

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
ESPECIALIZAÇÃO PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

ALICE FALCÃO PEREIRA

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM PORTO ALEGRE: A  
CONSTRUÇÃO DO DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL  
GLÓRIA-CRUZEIRO-CRISTAL**

Porto Alegre

2013

ALICE FALCÃO PEREIRA

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM PORTO ALEGRE: A CONSTRUÇÃO  
DO DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL GLORIA-CRUZEIRO-CRISTAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS).

Orientadora: Profa. Dra. Jeane Félix

Porto Alegre

2013

Dedico este trabalho à *Maria Cristina Carvalho da Silva* (in memoriam), trabalhadora da saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, integrante da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e militante da saúde coletiva, por sua disponibilidade e assessoria na elaboração do Projeto de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

## RESUMO

A formação permanente de profissionais na saúde constitui-se em um dever do Sistema Único de Saúde no cumprimento de seus princípios doutrinários, sendo imperativo a integração entre os campos da Saúde e Educação. O presente trabalho tem por objetivo apresentar algumas das questões que envolvem o processo de integração ensino-serviço no município de Porto Alegre, considerando os diferentes segmentos implicados nessa ação, como a Gestão Municipal, Instituições de Ensino e Controle Social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com análise documental de planos e relatórios de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), atas e relatórios do Controle Social, livro A arte de ensinar e fazer saúde, a partir de uma estratégia de apreciação dos dados com base em elementos temáticos como relações entre gestão, instituições de ensino e controle social, formação profissional, prática do cuidado em saúde, trabalho em equipe e educação permanente dos/as trabalhadores dos serviços de saúde do SUS, buscando estabelecer as relações de ensino-serviço ocorridas na implementação do Distrito Docente-Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. As categorias analisadas foram as relações entre as instituições parceiras, ou seja, Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, relações entre docentes, discentes, profissionais de saúde da região e a participação do Controle Social nesse processo. A autora trabalha em serviço de saúde da SMS, exercendo atividade de supervisão/preceptoria, com participação junto ao Controle Social, sendo pesquisando e pesquisada. Os resultados do estudo assinalam que os segmentos incluídos no processo de integração ensino-serviço mostram-se envolvidos com as propostas de mudanças imprescindíveis na formação em saúde, comprometidos com o atendimento das necessidades sociais da saúde e com a consolidação das relações entre gestão, instituições de ensino, controle social e serviços de atenção na perspectiva de novos patamares de formação e assistência para a efetivação do SUS.

Palavras Chaves: Ensino-Serviço. Formação em Saúde/SUS. Distrito Docente-Assistencial

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
2 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: O SUS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	10
2.1 O SUS e seus antecedentes históricos.....	10
2.2 Aproximações entre o SUS e Universidade.....	12
2.3 Contribuição das conferências para a integração ensino-serviço.....	14
2.4 Educação e Saúde no processo de formação.....	16
2.4.1 Orientações do Ministério da Educação.....	17
2.4.2 Orientações do Ministério da Saúde.....	20
3 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE: A INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO COMO UMA POLÍTICA ESTRATÉGICA.....	25
3.1 A municipalização da saúde em Porto Alegre: os distritos sanitários.....	25
3.2 Estrutura Organizacional da SMS: ensino e serviço.....	27
3.3 Os serviços de saúde como cenários de aprendizagem.....	29
3.4 Política Municipal de Integração Ensino-Serviço.....	31
3.5 A participação do controle social.....	34
4 A TRANSFORMAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL EM DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL.....	37
4.1. Aproximação da Universidade com a Região.....	38
4.2. Pró-Saúde: a integração docente-assistencial no distrito sanitário.....	40
4.3 Dificuldades e desafios.....	41
4.4. Avanços: a consolidação do distrito docente assistencial GCC.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	55

## INTRODUÇÃO

A concepção ampliada de saúde que consta no texto constitucional contempla a universalidade do direito à saúde, a equidade, a participação, a integralidade e a resolutividade como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para garantir o direito à saúde nessa perspectiva, se faz necessário, entre outras medidas, investir na formação de profissionais de saúde para atuarem na rede de serviços que compõem o SUS, tarefa esta que se coloca como um grande desafio para gestores/as, educadores/as e, também, para os/as profissionais de saúde.

O processo de reformulação da atenção à saúde constituiu-se como resultado histórico de lutas político-sociais que foram lideradas pelo “movimento sanitário”. Tais lutas culminaram na elaboração do capítulo sobre saúde na constituição de 1988, cujo resultado foi a definição do sistema público de saúde no país. Nesse período, a maioria dos/as profissionais que atuavam nos serviços de saúde não estava familiarizada com os princípios do Sistema. Desde então, os espaços cotidianos de serviço têm sido cenários de disputas quanto à reorganização da assistência e à ressignificação dos princípios do SUS (ALBUQUERQUE, 1994).

O sistema hegemônico de atenção à saúde, centrado na assistência médica curativa, hospitalar e especializada, vinculada à vertente de interesses econômicos e corporativos deu lugar a um sistema cujo modelo de atenção valoriza a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, exigindo um perfil de formação e de prática dos profissionais do setor harmonizado com o novo paradigma de saúde (FEUERWERKER, 1998).

No sentido de tornar o SUS uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, algumas estratégias foram implementadas visando transformações nos processos de formação, com base na reorientação teórica, nos cenários de prática (integração docente-assistencial, diversificação dos cenários e articulação dos serviços assistenciais com o SUS) e na reorientação pedagógica (BRASIL, 2005).

As principais iniciativas formam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (BRASIL, 2004).

Legítima e legalmente, os dois setores - saúde e educação - devem ocupar-se da formação na área da saúde, de forma articulada, promovendo a cooperação técnica entre os respectivos Ministérios (HADDAD et al., 2006) e submetendo as principais decisões à participação popular (BRASIL, 2004a). Buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida e de produção de cuidados à saúde, iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação no campo da saúde têm historicamente procurado articular esses dois contextos, aparentemente desconectados (FEUERWERKER, 1998).

Acredito que a integração ensino-serviço é uma estratégia capaz de potencializar mudanças na formação profissional, pois apresenta-se como um elemento central do processo de reestruturação da formação profissional, encaminhando reflexões que buscam cooperar com os atuais desafios à formação de um novo perfil profissional. Para Laura Feuerwerker (2002), transformar a formação profissional exige mudanças profundas que implicam alterações não apenas de concepções e práticas, mas também de relações de poder nas universidades, nos serviços de saúde e no campo das políticas.

Desse modo, este estudo apresenta questões que envolvem a integração ensino-serviço no conjunto de ações para a implementação de Distritos Docentes Assistenciais no município de Porto Alegre. A análise tem por base a relação entre as orientações dos Ministérios da Saúde e da Educação como norteadoras para a formação em saúde.

A abordagem que desenvolvi neste trabalho visa contemplar as relações decorrentes da integração ensino-serviço entre gestão, instituições de ensino e controle social, considerando a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, um novo tipo de formação profissional, a prática do cuidado em saúde, o trabalho em equipe e a educação permanente dos/as trabalhadores dos serviços de saúde do SUS.

Este trabalho examina a experiência da construção do Distrito Docente-Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal, numa parceria entre Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, apontando neste contexto as relações, os desafios e as tensões entre os segmentos envolvidos na formação dos profissionais de saúde como, também, no campo do cuidado dos serviços de saúde.

A metodologia utilizada neste estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa do

tipo documental. Assim, analisei Planos Anuais e Relatórios Quadrimestrais da Secretaria Municipal de Saúde, disponibilizados na página da Secretaria na internet, referentes aos anos 2010 a 2012; Documentos e Resoluções também disponibilizados no site da SMS pela Comissão Permanente de Ensino-Serviço; Atas, relatórios e ofícios do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Distrital de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal e do Conselho Distrital de Saúde Centro; o livro “A arte de ensinar e fazer Saúde - UFRGS no Pró-Saúde II: relatos de uma experiência” (2011); atas do Comitê Gestor, disponibilizadas no seu blog<sup>1</sup>, referentes ao período de 2010 a 2011.

A motivação para este estudo se deu a partir do desempenho de atividades na área assistencial e atividades relacionadas à supervisão e preceptorial na formação de profissionais da área da saúde, enquanto trabalhadora em serviço público, além da participação junto ao Conselho Distrital de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal. Essas participações no processo de ensino-serviço, em diferentes espaços e serviços, colocam a autora como pesquisanda e pesquisada.

A monografia foi construída da seguinte maneira: o presente momento (primeiro) se refere à introdução do trabalho. No segundo momento, procuramos contextualizar o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), apontando as iniciativas antecedentes relacionadas com a relação da educação com a saúde. Para a implementação do SUS, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, numa ação conjunta estabeleceram orientações visando uma formação profissional em conformidade as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde.

Na terceira parte, abordamos a atuação da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), como gestora do SUS, e a organização da saúde no município de Porto Alegre. Mencionamos a articulação da SMS com as Instituições de Ensino na perspectiva da inserção dos estudantes nos serviços de saúde. Esse processo resultou na constituição de uma política de integração ensino-serviço, com a contribuição do Controle Social.

