], adequando-os para o novo modelo de atenção proposto” (Oliveira et al., 2000, p.112), ou que ela está aí para “vencer a inadequação da formação e especialização dos profissionais de saúde” (Silva, 2006, p.18). A especialidade profissional aparece como um desafio a ser superado. No entanto, a lógica atual dos programas é a formação por especialidade.

A Residência também aparece acompanhada dos enunciados que falam da necessidade da reforma universitária. Por vezes, ela vem para *salvar* o profissional, pois tem “investido em áreas ainda pouco exploradas nos cursos de graduação da área da saúde” (Lessa, 2000, p.108), porque ela é um dos “instrumentos para correção das impropriedades na formação e aprimoramento da ação de várias profissões da saúde” (Machado, 2006, p.10). Ainda é dito que, com essa formação, os profissionais “devem estar cientes de que são múltiplas as questões que condicionam o modo de viver, adoecer e morrer, envolvendo aspectos políticos, sociais, ambientais e culturais e de saúde” (PUCRS, 2006, p.15). Consoante com o discurso dos residentes e do Estado, esses enunciados tratam dos temas que estão na ordem do dia: proteção ambiental, consciência política, cultura (como modos de saber e poder), e até da saúde, ou seja, questões de “importante impacto social” (PUCRS, 2006, p.15). Por que falar desses temas? São extensivos? Servem para todos? São recursos do dispositivo pedagógico da mídia?

Residência *Role-Models*, mas de que modelo estão falando? Qual a propaganda veiculada? Parece que enunciados que falam de coisas divergentes estão convivendo com a tentativa de *vender* a Residência como um produto a ser almejado, não só pelos profissionais diplomados nas universidades, mas também pelas instituições formadoras; pelos serviços, como uma oportunidade de qualificação; pelos gestores, para oferecer serviços necessários às suas comunidades. Fica a pergunta: será que a estratégia dos discursos divergentes inventa a Residência como algo a ser consumido?

“Eu vivia isolado do mundo”⁹: o discurso dos médicos

Uma mão grande, aparentemente de um homem, uma luva e um bisturi. Esta imagem desencadeia uma cascata no pensamento: uma série de saberes se ativa, aciona a imagem de um hospital, um lugar limpo e puro, com uma porção de equipamentos da mais avançada tecnologia, o lugar tido como privilegiado para a cura. Pode se ver, nesta imagem, uma mão, aquela que afaga, que acalenta, que exerce sua tarefa com precisão. A luva, aquela que protege tanto aquele que cura quanto o que está sendo curado: a superfície de contato entre o mundo do equipamento e o mundo da vida. O bisturi, aquele que invade o mundo da vida, se conecta com o sangue, com o pulsar, com a ardência e os desejos, com a dor... um movimento preciso.

A perfeição da atuação profissional de um médico é o que parece constituir essa imagem que acabo de descrever. Até pode ser... No entanto, essa imagem está localizada na capa de uma revista publicada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul¹⁰ (VOX Médica, 2007) e acompanha outra imagem portando os dizeres: “Formação multiprofissional da área da saúde: Quem ganha com isso?”. E há mais: a mão, visivelmente, tem quatro dedos, e a luva é de lã. Porém, não há com o que se preocupar: o desenho da revista está preso, ou como diria Foucault (2001, p.248): “estável prisão”. A descrição que se faz e o pensamento ativado, pela imagem, nos leitores e nas leitoras da revista estão soltos. São do mundo!

Com o que se ocupam as capas de revistas? Este é o lugar privilegiado de uma publicação, é a vitrine, a tentativa mais potente e sutil de captura do leitor. O desenho é tão simples: uma figura e o texto que a nomeia. O que cria a estranheza é a desqualificação dessa luva, que contradiz os mais dignos manuais de controle de infecção hospitalar. Quem não sabe que se deve utilizar uma luva esterilizada, vestida com técnica asséptica, para se preservar a pureza de um procedimento cirúrgico?