No último momento, apresentamos a parceria de ensino-serviço da Secretaria Municipal da Saúde com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com a participação do Controle Social. As ações de ensino dos cursos da área da saúde ocorreram no Distrito de Saúde Glória-Cruzeiro-Cristal, construindo-se assim uma integração docente-

<sup>1</sup> Disponível em: <http://prosaude-ufrgs.blogspot.com.br/p/comite-gestor>.



assistencial nesse território. Analisamos os avanços, as dificuldades e os desafios no processo de transformação desse Distrito Sanitário em Distrito Docente-Assistencial.

Este trabalho não pretende esgotar o assunto, mas permitir identificar aspectos importantes no que se refere à integração ensino-serviço no município de Porto Alegre.

## 2 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: O SUS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

### 2.1. O SUS e seus antecedentes históricos

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde construído a partir da luta por melhores condições de assistência à população e seu ideário envolve a ampliação da concepção de saúde e a crítica ao modelo médico-curativo hegemônico. A criação do SUS situa-se no âmbito de movimentos internacionais que propuseram mudanças profundas no modo de abordar a saúde. As transformações assistenciais na saúde que culminaram na criação do SUS foram influenciadas pelos Movimentos Preventista, Saúde Coletiva e Reforma Sanitária.

Conforme destaca Sérgio Arouca (2003), o Movimento Preventista ocorrido na década de 1950, contesta a ineficiência da prática médica centralizada na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção; a crescente especialização da Medicina, o que teria prejudicado o humanismo médico; o enfoque predominantemente biológico; o individualismo curativo, gerando o esquecimento dos reais problemas de saúde da população; educação médica voltada para a ideologia curativa.

Emerson Merhy (2006) afirma que a década de 1960 encerrou o ciclo econômico da era Vargas, na qual ocorreu aumento da miséria e a piora das condições de saúde da população brasileira. No Governo Militar se intensificou a separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública. Esse período foi marcado pelo sucateamento do setor público associado ao déficit nas ações sanitárias.

Já na década de 1970, houve uma grande transformação no perfil da população que passou a se caracterizar como industrial e urbana, com desigualdades sociais marcantes. No ano de 1974, o Governo Federal visando melhorar a saúde pública reorganizou a estrutura institucional do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Ao final da década, projetos governamentais buscavam uma ação mais integradora entre o MPAS e os outros serviços públicos com mais controle sobre o setor privado e um maior investimento na rede pública de serviços (MERHY, 2006).

A política de saúde adotada pelos governos militares caracterizou-se pela medicina de cunho individual e assistencialista em detrimento de ações de saúde coletiva. Os problemas sociais brasileiros aumentavam e as medidas relacionadas à saúde da população mostravam-se ineficientes. Surgiu, então, um movimento que se tornou conhecido como Reforma Sanitária e que propunha mudanças no modelo de saúde curativa. Tal movimento, envolveu profissionais de saúde, autoridades, intelectuais e a população, tornando-se uma força política contestatória ao regime em vigor e à política de saúde marcada pela corrupção, por parte dos setores privados que superfaturavam pelos serviços prestados (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Ainda nos anos de 1970, implementou-se o campo de conhecimento denominado Saúde Coletiva, tendo como uma das premissas fundamentais considerar as práticas em saúde como práticas sociais. Para efetivação das propostas do Movimento Sanitário destaca-se a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979.

O modelo de saúde hegemônico na década de 1970 foi caracterizado pela alta centralização de recursos e de decisão no âmbito federal, a partir do Ministério da Saúde que realizava ações preventivas, e da Previdência Social que realizava ações curativas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. A política de saúde apoiava-se na parceria entre Estado e segmento privado através do credenciamento de médicos e pela contratação de serviços hospitalares e laboratoriais, que eram realizados por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Esse período foi marcado pelo grave desequilíbrio econômico, pela crise da previdência social brasileira e pelo processo de redemocratização, que impulsionaram mudanças na política de saúde nacional.

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 198 assegura o sistema brasileiro de proteção social, integrado pela Previdência Social, Assistência Social e Saúde. A organização do sistema de saúde teve por base três diretrizes: descentralização, atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas) e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/90, que trata da legislação do SUS, traz no seu texto os princípios que orientam suas políticas, que são: a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia

das pessoas, a igualdade da assistência à saúde, o direito à informação, a divulgação de informação ao usuário, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a integração com o meio ambiente e saneamento básico, a conjugação de recursos das três esferas de governo, resolutividade em todos os níveis de assistência e organização dos serviços (BRASIL, 1990a).

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade assegura o direito à saúde de todos os cidadãos e o acesso sem discriminação, ao conjunto de ações e serviços de saúde ofertados. A integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afeta os indivíduos e as coletividades e implica na prestação continuada do conjunto de ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação. A equidade relaciona-se à prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer. Os princípios e diretrizes do SUS orientam a reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). A saúde como direito requer do Estado sua implementação mediante políticas específicas e/ou afins considerando a intersetorialidade.

Na trajetória do SUS a mudança das práticas e da formação dos/as profissionais do setor, foi se delineando a partir da articulação da saúde e a da educação, por parte de segmentos comprometidos na perspectiva de construir um sistema público de saúde.

## 2.2. Aproximações entre o SUS e Universidade

Nos anos 1970, uma das iniciativas de aproximação da Universidade com os serviços de saúde da rede pública ficou conhecida como Extra-Muros, já que possibilitava estabelecer um processo de aprendizagem junto à população, dentro do modelo de saúde comunitária, buscando oferecer uma atenção integral e humanizada. O novo ordenamento instaura o deslocamento do aprendizado do Hospital para os serviços da rede de Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse período, as atividades de extensão eram efetivadas na periferia e a graduação permanecia com o processo de aprendizagem no hospital.

Nas décadas de 1970 e 1980, a estratégia de integração docente-assistencial (IDA), ganha destaque, sendo precursora na articulação de cursos de medicina, enfermagem,

odontologia, dentre outros, com os serviços de saúde. As ações desenvolvidas tiveram influências limitadas, visto que muitas das experiências inovadoras persistiram de forma isolada nas universidades e as relações constituídas com os serviços se deram num formato verticalizado. Entretanto, essa aproximação da universidade com os serviços de saúde contribuiu significativamente para a construção do SUS (FEUERWERKER, 2002).

Na década de 1990, surge o Programa Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade (UNI). Sua proposta central se baseou na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade, como o alicerce sobre o qual deviam estar fundados os processos que promoviam uma educação transformadora aos profissionais e aos sistemas de saúde. Até aquele momento, esses atores estabeleciam entre si relações bilaterais, expressas pela Integração Docente-Assistencial (universidade-serviços), pela Extensão Universitária (universidade-comunidade) e pela Atenção Primária à Saúde (serviços-comunidade). A proposta do UNI era articular esses três atores num sistema orientado para a inovação das práticas de saúde dentro da reorganização dos serviços; para a transformação da formação profissional e para o fortalecimento da organização comunitária (FEURWERKER, 2002). Portanto, caracterizam-se pela multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e inclusão da população.

A Rede UNIDA surgiu em 1997 como um novo movimento, integrando participantes dos movimentos IDA e UNI, tendo como enfoque a elaboração de propostas inovadoras para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. Uma de suas premissas foi a cogestão do processo de trabalho, em que os integrantes compartilham poderes, saberes e recursos. Todavia, disputas ocorreram no interior da academia, dos serviços e da comunidade, bem como nos espaços de negociação entre eles. A Rede Unida propunha o estabelecimento de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, buscando influenciar as políticas públicas, como, por exemplo, no trabalho em torno da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para as profissões da saúde (FEURWERKER, 2002).

No processo de definição das DCNs, promovido pelo Ministério da Educação, a participação da Rede Unida foi fundamental, pois mobilizou os setores da saúde para que passassem a influenciar de modo mais organizado, na definição dos perfis profissionais mais

adequados às necessidades da sociedade. Ainda nos anos 1990 – Projeto Avaliação da Educação Médica (Cinaem – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) – uniprofissional, inclusão do protagonismo estudantil e dos/as gestores de saúde (3 fases: 1990 -2000); Cinaem – uma nova teoria científica da educação dos profissionais de saúde: do centro nas doenças para o centro nas necessidades de saúde e em ruptura com o pensamento médico-hegemônico, base de processos importantes de reforma curricular pela implementação da Reforma Sanitária desde o currículo, devendo-se assumir a dimensão cuidadora da práticas de saúde.

### 2.3 Contribuição das conferências para a integração ensino-serviço

A primeira Conferência realizada após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde sugere que, para implementar o SUS, é necessário assegurar políticas para a capacitação (educação continuada/desenvolvimento) e para a formação (certificação/habilitação profissional).

A IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, cuja chamada foi a “municipalização é o caminho”, apontava que para a implementação do SUS com relação a área de recursos humanos seria necessário: 1) assegurar uma Política de formação e capacitação de Recursos humanos articulada com os órgãos formadores; 2) regulamentação do artigo 200, inciso 3º que consta da CF e que atribui ao SUS a tarefa de formação de recursos humanos; 3) garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde, bem como articulação destas com instituições públicas de ensino superior; 4) garantir que as Secretarias Estaduais e Municipais destinem recursos para capacitação e treinamento de pessoal, através de atividades de administração e desenvolvimento; 5) assegurar a manutenção e continuidade de Programas de Residência Médica pelas Unidades do SUS, bem como de ampliação do número de vagas e contemplação das demais categorias da área da saúde (BRASIL, 1992)

A partir dessa Conferência e que será repetida nas seguintes, o Controle Social demonstrava comprometimento para que os gestores oferecessem recursos orçamentários para a educação e desenvolvimento dos/as trabalhadores/as, inserindo-se a gestão de recursos humanos. Firma-se assim uma nova visão de gerenciamento do próprio trabalho, se configurando como educação pelo trabalho.