E o texto que a nomeia, constituindo outra imagem, outro desenho, que leva a pensar que a formação a que se refere ensina coisas inadequadas ao padrão acionado pela imagem do desenho: hospitalar, estéril, privado e centrado no médico. Um caligrama, com sua “tríplice função: compensar o alfabeto; repetir sem a ajuda da retórica; prender as coisas na armadilha de uma dupla grafia” (Foucault, 2001, p.250). Ao cercar duplamente, com palavra e desenho, o caligrama, na capa da revista, prepara sua arapuca: representa e se materializa na própria formação multiprofissional; é ele próprio o que pode ser dito; é ele próprio o que pode ser pensado. O discurso impresso pelas palavras e pelo desenho é a própria coisa, e faz extravasar, dispara a sua rede de significações. Essas significações são atribuídas por aqueles que recebem o texto e a imagem, porque é possível múltiplas leituras.

Voltando à luva que veste a mão com quatro dedos, percebemos que ela carrega outra representação, outro sentido para a imagem, outro enunciado emergente: luvas de lã são utilizadas na área de saúde quando da realização de procedimentos de avaliação da causa de morte, efetuados por profissionais com a titulação de técnico em anatomia e necropsia. Quando descritos esses procedimentos, com frequência, ouve-se a analogia comparando sua atividade à exercida por açougueiros ao lidarem com animais mortos. Outra característica da atividade do técnico em necropsia, que dá o que pensar, é que os órgãos retirados no procedimento não são *devolvidos* aos mesmos lugares, como exigiria um procedimento cirúrgico realizado em alguém que está vivo. O cérebro, por exemplo, é colocado no abdome, pois depois de retirado não poderá mais se adequar à caixa craniana. Quebra-cabeças com peças desordenadas: que tipo de saúde/cura é possível produzir?

⁹ Zeca Pagodinho. **Vivo isolado no mundo**. Disponível em: <<http://vagalume.uol.com.br/zeca-pagodinho/vivo-isolado-no-mundo.html>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

¹⁰ As revistas do SIMERS dirigem-se aos médicos sindicalizados no Rio Grande do Sul, portanto, têm um grande espectro de circulação e constituem poderoso instrumento de veiculação do discurso médico.

E o que mais há para pensar sobre essa imagem? Que tipo de subjetivação produz? Como interpela seus observadores? Que outras representações discursivas se constroem com base nos enunciados acerca da RMS produzidos por médicos? Por que os enunciados contrários a essa proposta de formação aparecem apenas nas publicações da categoria médica?

Em evento ocorrido, em junho de 2006, no auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – promovido pelo Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado “Residência Multiprofissional: Afinal, o que é isso?” – os convidados a falar são médicos: um deles ocupava o cargo de presidente da Associação de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul (AMERERS), e o outro atuava como consultor dessa instituição.

O método de formação denominado Residência Médica foi apontado pelos palestrantes como um modelo vitorioso, de ótima resolutividade. Ao tratar da RMS, referem que “uma idéia boa pode ter se perdido no meio do caminho” (CASL, 2006). Por vezes, parece divergente o discurso, pois ao mesmo tempo em que defendem as Residências em Enfermagem, em Fisioterapia, pronunciam, em tom unísono, que o termo Residência Médica só pode ser usado por médicos, pois “está na lei!” (CASL, 2006). Esse discurso é reforçado pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, que endereçou uma carta a todos os seus associados, no mês de outubro de 2007, para relatar encontro que teve com a diretoria de uma instituição de saúde, que mantém há quatro anos um Programa de RMS em Porto Alegre. Nessa carta, entre outras afirmações, o SIMERS deixa claro que “a existência de Residência Integrada em Saúde é um manifesto desejo de confundir. Residência sempre foi – em todo mundo – forma específica de pós-graduação de médicos” (SIMERS, 2007, p.1).