A X Conferência de Saúde cuja chamada foi “onde dá SUS, dá certo!”, em 1996,

propôs a qualificação dos/as trabalhadores/as em saúde, colocando ao Ministério da Saúde e às Secretarias estaduais e Municipais, a responsabilidade de promover programas permanentes de formação, capacitação e, educação continuada, atualização e motivação dos profissionais em saúde. Para tanto, se buscou articulação de uma política de desenvolvimento e formação junto as Universidade e gestores em saúde, visando fortalecer o SUS, e originando-se daí o desafio de formulação permanente de capacitação para os municípios (BRASIL, 1996a).

Por sua vez, a XI Conferência de Saúde contribuiu com diversos elementos em prol da consolidação da interface formação-gestão, ou seja, desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde (Conselheiros/as, promotores/as do MP, população em geral) até o fortalecimento dos princípios do SUS. Além disso, tratou de estimular a diversificação dos papéis das profissões em que as prerrogativas vigentes fossem reguladas pela ética e não pelos Códigos normativos e prescritivos, oportunizando as Residência Multiprofissional ou Interdisciplinar (BRASIL, 2000).

A XII Conferência de Saúde - SERGIO AROUCA - convocada como “Saúde: direito de todos, dever do Estado – a saúde que temos, a saúde que queremos”, realizada em 2003, recomendou mudanças no setor educacional nos diversos níveis de ensino e da formação profissional, implicando no desenvolvimento de informações adequadas, na melhoria da capacidade gerencial, na ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições. Também indicou parceria com instituições de pesquisa, universidades, ONGs na produção de conhecimento sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde para orientar ações (BRASIL, 2003).

A XIII Conferência Nacional, realizada em 2007, “Saúde e Qualidade de Vida: políticas de Estado e Desenvolvimento” assinalou que Ministérios da Saúde e da Educação deveriam, de modo articulado, formular uma política de redirecionamento dos cursos de graduação e pós-graduação, para atender às necessidades do SUS. Tal política levaria em consideração as mudanças necessárias na estrutura formal da educação na saúde utilizando o SUS como campo de práticas, favorecendo a reorientação e melhoria da qualidade da formação, visando ao atendimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007).

A XIV Conferência Nacional de Saúde: “Todos usam o SUS/SUS na Seguridade

Social/Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”, realizada em 2011, referiu que o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, regulasse a criação e ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área de saúde, incluindo em suas disciplinas ou módulos temas sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios, diretrizes e modos de funcionamento e preparando os profissionais de saúde para o trabalho no SUS. Também indicou estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento (BRASIL, 2011).

Todas as conferências, a partir da instituição do SUS, mantiveram nos seus relatórios finais, a agenda da formação de profissionais articulada com os serviços de saúde, apontando para o compromisso com as diretrizes do sistema público de saúde.

#### 2.4 Educação e Saúde no processo de formação

A implementação do SUS protagonizou mudança de paradigma na política de saúde promovendo uma nova concepção de saúde e uma nova forma de assistência. Essa transformação apontou para a necessidade de articulação interministerial e o compromisso de uma política de Estado, e não uma política de governo, para a formação dos/as profissionais de saúde em nível superior. Isso significa fortalecer a institucionalização da articulação entre os setores saúde e educação no âmbito da formação de profissionais da saúde. Nessa perspectiva de mudança estão implicados dois segmentos: 1) o Serviço, focado nos profissionais já formados e atuantes; e 2) a Academia, focado nos novos profissionais que irão compor o quadro de trabalhadores do SUS no futuro.

A partir de 2003, o governo federal iniciou a execução de políticas para a formação continuada de profissionais de saúde, em reconhecimento à exigência de adequar o ensino das profissões da saúde às reais necessidades da população brasileira, considerando as demandas sociais diversificadas. Essa ação governamental buscava executar os preceitos legais referentes à saúde inscritos na Constituição Federal de 1988 e no SUS, tendo como um dos seus objetivos a construção de aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras.

##### 2.4.1 Orientações do Ministério da Educação



A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), publicada pelo Ministério da Educação sob nº 9.394/96 estabeleceu orientações para a educação nacional, desde a educação básica (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) até o ensino superior.

Dessa forma, mostrando preocupação com o acesso à educação e com a participação da família e do Estado no processo educacional, a LDB indica a necessidade de construir-se o vínculo entre o mundo do trabalho e da prática social, conforme seu artigo 1º, Título I ‘Da Educação’, afirma: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais” (BRASIL, 1996b).

Em relação à educação superior, a LDB indica que ela deve estimular o pensamento reflexivo do educando; o desenvolvimento e aperfeiçoamento científico e cultural a serviço da sociedade. Portanto, o conhecimento acadêmico não deve ficar restrito em si mesmo mas aproximar-se do cotidiano da população.

Dentro dessa concepção, em abril de 2001, o Ministério da Educação e o Conselho Nacional da Educação estabeleceram as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação por meio do Parecer CNE/CES 583/2001, podendo-se destacar a indicação dos campos de estudo e experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos; o incentivo a uma sólida formação geral, de modo a permitir variados tipos de formação e habilitações; além de propiciar conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, fortalecendo assim a articulação entre teoria e prática (BRASIL, 2001a).

Em relação ao perfil do/a aluno, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Saúde apontam que a formação destes/as deverá:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001b, 2001c, 2001d, 2002).

É importante mencionar que as diretrizes curriculares visam instigar os/as alunos/as a

“aprender a aprender”, assegurar a formação de profissionais com discernimento e autonomia para garantir uma formação que leve em conta a atenção integral e a humanização do cuidado, visto que seu objetivo é:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (op.cit.).

Para se produzir práticas inovadoras no processo de formação é preciso considerar nos currículos dos cursos da saúde, conteúdos e métodos de forma associada. O processo de construção do currículo pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora que se refere à coletividade e às características particulares locais, remetendo à integração ensino-serviço e à articulação entre universidade e serviços de saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PINHEIRO, 2006).

Na educação da saúde, as DCNs apontam para mudança em direção às práticas cuidadoras, ao trabalho em equipe e ao compromisso com o SUS, tendo em vista a afirmação da vida pelo aporte das ciências da saúde, no entrelaçamento dos conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais (CECCIM; CARVALHO, 2006).

As DCNs afirmam, ainda, a importância da inserção do/a aluno/a nos serviços de saúde, o protagonismo dos estudantes no processo ensino-aprendizagem e a valorização de competências que ultrapassam habilidades técnicas-científicas. Dessa forma, é imprescindível a relação entre teoria e prática com a integração entre ensino e serviço de saúde. Assim o aprender fazendo e a reflexão crítica sobre a prática potencializam a produção de conhecimento em relação às experiências obtidas junto aos serviços.

Deste modo, formar é muito mais do que treinar o/a educando/a no desempenho de destrezas. Particularmente, porque treinamentos e capacitações descontextualizadas não dão conta dos desafios inerentes à formação de profissionais de saúde que atuarão (ou já atuam) no SUS (MEYER e FÉLIX, 2012). “A reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria-prática” (FREIRE, 1996, p.22). O autor afirma ainda:

[...] quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao

ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado (FREIRE, 1996, p.23).

Em relação às metodologias de ensino, Freire (2005, p.83) compara a educação bancária com a problematizadora, apontando a primeira como assistencialista e inibidora da criatividade, e a segunda como estimuladora da reflexão e da capacidade inventiva.

A partir de uma prática problematizadora da realidade local e envolvendo os diversos segmentos humanos e estruturais no processo de formação, torna-se possível a articulação do sistema de saúde com as instituições de ensino, permitindo a transformação das práticas educativas e assistenciais. A educação em serviço evidencia o potencial pedagógico do trabalho, proporcionando uma aprendizagem contínua e de natureza participativa, articulando o fazer, o educar, o saber e o conviver.

Desta forma, o cotidiano do trabalho torna-se um ambiente que permite a reflexão e avaliação das ações produzidas neste espaço. Para Ricardo Ceccim (2005):

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho concreto de cada equipe – e de construir novos pactos de convivências e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM,2005, p.165).

As DCNs propuseram, também, mudanças pedagógicas no âmbito da formação dos/as profissionais de saúde para que esta não se reduza a reprodução dos conhecimentos prontos, limitados à formação profissional técnica, mas como um processo de emancipação dos sujeitos, no qual valores como participação, ética, solidariedade e esperança sejam também fundamentais.

Nessa perspectiva, faz-se necessária a aproximação entre as instituições formadoras e o mundo do trabalho fortalecendo a integração ensino-serviço por meio da compreensão acerca do processo de trabalho e da realidade social, promovendo-se uma inovação pedagógica. O trabalho passa a ser um espaço produtivo para o desenvolvimento dos

processos de ensino e aprendizagem, provocando nos atores envolvidos no processo uma ruptura com a acomodação e a alienação, possibilitando experiências contextualizadas com o mundo do trabalho e estimulando o exercício da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade.

As DCNs, assim como as Diretrizes do SUS, dentro do movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde exigem que as instituições formadoras se comprometam com a produção de saberes e novas práticas a partir das necessidades da população. Assim, a articulação entre educação superior e sistema de saúde deve acompanhar o SUS, de acordo com a Constituição, a Lei Orgânica da Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde (CECCIM; FEURWEKER, 2004a).

#### 2.4.2 Orientações do Ministério da Saúde

De acordo com a Lei nº 8.080, a política de recursos humanos implementada pelo Ministério da Saúde será formalizada e executada através da organização de um sistema aplicável a todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação (BRASIL, 1988, 1990a).

Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturarem mecanismos de atuação educacional, que deem conta de ambas as funções, conforme Artigo 15 da Lei 8080/90:

“A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; XIX - realizar pesquisas e estudos na área da saúde (BRASIL, 1990)”.

Cabe lembrar que o número de profissões na área da saúde se expandiu para 14 profissões, mediante o reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 218/97, representando um avanço para esses profissionais e para a área da saúde, que ampliou a multidisciplinaridade na saúde (BRASIL, 1997).

O Ministério da Saúde, em 2002, lançou o Programa de Incentivo à Mudança

Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), que consistiu num edital de seleção de melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para aos Cursos de Medicina aprovadas em 2001 (CARVALHO e CECCIM, 2007).

A criação, no Ministério da Saúde, do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES), em 2003, demonstrou que o Ministério da Saúde passou a priorizar a mudança na formação superior. O DEGES possui a função de motivar e propor ações em duas grandes áreas: a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e a educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2006a).

Já em 2004, foi instituída a política nacional de educação permanente em saúde (EPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. A partir de então, para viabilizar essa política, iniciou-se o processo de implantação dos polos de educação permanente em saúde. Constituídos por locorregiões, os polos são instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional (BRASIL, 2007b).

Para Ceccim (2005), a EPS é um processo de aprendizagem que promove a reflexão sobre as práticas do cotidiano. Os polos seriam os espaços coletivos para essa reflexão, envolvendo participantes do segmento de gestores, formadores, profissionais do serviço e do controle social. Para o autor:

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005, p.161)

Cabe destacar que, em agosto de 2007, a portaria nº 1.996 do Ministério da Saúde extinguiu os polos como instâncias de articulação regional e interinstitucional, passando a condução regional da política de EPS para os colegiados de gestão regional com a

participação das comissões permanentes de integração ensino-serviço (CIES). A portaria ainda alterou a forma de planejamento e de financiamento da política. A efetivação da nova portaria certamente implicará novos arranjos para o fortalecimento da política de EPS (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde implementou políticas de incentivo à formação de profissionais constituindo os seguintes programas: PROMED, Aprender SUS, Ver SUS Brasil, Pró-Saúde Educar SUS, entre outros (BRASIL, 2004b, 2004c, 2005 a, 2005 b ; CARVALHO e CECCIM, 2007).

Ampliando a política do SUS voltada para a educação universitária, em 2004, o MS estimulou o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde, através do ‘ Aprender SUS’, que contou com a adesão maciça dos estudantes de graduação do conjunto das várias profissões de saúde e de amplos segmentos populares (ibidem).

Os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram em 2004 o AprenderSUS- o SUS e os cursos de graduação da área da saúde (BRASIL, 2004a). O objetivo era de apoiar a gestão do ensino em coerência com as diretrizes e os princípios constitucionais do SUS e a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. O Aprender SUS tinha por objetivo fortalecer ainda mais as relações entre o SUS e as instituições de ensino superior, tendo os princípios e valores do SUS como eixo de mudança na formação dos cursos de saúde (BRASIL, 2004b).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, através da Portaria nº 198/GM/MS. Este programa teve por base três eixos, a saber: relação educação-trabalho; mudanças nas políticas de formação e práticas de saúde; produção e disseminação do conhecimento e educação nos locais de serviço.

As diferentes estratégias para impulsionar a mudança na graduação compreendiam o VERSUS (Vivência-Estágio na Realidade do SUS), a convocatória de experiências de integralidade na formação em saúde, o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança nas Profissões da Área da Saúde e a possibilidade de apoio à implementação de estratégias de mudança, entre outros (LUGARINHO; FEUERWERKER, 2006). Outras ações

também foram realizadas<sup>2</sup>.

A formação de pós-graduação, como educação em serviço, sob supervisão docente-assistencial de profissionais de saúde foi estimulada com a Lei Federal 11.129/2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde tendo por objetivo “à qualificação profissional voltada a estimular a inserção produtiva cidadã e ao desenvolvimento de ações comunitárias com práticas de solidariedade, exercício de cidadania e intervenção na realidade local” (CECCIM; KREUTZ; MAYER JR, 2011, p.258).

No mesmo ano, a Portaria Interministerial nº 2.117 instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde propiciando às categorias da saúde, exceto médica<sup>3</sup>, uma formação em conformidade com as orientações oficiais na perspectiva de ampliação e qualificação dos profissionais das diferentes áreas para a inserção do SUS.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em 2005, criaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que contemplou os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Esse programa tinha por objetivo integrar a universidade com o serviço público de saúde, na busca de respostas às necessidades concretas da população brasileira e também na formação de recursos humanos, na produção de conhecimento e na prestação de serviços, no sentido de fortalecer o SUS (BRASIL, 2005 a).

A ampliação do Pró-Saúde ocorreu, em 2007, quando foi aprovada a inclusão de todas as profissões da saúde visando a reorientação na formação desses profissionais e reforçando a integração ensino-serviço, com ênfase na atenção básica desde o início da formação (BRASIL, 2007b). A incorporação de todas as áreas de conhecimento da saúde significou um avanço na qualificação do referido programa.

---

<sup>2</sup> As ações foram: capacitação e formação em Saúde da Família; Profissionalização dos trabalhadores de Enfermagem (Profae); qualificação de equipes Gestoras de Sistema e Serviços de Saúde; Gerus – desenvolvimento Gerencial de UBS; Especialização de equipes gestoras; PITS-Interiorização do Trabalho em saúde; Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em Medicina (PROMED), Mestrados Profissionais; cursos de formação de conselheiros de saúde, etc. (BRASIL,2004a).

<sup>3</sup> A Residência Médica existe desde a década de 1940, sendo institucionalizada e regulamentada pelo Decreto nº80.281 de 05 de setembro de 1977, que criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Constitui-se numa modalidade de ensino de pós-graduação destinada à médicos, sob a forma de curso de especialização, devendo o programa ser credenciado pela CNRM. Está organizada como treinamento em serviço, sob supervisão de profissionais médicos. Atualmente existe 53 tipos de especialidades reconhecidas pelo CNRM (RIBEIRO, 2011).

A inserção dos estudantes nos cenários de ensino e aprendizagem do SUS representam a possibilidade de novos significados às práticas discentes, docentes e das próprias universidades, numa formação mais crítica, para qual o trabalho possa se constituir como espaço educativo (RIBEIRO, 1998).

De acordo com o Pró-saúde, a articulação entre as instituições formadoras e o serviço constitui-se como um desafio permanente. Dessa forma o programa visa incentivar a transformação do processo de formação, a geração de conhecimento e a prestação de serviços à população para a abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2007b).

O desenvolvimento do programa está alicerçado em três eixos com três vetores respectivos: 1. 'orientação teórica' contém os vetores 'determinantes de saúde e doença', 'pesquisa ajustada à realidade local' e 'educação permanente'; 2. cenários de prática' inclui os vetores 'integração ensino-serviço', 'utilização dos diversos níveis de atenção' e 'integração dos serviços próprios das Instituições de Ensino Superior (IES) com os serviços de saúde'; 3. 'orientação pedagógica' abarca os vetores 'integração básico clínica', 'análise crítica dos serviços' e 'aprendizagem ativa' (BRASIL, 2007 b).

Assim, a integração ensino-serviço se apresenta como um trabalho coletivo, tendo como integrantes professores/as e alunos/as dos cursos de formação na área da saúde e profissionais das equipes dos serviços de saúde, incluindo gestores/as, tendo em vista a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, o modelo de formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços.

As orientações do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde ganham sentido e significado na concretização de ações, programas e projetos desenvolvidos em determinado território. Para efetivar a integração ensino-serviço no município de Porto Alegre e cumprindo tais orientações faz-se imprescindível o pacto político-institucional entre os estabelecimentos de ensino e a Secretaria Municipal da Saúde.



### 3 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE: A INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO COMO UMA POLÍTICA ESTRATÉGICA

O município de Porto Alegre possui, atualmente, uma população de 1.409.351, com 574.793 domicílios, sendo a 10ª capital mais populosa do país, permanecendo na mesma posição desde o Censo 2000 (SMS, 2012d, p.15).

A rede assistencial de serviços de saúde, pública e conveniada, conta na atenção primária com 106 Unidades Básicas de Saúde, com 181 equipes de Estratégia da Família; na rede de urgência e Emergência com 11 estabelecimentos, sendo 04 Prontos Atendimentos próprios, 07 Centros de Saúde de Serviços Especializados, 17 Hospitais Conveniados, 02 Hospitais Próprios Hospital de Pronto Socorro e o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV e HPS), além de 128 estabelecimentos de saúde conveniados de média e alta complexidade.