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

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

Os médicos pronunciam ainda: “Não há grupo sem liderança, a qual deveria, naturalmente, ser exercida pelo profissional com conhecimentos e habilidades suficientemente amplos para permitir a máxima integração entre os diferentes saberes: o médico!” (Formação, 2007, s.p.). Esse posicionamento se reproduz numa rede que cerca e sustenta o discurso hegemônico. Percebemos a construção desta rede em ações como, por exemplo: o projeto de lei do ato médico que, em sua primeira versão, propunha que os cargos de chefia dos serviços de saúde fossem ocupados apenas por médicos. Torna-se tão significativa a construção desse enredamento, a ponto de outros assuntos, como no caso da RMS, serem utilizados para carregar questões de fundo: os atos corporativos, a Residência Médica, a remuneração dos médicos.

Para não dizer que a totalidade de artigos médicos analisados veiculava opiniões contrárias às RMS, encontramos um artigo produzido do mesmo lugar (as entidades de representação da categoria): ao ser questionado “como está a questão da residência médica versus a residência multiprofissional?” (Lopes, 2006, s.p.), o secretário executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) responde: “não existe mais o versus. A residência multiprofissional é das profissões da área da saúde com exceção da médica. Isso é lei” (Lopes, 2006, s.p.). Complementa sua fala referindo que a Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica são modelos, pois “quem faz a residência médica tem um diferencial muito grande em relação a todos os outros profissionais” (Lopes, 2006, s.p.).

Analizamos outros três artigos que deram voz ao ex-secretário executivo da CNRM, e seu discurso é ambíguo, já que se refere à Residência Médica, ora como trabalho (na remuneração, na qualificação de seus profissionais etc), ora como “treinamento após a graduação” (AMB, 2008; Lopes, 2007a, 2007b), relevante quando se trata de falar do modelo pedagógico preconizado pela CNRM.

Ainda, observamos que há uma tentativa da categoria para se inserir na ordem discursiva predominante na área da saúde, ou seja, aquela que vai falar da Integralidade e do trabalho em equipe, pois os médicos afirmam que a Residência Médica “é, por excelência, multiprofissional”, “que só há uma residência verdadeiramente multiprofissional: é a residência médica” (Lopes, 2007b, s.p.). Por que se faz necessário “reverter” aquilo que se critica para considerá-lo como tradicional na categoria?

Entretanto, há um descompasso quando esta categoria fala em multiprofissionalidade, se comparado ao discurso das demais categorias. É comum encontrarmos equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade. Por exemplo, a equipe multiprofissional formada pelo traumatologista, o ortopedista e o fisiatra, ou seja, todos eles formados em medicina, mas oriundos de especialidades diferentes.

“Sem saber que o pra sempre, sempre acaba”¹¹

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

Percebemos que há discursos, quase exclusivos da categoria médica, contra a proposta de RMS. Esta univocidade intenta manter o poder da corporação. São tramas que utilizam as palavras daqueles que falam a favor, mas carregam outra representação cultural. Esta outra representação é encontrada no discurso da integralidade, da multiprofissionalidade (vista como sinônimo de massa amorfa), do trabalho em equipe (que insiste em afirmar a chefia de alguém que sempre deve ser o médico) e do SUS (como laboratório de experimentação, lugar para aprender e não se comprometer). Percebemos também a manutenção das vozes de homens, ocupantes de lugares considerados privilegiados pela categoria.

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

Esses jogos de verdade e enredamentos que se constroem a partir dos discursos e que, em nossa sociedade, constituem a RMS como uma invenção cultural,

¹¹ Renato Russo. **Por enquanto**. Disponível em: <<http://vagalume.uol.com.br/legiao-urbana/por-entanto.html>>. Acesso em: 14 set. 2007.

instituem-na de diferentes formas e a modificam de acordo com as políticas culturais e governamentais, dependendo da região ou instituição, onde a proposta se encontra inserida.

Colaboradores

Daniela Dallegrave participou da elaboração do artigo, da revisão bibliográfica, de sua discussão e da revisão do texto. Maria Henriqueta Luce Kruse participou da orientação, revisão do texto e das discussões.

Meus lenços e documentos...

ALBANO, S. **Michel Foucault**: glossário epistemológico. Buenos Aires: Quadrata, 2007.

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

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

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

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

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

_____. Edição 1. Publicação apócrifa. Porto Alegre, nov./2005.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial n. 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, DF, 2007.

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

CECCIM, R.B. Residência e Educação Permanente em Saúde no cenário do Sistema Único de Saúde, Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS, 5.; FÓRUM SOCIAL DE SAÚDE COLETIVA, 1., 2006, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires, 2006. [Mimeogr.]

CENTRO ACADÊMICO SARMENTO LEITE - CASL. **Residência multiprofissional: afinal, o que é isso?** Debate. Auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 16 de junho de 2006.

CHEEK, J. **Postmodern and poststructural approaches to nursing research**. California: Sage Publications Inc., 2000.

CGMRS - COLETIVO GAÚCHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Informativo RisGaúcha**, v.1, n.1, 2007.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na Ilha da Fantasia**: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

DA ROS, M.A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário. **Cad. RH Saude**, v.3, n.1, p.109-17, 2006.

DE CAMPOS, F.E. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na atual conjuntura brasileira. **Bol. Abrasco**, n.76, Seção ABRASCO Participa, maio/2000. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol76/bol76part1.htm>>. Acesso em: 2 dez. 2006.

DELEUZE, G. **Foucault**. Trad. Claudia Sant'Ana Martins. São Paulo: Brasiliense, 2006.

_____. ¿Que és un dispositivo? In: BALBIER, E. (Org.). **Michel Foucault, filósofo**. Trad. Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990. p.155-61.

FISCHER, R.M.B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e Pesquisa**, v.28, n.1, p.151-62, 2002.

_____. O estatuto pedagógico da mídia: questões de análise. **Educ. Real.**, v.22, n.2, p.59-79, 1997.

FORMAÇÃO de Massa Amorfa: Residência multiprofissional tenta reduzir importância do médico na equipe. **VOX Med.**, v.6, n.34, 2007. Disponível em: <http://www.simers.org.br/cms/php/site_vox_medica_internas.php?id_artigo=20&area=sindicato&menu=comunicacao&tabela=site_vox_artigos&id_edicao=15>. Acesso em: 12 jul. 2007.

FNRMS - FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Inf. Mov.**, v.1, n.2, s.p., 2007.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Trad. Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

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

_____. **A arqueologia do saber**. Trad. Luis Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

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

FUNDAP - FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. **Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)**. 2004. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=pap/aprespap.asp&linktitfigtxt=pap/papfiguratxt.asp¬icia=pap/papnoticias.asp&linktitfig=pap/papfigura.asp>>. Acesso em: 8 dez. 2006.

LAPPIS - LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. **Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, em Salvador**. 2007a. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=750&sid=20>>. Acesso em: 11 jul. 2007.

LESSA, G.M. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n.esp., p.107-10, 2000.

LOPES, A.C. **Reflexões sobre a residência médica**. Setembro, 2007a. Disponível em: <<http://www.reporterdiario.com.br/index.php?id=35600>>. Acesso em: 18 set. 2007.

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

_____. **Entrevista**. Ago./2006. Disponível em: <http://www.amrgs.org.br/entrevistas_detalhe.asp?campo=1049&secao_id=143>. Acesso em: 24 jul. 2007.

MACHADO, K. Equipe Mínima, dilemas e respostas. **RADIS**, n.51, p.8-10, 2006.

MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. (Org.). **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989. p.VII-XXIII.

OLIVEIRA, E.N. et al. Residência em Saúde da Família: a preceptoria de enfermagem lapidando seu objeto de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n.esp., p.111-5, 2000.

PETERS, M. Parte I: estruturalismo, pós-estruturalismos e pós-modernismo. In: _____. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.p. 43-60.

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

RAMOS, A.S. Aracaju: em foco o modelo "Saúde Todo Dia". A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Debate. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2006. p.77-83.

RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família: do movimento sanitário à nova forma de tratar a comunidade. **Rev. Brás. Saúde Família**, v.7, n.10, p.4-7, 2006.

RESIDÊNCIA Multiprofissional: categoria médica foi excluída. **J. Assoc. Med. Bras.**, v.46, n.1335, p.5, 2005.