Em dezembro de 2011, a rede municipal de saúde de Porto Alegre contava com um quadro de 7.415 profissionais, sendo 4.386 com vínculo municipal, 1000 municipalizados, 617 contratados temporariamente, 837 terceirizados e 575 do Programa de Saúde da Família vinculados ao Instituto de Cardiologia, conforme Relatório de Gestão Anual da SMS.

O SUS em Porto Alegre encontra-se em processo contínuo de revisão, com o encargo de buscar responder as demandas de saúde de seus usuários e no cumprimento dos seus princípios, considerando-se o processo de migração entre as regiões do município. Desta forma, procura-se revisar permanentemente a disponibilização e organização dos serviços de forma hierarquizada por nível de complexidade tendo em vista as necessidades de saúde em cada uma das regiões do município (SMS, 2012d).

#### 3.1 A Municipalização da Saúde em Porto Alegre: os distritos sanitários

A municipalização da saúde representou a descentralização da rede assistencial através da transferência da prerrogativa de gestão de governo das esferas federal e estadual para a municipal. A discussão sobre a municipalização dos serviços de saúde em Porto Alegre, foi iniciada em 1987, quando a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) criou

uma comissão especial para elaborar o plano de municipalização.

A partir de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) assumiu a gestão de uma série de serviços e a competência de desenvolver um conjunto de ações que, anteriormente, eram de responsabilidade das esferas federal ou estadual de governo. A formalização da municipalização do sistema de saúde foi viabilizada por um acordo que envolveu a Secretaria Municipal da Saúde e o Ministério da Saúde. Nesse acordo, o município propôs outra maneira de descentralização que não correspondia a nenhuma das três formas propostas na NOB-SUS/1993, mas que representava as possibilidades municipais dentro da proposta de descentralização.

Com a Norma Operacional Básica-SUS/93 (NOB-SUS), na tentativa de normatizar o cumprimento da lei em relação à descentralização, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e as habilitações quanto às esferas de gestão para os estados – Gestão Parcial e Gestão Semiplena - e para os municípios - Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena. Até 1996, quando efetivamente o município aderiu a uma das condições de descentralização dispostas na Norma Operacional Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde, diversos serviços de saúde já haviam sido municipalizados.

Em 1996, Porto Alegre aderiu à condição de Gestão Semiplena do Sistema de Saúde, disposta na NOB-SUS/93. A gestão municipal buscou exercer suas prerrogativas na gestão da política de saúde local ampliando sua capacidade de ação, visto que passou a responsabilizar-se por 95 serviços: postos de saúde, ambulatórios e serviços especializados, antes sob gestão federal ou estadual. Além disso, assumiu as tarefas de regular e efetuar a cobertura financeira dos procedimentos realizados por prestadores privados ao sistema público de saúde. Com a Gestão Semiplena, o município assumiu a totalidade das responsabilidades gerenciais e do reordenamento do modelo assistencial, dando início à descentralização da gestão financeira através da transferência direta e automática dos recursos federais.

Novas formas de gestão descentralizada foram criadas com a edição da NOB-SUS/96: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Porto Alegre enquadrou-se, em 1998, na segunda modalidade. Na elaboração de suas diretrizes estratégicas, em 1999, a SMS destacou a importância do redimensionamento entre oferta e demanda através do projeto Porto Saúde 2000, comprometendo-se a ampliar o acesso da população à

saúde pela garantia da oferta de serviços e bom acolhimento, visto a procura crescente nos serviços de saúde a partir da universalização do atendimento (SIRENA, 2000). Essa proposta buscava estabelecer um modelo assistencial baseado no conceito ampliado de saúde, centrado na qualidade de vida e do meio ambiente e na relação com a comunidade.

O processo de municipalização da saúde em Porto Alegre ampliou a rede municipal de serviços e, também, atribuiu novas competências em relação à gestão dos serviços privados contratados. Assim, novas estruturas gerenciais foram criadas para dar conta das responsabilidades advindas com a descentralização. Desde a primeira gestão da Administração Popular, em 1989, a então Secretária Municipal de Saúde, Maria Luiza Jaeger, planejava a constituir os distritos sanitários dentro de um novo formato de gestão em saúde, na perspectiva de fortalecimento e consolidação do SUS.

Acompanhando a divisão geográfica adotada pelo Orçamento Participativo Municipal, em 1996, o território do município de Porto Alegre, constituiu 16 Distritos Sanitários. A gestão da saúde passou a ser regionalizada, por meio de seis Gerências Distritais, ampliando-se para oito em 2001. Desta forma, os serviços de saúde foram agrupados em cada distrito sanitário, com áreas delimitadas por proximidade, nas quais cada serviço da rede básica de atenção responsabiliza-se por uma população adscrita.

A administração dos distritos sanitários é realizada por uma Gerência Distrital (GD) que, em alguns casos, acumula a gestão de um ou mais distritos. Essa tarefa compreende serviços de saúde da rede própria e conveniada. Até a criação dos distritos sanitários a rede municipal contava com apenas 12 unidades de saúde, e após a municipalização, esse número cresceu para mais de 100 serviços.

### 3.2 Estrutura Organizacional da SMS: ensino e serviço

A integração ensino-serviço, dentro da SMS, é de responsabilidade da Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores em Saúde (CGADSS), que na sua estrutura organizacional possui quatro equipes: Administração de Pessoal, Assessoria Técnica, Equipe de Estágios e Equipe de Desenvolvimento. Esta Coordenadoria é responsável pela implementação de políticas de gestão do trabalho e educação em saúde, conforme Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-2002). A referida Norma operacional,

entende como “desenvolvimento do trabalhador” as atitudes, as circunstâncias, as ações e os eventos que assegurem a ele o crescimento profissional e laboral, possibilitando o pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromisso pelos direitos de cidadania da população e apresentação de serviços com acolhimento, qualidade e resolutividade à população usuária do sistema, visto que o desenvolvimento do trabalhador terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na consciência de cidadania.

A Equipe de Desenvolvimento foi criada em 1993 e tem como foco a intervenção sobre as relações de trabalho, a profissionalização do servidor e a qualificação dos processos de trabalho através de projetos pedagógicos, atendimento funcional e gerencial.

A partir de 2004, as cooperações técnicas passaram a ser conveniadas com as Instituições de ensino, objetivando a construção de projetos pedagógicos para qualificação dos servidores (cursos, seminários, oficinas, produção de conhecimento). Os projetos são destinados para trabalhadores da SMS e partem das necessidades e da realidade local, dos serviços, dos seus processos de trabalho e das políticas públicas do município de acordo a concepção da Política de Educação Permanente em Saúde.

A Equipe de Estágio, criada em 2005, é responsável por realizar a contratação de estagiários da secretaria e realizar acordos de cooperação técnica com as instituições formadoras da rede pública de serviços de saúde do município de Porto Alegre, bem como articular a colocação dos estagiários nos campos disponíveis.

A Equipe de Estágios da CGADSS é responsável pela efetivação dos Termos de Cooperação Técnica, que são acordos realizados entre a Secretaria Municipal de Saúde e instituições de ensino, tendo em vista articulação ensino-serviço. A cooperação prevê, por parte da SMS, conceder campo de estágio curricular para instituições de ensino, e em contrapartida exigir destas a realização de projetos pedagógicos, tais como: cursos, encontros, seminários que estimulem a produção de conhecimentos para os profissionais da Secretaria.

Os cenários de práticas disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde constituem-se no locus para a concretização da integração entre serviço e ensino, oportunizando espaços para a formação dos profissionais da área da saúde. Nesses cenários diferentes atores sociais – discentes, docentes, trabalhadores, gestores, usuários e o controle

social – envolvidos no processo de produção de saúde e de construção coletiva de saberes e práticas. Os serviços de saúde constituem-se em espaços permanentes de formação, apropriados para a produção de conhecimento e de práticas dentro do processo ensino-aprendizagem.

As ações de ensino-serviço, incluídas na parte de Educação Permanente (EP) da SMS só começaram a constar dos Relatórios de Gestão da Secretaria a partir do Relatório de Gestão de 2011. Dentro do item EP, constam as capacitações para servidores, afastamentos para qualificação profissional, dados quantitativos de residentes (área médica e área multiprofissional) e estagiários, relacionando todas as Instituições de Ensino conveniadas.

A Programação Anual de Saúde (PAS) de 2011 apresenta duas metas referentes a integração ensino-serviço. A Meta 158 propõe “formular uma Política de Educação Permanente contemplando os eixos: de integração ensino-serviço, profissionalização dos trabalhadores e de qualificação profissional”, e a Meta 159 aponta para “acompanhar 100% das instâncias gestoras já existentes de integração ensino-serviço dos DDA (Distritos Docentes Assistenciais) da Glória-Cruzeiro-Cristal/Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Leste-Nordeste/Pontifícia Universidade Católica - PUC (SMS, 2011a, p. 39).

### 3.3 Os serviços de saúde como cenários de aprendizagem

A aproximação entre universidade e serviços de saúde, no sentido da construção de parcerias, enfrenta um importante desafio: o da intermediação entre culturas institucionais diferentes. Tensões e disputas têm estado historicamente presentes nas relações que aí se engendram. É necessário que o encontro entre esses polos (ensino e trabalho) seja pensado sem desconsiderar suas distinções (articulações política, práticas e saberes), mas que a partir do contato com as diferenças haja desestabilização de arranjos instituídos, tornando possível a emergência do novo (ALBUQUERQUE, 2005).

A formação profissional, predominantemente técnica e centrada em procedimentos, está em processo de mudança, buscando alinhar-se às orientações dos Ministérios da Educação e da Saúde, para atuar segundo as diretrizes do SUS, bem como proporcionar uma qualificação adequada para o planejamento em saúde e na gestão do trabalho.

Na área da saúde, a relação dos processos de formação profissional com os serviços assistenciais, vem passando por mudanças significativas. Diferentes fatores têm contribuído para essa mudança, tais como: a inserção dos estudantes em atividades práticas nas etapas iniciais dos cursos de graduação; o aumento quantitativo dos cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde, conjuntamente com aumento de vagas; a constante necessidade de capacitação profissional aliada à produção científica; as diversas iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de integração ensino e serviço, através da ampliação das Residências (Multiprofissionais e Médicas) e da criação de programas que visam à reorientação da formação profissional na área da saúde.

A articulação da rede assistencial com as instituições de ensino e com as instâncias do Controle Social é imprescindível para a formação de profissionais comprometidos não apenas com a produção de habilidades técnico-científicas, mas também com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em saúde.

Em 2011, conforme relatórios da SMS, as Instituições de Ensino Superior com Programas de Especializações e Residências Multiprofissionais em Saúde não próprias atuantes na rede de serviços de saúde do município eram em número 13, com um total de 139 alunos. As Residências Médicas da SMS contaram com 81 alunos. Na modalidade de práticas, o relatório aponta a parceria com 17 Instituições de Ensino, atingindo um total de 2396 alunos (SMS, 2011b, p.32-37).

A SMS, como gestora do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, tem buscado transformar a rede assistencial em uma Rede Escola, construindo assim uma Política Municipal de Integração Ensino e Serviço, com os seguintes objetivos:

“Direcionar as ações de ensino em serviço de acordo com os projetos e as prioridades da rede municipal de saúde; criar sinergia entre os diferentes cursos e disciplinas que atuam nos serviços municipais e destes com a rede assistencial, através do aprofundamento e continuidade dos projetos ao longo do tempo; articular os processos formadores e assistenciais, buscando a qualificação dos profissionais, a mudança das práticas assistenciais e a produção de conhecimento para a melhoria constante da atenção a saúde; contribuir para a reorientação da formação profissional para as necessidades do SUS” (SMS,s/d)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Política Municipal de Integração Ensino-Serviço. Disponível em: <http://www.sms/comissões/cpes>. Acesso em 20/02/2013.

Cabe destacar que desde 2008, o Decreto Municipal nº 16.061, delegou a Secretaria Municipal de Saúde a competência da assinatura dos Termos de Cooperação Técnica para fins de realização de estágios na SMS, reduzindo-se a burocracia e possibilitando avançar na qualificação das parcerias interinstitucionais.

#### 3.4 Política Municipal de Integração Ensino-Serviço

A crescente solicitação de campos para estágios e práticas curriculares por parte das instituições de ensino ocorreu devido à grande oferta de cursos na área da saúde, em Porto Alegre, em vários níveis de formação e, conseqüentemente, o elevado número de estudantes para serem inseridos em campos de práticas.

Frente a esta situação, a SMS criou a Comissão Permanente de Ensino e Serviço, através da Resolução 01/2012, com a participação das coordenações estratégicas da SMS e do Conselho Municipal de Saúde, como instância de gestão e qualificação das ações de integração ensino e serviço, buscando superar as ações informais que predominavam até aquele momento, em conformidade com os preceitos da política de educação permanente em saúde (SMS, s/d)<sup>5</sup>.

De acordo com o Relatório de Gestão (SMS,2012b), destacamos como um dos principais avanços, no ano de 2011, em relação à integração ensino-serviço, a consolidação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço como instância coordenadora das ações de ensino, pesquisa e extensão na SMS. A participação ativa dos componentes dessa Comissão propiciou o mapeamento e formalização dos Termos de Cooperação Técnica, decorrendo disso o registro e acompanhamento dos Planos e Atividades e dos Termos de Compromisso, expandindo o domínio e controle sobre as atividades de integração ensino-serviço.

A constituição de um Grupo de Trabalho para definição das Modalidades de Ensino em Serviço resultou na elaboração de uma proposta de regulamentação das práticas de ensino em serviço, aprovada pela SMS como Resolução 03/2012. Cabe lembrar que a resolução 01/2011 dispõe sobre a estruturação de fluxos para tramitação das propostas de ensino-pesquisa-extensão. Com a criação de normas reguladoras e orientadoras (Resolução Nº

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://www.sms/comissões/cpes>. Acesso em 20/02/2013.

1/2012), se estabeleceu a base normativa e os procedimentos técnicos e administrativos visando dotar a Secretaria de capacidade de gestão sobre as ações de integração ensino e serviço e superar a cultura da informalidade.

A qualificação da integração ensino e serviço, precisa alicerçar-se num processo de construção conjunta do projeto pedagógico de inserção da Instituição de Ensino no cenário de prática e da sua formalização através de dispositivos administrativos (Termo de Cooperação Técnica, Planos de Atividade, Termos de Compromisso), de maneira que estes dispositivos não sejam reduzidos a uma função burocrática, mas que possam se refletir efetivamente num contrato pedagógico e garantir a corresponsabilidade entre as instituições formadoras e os serviços de saúde.

Esse protocolo tem sido utilizado para formalizar a presença da universidade no serviço, através da assinatura de convênios entre a instituição educativa e as coordenações de pessoal das secretarias de saúde às quais os serviços/cenários de prática estão vinculados. Nessa nova organização da SMS, potencializou-se um parecer que indicou formas diferenciadas de contrapartidas para as instituições de ensino: o pagamento de valores de acordo com o número de estudantes, investimentos em recursos materiais para a unidade (obras físicas; aquisição de insumos e equipamentos), consultorias técnicas, cursos para os profissionais da unidade, dentre outras. Entretanto, para que haja correlações de forças favoráveis à parceria, além dos acertos político-administrativos nos órgãos centrais, o exercício da mediação é cotidiano e local.

A Estruturação/organização das atividades de ensino em territórios denominados Distritos Docentes-Assistenciais (DDAs) contempla as atividades de ensino em serviço das grandes instituições que estão sendo direcionadas para distritos sanitários específicos, constituindo os DDAs. Tais DDAs são coordenados por Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL) compostos por representantes da Gerência Distrital, da Comissão Permanente de Ensino-Serviço (CPES), do Controle Social Local e das Instituições de Ensino com atuação no território. Os DDAs têm o objetivo de integração das ações educacionais com as atividades assistenciais, buscando a sinergia das diversas ações e a colaboração e integração entre os diferentes cursos e disciplinas das instituições de ensino.



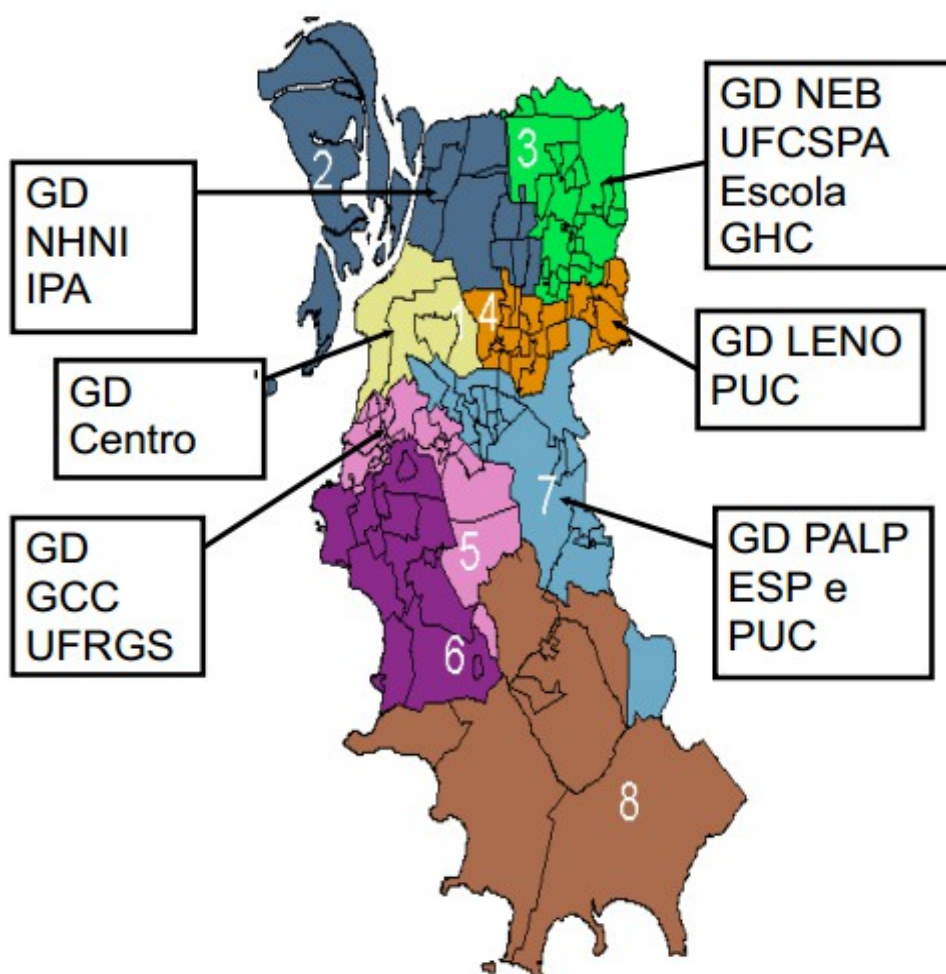


Figura 1: DISTRITOS DOCENTES-ASSISTENCIAIS - DDAs

FONTE: SMS<sup>6</sup>

Conforme indica a Figura 1, atualmente, a SMS têm 5 DDAs estruturados. Destaca-se a consolidação do DDA Glória/Cruzeiro/Cristal com a UFRGS (5) e DDA Leste/Nordeste com a PUC (4). Outra região que tem avançado na concretização do DDA é o território Partenon/Lomba do Pinheiro com a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) e com a PUC (7). Disseminando a política dos DDAs, estão em processo de implantação o DDA Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI) com o Instituto Porto Alegre (IPA) (2) que promoveu no final de 2012 o 1 Seminário de Integração entre a Instituição de Ensino e os serviços da Gerência Distrital NHNI. O DDA Norte/Eixo-Baltazar (NEB) com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (3) igualmente promoveu no último quadrimestre de 2012, o 1 Seminário de