SILVA, F.V. Residência em área profissional da saúde/residência multiprofissional em saúde: sociedade civil e estado na construção coletiva de uma política pública. **J. Assoc. Bras. Enferm.**, v.48, n.1/2, p.18, 2006.

SILVA, T.T. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, T. (Org.). **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.247-58.

SIMERS - SINDICATO MÉDICO DO RIO GRANDE DO SUL. **Carta enviada aos associados no Sindicato Médico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2 out. 2007.

VEIGA-NETO, A. Pensar a escola como uma instituição que pelo menos garanta a manutenção das conquistas fundamentais da Modernidade (entrevista). In: COSTA, M.C.V. (Org.). **A escola tem futuro?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.103-26.

VEIGA-NETO, A.; LOPES, M.C. Identidade, cultura e semelhanças de família: as contribuições da virada lingüística. In: BIZARRO, R. (Org.). **Eu e o outro: estudos multidisciplinares sobre identidade(s), diversidade(s) e práticas interculturais**. Porto: Areal, 2007. p.175-90.

VOX MÉDICA. Porto Alegre: Mercado, v.6, n.34, 2007.

Trata da Residência Multiprofissional em Saúde como uma invenção cultural constituída a partir do SUS e intenciona a inquietação e desestabilização de verdades sobre a residência multiprofissional. Utiliza o referencial teórico pós-estruturalista, com base nas ferramentas de Foucault: discurso, poder e dispositivo. Aponta que essa invenção cultural se deu com a edificação de discursos que falam sobre o que a residência é ou deveria ser. O texto procura mostrar como o tema se apresenta nos materiais produzidos e veiculados pelo Estado, pelos residentes, profissionais de saúde, programas de residência e médicos (residentes ou não). Os discursos dividem-se entre aqueles que falam a favor e contra a proposta. Neste último se incluem as produções dos homens da categoria médica, que ocupam espaços de poder. A favor, falam sujeitos sem distinção de gênero, articulam-na com outros poderosos discursos como o da integralidade e o do SUS.

Palavras-chave: Residência multiprofissional em saúde. Educação. Poder.

**In the eye of the hurricane, on fantasy island:
the invention of multiprofessional residence within healthcare**

Multiprofessional residence within healthcare was taken as a cultural invention constituted from SUS. The aim here was to disturb and destabilize the truths about multiprofessional residence. A poststructuralist theoretical reference point was used, with tools proposed by Foucault: discourse, power and device. This cultural invention was shown to have taken place through elaboration of discourse on what residence is or should be. This paper seeks to show how this topic is presented in materials produced and disseminated by the State, residents, healthcare professionals, residence programs and physicians (whether residents or not). The discourse is split between people speaking in favor of and against the proposition. The latter consists of discourse produced by men in the medical profession who occupy positions of power. The people in favor of the proposition, regardless of gender, link up through another powerful form of discourse that, for example, advocates comprehensiveness and favors SUS.

Key words: Multiprofessional residence within healthcare. Education. Power.

**En el ojo del huracán, en la isla de la fantasía:
la invención de la residencia multi-profesional en Salud**

Trata de la Residencia Multi-profesional en Salud como una invención cultural constituída a partir del Sistema Unificado de Salud e intenciona la inquietación y desestabilización de verdades sobre la residencia multi-profesional. Utiliza el referencial teórico pos-estructuralista a partir de los recursos de Foucault: discurso, poder y dispositivo. Apunta que esta invención cultural se dio con la edificación de discursos que hablan sobre lo que la residencia es o debería ser. El texto trata de mostrar como el tema se presenta en los materiales producidos y divulgados por el Estado, por los residentes, profesionales de salud, programas de residencia y médicos (residentes o no). Los discursos se dividen entre quienes hablan a favor y en contra de la propuesta. En este último están las producciones de los hombres de la categoría médica que ocupan espacios de poder. A favor hablan sujetos sin distinción de género y la articulan con otros poderosos discursos como el de la integridad y el del Servicio Unico de Salud.

Palabras clave: Residencia multi-profesional en salud. Educación. Poder.

Recebido em 12/05/08. Aprovado em 29/06/08.