<sup>6</sup> Mapa disponível em: [www.sms/comissões/cpes](http://www.sms/comissões/cpes). Acesso em 20/02/2013.

Integração da Universidade com os serviços da Gerência Distrital NEB.

### 3.5 A participação do Controle Social

A consolidação dos DDAs inclui a participação do Controle Social, cuja contribuição tem sido fundamental para a implementação de ações referentes a formação de profissionais para o SUS. Nesse sentido, o Controle social tem reforçado essa política nos documentos finais das últimas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais e através da atuação dos Conselhos em suas diferentes instâncias.

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre esteve atento ao processo de inserção de docentes, discentes e pesquisadores nos serviços de saúde do SUS, cumprindo com uma de suas atribuições de defesa dos direitos dos usuários do SUS e na qualidade do atendimento prestado.

Cabe ressaltar um fato determinante da participação do Controle Social na área da integração ensino-serviço, com repercussões para o estabelecimento de uma política municipal em relação a essa questão. Em maio de 2010, uma usuária do Centro de Saúde Santa Marta encaminhou ao Conselho Distrital Saúde Centro reclamação sobre o mau atendimento prestado por residentes da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), ocorrido em 2010. Tal reclamação já havia sido registrada junto a Prefeitura Municipal de Porto Alegre – serviço 156 -, em 13 de abril e na Ouvidoria da SMS, em 27 do mesmo mês, sem nenhuma providência na resolução do problema. A reivindicação da referida usuária expressava, também, o descontentamento de outros usuários daquele serviço.

Conforme Cabral e colaboradores (2006), uma das dificuldades presentes no trinômio ensino-serviço-comunidade diz respeito às diferenças culturais das instâncias envolvidas, que “nem sempre convergem para o objetivo estabelecido pelo ensino baseado na comunidade, mas que, por razões diversas, são postas em contato, o que não raro, pode desaguar em conflito” (p. 61). Entre os aspectos culturais citados pelos autores, destacamos aqueles de cunho institucional e os pessoais. Os primeiros referem-se aos códigos, aos regimentos, às finalidades e à cultura organizacional das instituições que fazem parte da parceria entre ensino, serviço e comunidade. Já os pessoais estão relacionados aos múltiplos interesses e

bagagens culturais das pessoas que viabilizam a parceria.

O estranhamento entre práticas e culturas institucionais distintas também é apontado por Laura Feuerwerker (1999) como um dos problemas comuns à integração docente-assistencial:

“Não é fácil compatibilizar as necessidades de ensino com as necessidades do serviço de saúde. Não bastam boas intenções ou a alteração de formatos educativos para modificações na formação, uma vez que é necessário também mudar conteúdos e a gestão cotidiana das práticas de ensino” (p. 24).

O Conselho Distrital de Saúde Centro, após debater essa demanda, enviou ofício a Coordenação do Serviço de Dermatologia da UFCSPA com atuação no Centro de Saúde Santa Marta, determinando mudanças na forma de atendimento com base “nos direitos e deveres dos usuários, conforme Portaria n. 1.829 do Ministério da Saúde” (CDS Centro, ofício 04-2010).

Esse compromisso na defesa da qualificação do SUS, induziu a discussão sobre o processo de integração das Instituições de Ensino nos serviços de saúde. Esse debate replicou junto ao CMS, que incluiu em sua agenda a discussão em relação às políticas de educação na saúde no âmbito municipal. Um seminário foi realizado, em junho de 2010, durante dois dias, envolvendo segmentos de usuários, profissionais da saúde, instituições de ensino e gestores da saúde. De modo geral tratou sobre “histórico da política nacional e formação na saúde, com a exposição do mosaico formativo, isto é, a explanação das ações educacionais no âmbito da graduação, da pós-graduação e da formação técnica e tecnológica, concluindo com a formulação de propostas para o reordenamento dos processos de integração ensino-serviço-gestão-participação no âmbito municipal” (CMS, 2010, mimeo)

Várias propostas de encaminhamento foram aprovadas no Seminário, inclusive, apontando as responsabilidades da gestão da SMS e do CMS. Um dos encaminhamentos “reconstituir a regionalização e os distritos geoeeducacionais, estabelecendo e priorizando Linhas de Cuidado na cidade” e outro em especial foi “construir a conceitualização de “distrito docente-assistencial”, atendendo no seu redesenho os dispositivos de vínculo e responsabilização por parte das redes de referências.

Em 2011, o CMS promoveu a “II Seminário Municipal sobre Controle Social e as

Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre”. Neste seminário a discussão apontou para a Rede SUS como campo de prática, formação e espaço privilegiado da Educação Permanente em Saúde. O debate buscou a reflexão sobre a gestão do trabalho e da educação na Saúde, o reconhecimento dos Distritos de Saúde como espaços privilegiados de participação e os desafios da integração Ensino-serviço para a gestão do SUS em Porto Alegre (CMS, 2011, mimeo).

Outro eixo do Seminário foi o questionamento referente à construção dos territórios distritais como campos de integração ensino-serviço, apontando para a territorialização e os desafios decorrentes dessa ação. O Seminário tratou, ainda, da transversalidade da política de Educação Permanente e sua repercussão no modelo de gestão e de organização do SUS.

O Seminário II ratificou o sistema de saúde do município como espaço formador de profissionais da saúde e como Rede-escola, considerando a necessidade de aprofundar as relações entre ensino-serviço-comunidade.

Assim, a Rede-escola, reiterada pelo Controle Social, constitui-se numa das ações implementadas pela política de integração ensino-serviço da SMS, através dos Distritos Docentes Assistenciais, dentre os quais o DDA Glória-Cruzeiro-Cristal, apresentado a seguir.

#### 4 A TRANSFORMAÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL EM DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL

A cidade de Porto Alegre, a partir de 1990, passou a ter uma nova organização político-administrativa que ampliou a participação popular nas decisões governamentais, através de 16 regionais que compõe o Orçamento Participativo (OP). Em 1996, com a gestão simplificada do SUS, o sistema de saúde municipal foi reorganizado de acordo com as regiões do OP, constituindo os Distritos Sanitários respectivos, tendo em vista o planejamento e gestão da área da saúde.

O Distrito Sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal (GCC) conta com 160.000 habitantes e é composto por 3 regiões do OP, localizadas na região centro-sul, integrado pelos respectivos bairros Cristal, Santa Teresa e Glória<sup>7</sup>. Conforme a Programação Anual de Saúde de 2013 da SMS o censo de 2010 apresenta dados com relação a domicílios em área de moradia precária, cuja urbanização está fora dos padrões vigentes, sendo os maiores índices nas regiões: Nordeste (44,03%), Cruzeiro (37,54%), Ilhas (35,87%) e Glória (23,81%). Esses indicadores apontam para ocupações fundiárias irregulares e com inúmeros problemas sociais decorrentes dessa situação (SMS, 2013).

O primeiro gerente distrital foi o dentista Luis Carlos Pitoni, que exerceu o cargo de 1996 a 2002 e enfrentou um dos principais desafios daquele momento da municipalização, que foi a incorporação dos servidores federais e estaduais sob a administração da Secretaria Municipal de Saúde. Cabia, também, administrar os recursos destinados à saúde para os diferentes níveis de complexidades existentes na região.

---

<sup>7</sup> A Região Cruzeiro é composta pelos bairros: Medianeira e Santa Tereza. A Região tem 65.408 habitantes, representando 4,64% da população do município, com área de 6,82 km<sup>2</sup>, representa 1,43% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 9.590,616 habitantes por km<sup>2</sup> (dados de 2010). A taxa de analfabetismo é de 6,2% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 7,3 salários mínimos (dados de 2000). A Região Cristalé composta pelo bairro de mesmo nome. A Região tem 27.661 habitantes, representando 1,96% da população do município, com área de 3,92 km<sup>2</sup>, representa 0,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.056,38 habitantes por km<sup>2</sup> (dados de 2010). A taxa de analfabetismo é de 3,7% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 9,4 salários mínimos (dados de 2000). A Região Glória é composta pelos bairros: Belém Velho, Cascata e Glória. A Região tem 42.286 habitantes, representando 3,00% da população do município, com área de 18,19 km<sup>2</sup>, representa 3,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.324,684 habitantes por km<sup>2</sup> (dados de 2010). A taxa de analfabetismo é de 5,8% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,4 salários mínimos (dados de 2000). Informações disponíveis em: [www.observapoa.com.br](http://www.observapoa.com.br). Acesso em: 10.02.2013.

Uma das características da região é a participação popular, em especial dos(as) moradores(as) da região Cruzeiro e Glória, com atuação marcante no Conselho Distrital de Saúde GCC. No final da década de 1980, dentre as várias lutas sociais por melhores condições de vida, cabe destacar a mobilização comunitária que resultou na municipalização do serviço de emergência localizado no Posto de Assistência Médica da Vila dos Comerciários (PAM 3), pertencente ao INAMPS. As regiões Cruzeiro e Glória, apresentam quadro de precariedade na área da habitação e significativa situação de vulnerabilidade de sua população, conforme o eixo II - determinantes e condicionantes de saúde do Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 (SMS/PAS, 2013).

Com o governo da Administração Popular, a partir de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde passou a gerenciar o Pronto Atendimento HPS-SUL, funcionando como ‘anexo’ do Hospital de Pronto Socorro (HPS), único hospital pertencente a rede municipal. As lideranças comunitárias, participantes como usuários do Conselho Distrital de Saúde, alavancaram ações em defesa da saúde pública para além daquele distrito.

Os serviços da rede própria de saúde do Distrito GCC referentes a atenção primária são, atualmente, 26, sendo 09 Unidades Básicas de saúde e 17 Equipes de Saúde da Família. O Distrito GCC também possui uma farmácia distrital, um laboratório central, um Pronto Atendimento, 4 serviços especializados na área de saúde mental, centro especializado em odontologia, NASF, NASCA, Ambulatório de Especialidade, Centro de Saúde com serviços especializados (oxigenoterapia, estomizados, tuberculose), SAE/CTA. No distrito está localizado o Hospital Parque Belém, serviço de alta complexidade conveniado com o SUS.

#### 4.1. Aproximação da Universidade com a Região

Na década de 1980, dentro do contexto sociopolítico de redemocratização do país e das lutas sociais por mudanças, destaca-se a mobilização da Reforma Sanitária (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Alguns profissionais engajados nesse processo procuravam uma aproximação com os serviços públicos de saúde da periferia da cidade. Professores(as) e estudantes de diferentes instituições de ensino, desde nível médio até superior, eram acolhidos para desenvolverem práticas ou ações.

No início da referida década, alunos(as) da disciplina de Medicina Comunitária da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) realizavam estágio na Unidade Vila Cruzeiro do Sul com orientação de professores(as), sendo que dois destes ainda integram o corpo docente da Faculdade de Medicina. Estes professores(as) reconhecem que eram atividades pontuais, interrompidas após curto tempo de duração, conforme Bueno e Tschiedel (2011).

Na década de 1990, retomou-se o processo de integração dos serviços de saúde com a UFRGS, através do Projeto Extra-Muros<sup>8</sup>. No pacto entre a Prefeitura e a Universidade, a contrapartida para a região foi o repasse de verbas do Governo Federal com a intermediação do Hospital de Clínicas, vinculado academicamente à Universidade. O apoio do Ministro da Saúde<sup>9</sup> da época foi fundamental para a aprovação do convênio. A parcela de recursos que foi repassada serviu para reformar e ampliar o Posto da Vila Cruzeiro do Sul.

No final da década de 1990, outra ação integrativa importante continuou sendo os estágios curriculares da disciplina de Saúde Comunitária do Curso de Enfermagem da UFRGS, cuja professora também trabalhava como enfermeira em equipamento de saúde da região. Esse duplo pertencimento facilitou a inserção dos(as) alunos(as) nos serviços de saúde, pois a servidora/professora conseguia estabelecer relações dialógicas com os profissionais dos serviços, dos quais é colega enquanto servidora pública, e na função de professora conseguia superar os entraves referentes à burocracia administrativa de ambas as Instituições.

Na primeira década do nosso século, ampliaram-se as atividades implementadas pela referida professora que proporcionou aos discentes em final do curso a aproximação com as gerências dos serviços de saúde da região. Entretanto, as atividades acadêmicas continuavam de forma descontínua e pontuais, vinculadas a docentes com algum engajamento nas ações em defesa da saúde pública ou que mantinham também vínculo funcional como trabalhador de saúde na região do Distrito. Essa aproximação não se constituía como uma ação institucional, mas como ação individual/coletiva por parte de alguns professores(as) e seus alunos(as).

---

<sup>8</sup> O Programa Extra-Muros surgiu na década de 1970 dentro da proposta de saúde comunitária, com a realização de atividades de extensão junto a população, restaurando a possibilidade de atendimento humanizado, tendo por locus de aprendizagem a Atenção Primária em Saúde (APS) em oposição ao hospital.

<sup>9</sup> Antes de assumir o Ministério, o cardiologista Carlos César Albuquerque foi diretor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

#### 4.2. Pró-Saúde: a integração docente-assistencial no distrito sanitário

A preocupação em formar profissionais comprometidos com a construção do SUS enseja a aproximação dos campos da educação e da saúde, exigindo a constituição de estratégias na perspectiva de um desempenho dos profissionais na consolidação de novo modelo assistencial de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde, em 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), instituiu o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), incentivando a reformulação dos currículos dos cursos de medicina, buscando a formação desses profissionais que correspondesse ao SUS. Podemos apontar esse programa como uma das primeiras ações que tinham por objetivo alterar o processo de formação e de cuidado em saúde.

Em 2005, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e apoio da OPAS, lançou o Pro-Saúde I, que tinha por objetivo o desenvolvimento de uma ação com abordagem integral, buscando impulsionar mudanças na assistência e gestão dos serviços de saúde pública, com ênfase na Atenção Básica, desencadeando ao mesmo tempo modificações no processo de formação e produção de conhecimentos, aproximando ensino e serviço. Portanto o programa alcançava as áreas de Enfermagem, Odontologia e Medicina, que compunham especialmente as equipes do Programa Saúde da Família, instituído desde 1994.

A UFRGS desenvolvia ações nos serviços de saúde de diferentes regiões da cidade, pulverizando assim sua intervenção, sem uma região definida na qual pudesse realizar um diagnóstico da situação de saúde da população atendida, apontar os determinantes sociais implicados na saúde e os desafios para qualificar o SUS. Eram ações isoladas e desarticuladas entre si.

Desta forma, para elaborar a proposta do Projeto Pró-saúde II, era necessário a escolha do local de intervenção. A indicação do território ocorreu em reunião dos(as) professores(as) envolvidos(as) no Projeto com o pró-reitor de Graduação da UFRGS, através de votação entre os representantes de cada curso. O Distrito GCC recebeu a maioria dos votos “pelos desafios daquela com unidade e pela vontade de uma intervenção mais duradoura e não mais de dois ou três anos”, conforme relato da professora Denise Bueno (BUENO e TSCHIEDEL, 2011,



p.38).

A seguir, a UFRGS buscou firmar convênio com a Secretaria Municipal de Saúde para a efetivação do Pró-saúde II, delineando-se assim os primeiros indicativos da instituição do Distrito Docente-Assistencial. Essa parceria ensino-serviço proporcionou de um lado a Universidade reordenar o processo de formação no contexto de uma nova estruturação curricular e um novo projeto político-pedagógico, conforme diretrizes propostas pelo Ministério da Educação. De outro lado, contribuiu para a superação do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, centrado na doença e no atendimento (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p.38).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) apontam para o rompimento com o paradigma biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado, atendendo aos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimento, propondo a formação de um novo perfil profissional (CECCIM, FEURWERKER, 2004). Os autores avaliam que DCNs favorecem a construção de maiores compromissos da universidade com o SUS ao estabelecerem relações com o sistema de saúde local.

A parceria estabelecida entre SMS e UFRGS possibilitou a constituição do Distrito Docente Assistencial tendo como um de seus objetivos buscar uma união duradoura da Universidade com o Distrito proporcionando uma “melhoria no atendimento à comunidade, na atividade curricular, de extensão e em pesquisa em saúde para a própria Universidade (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p. 39), bem como qualificar e desenvolver ações referentes a área de educação permanente junto aos profissionais da rede assistencial.

Além do Pró-Saúde II, outros projetos foram desenvolvidos no Distrito GCC, como Projeto PET Saúde Atenção Primária em Saúde, PET Vigilância Sanitária e PET Saúde Mental.

#### 4.3 Dificuldades e desafios

A inserção precoce de alunos(as) nos serviços de saúde, conforme proposto pelas DCNs, busca superar alguns dos problemas na formação de profissionais da saúde. Na intersecção entre ensino e serviço ocorrem diferentes desafios, dificuldades e conflitos.

Em 2008, foi implementado no Distrito GCC o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde), dentro da parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação. As atividades foram desenvolvidas nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família, contando-se com: trinta alunos(as), doze monitores, seis preceptores (profissionais dos serviços) e um tutor. No PET Saúde havia a disponibilização de bolsas para os envolvidos no Programa. Em 2011, novo programa do PET Saúde iniciou-se no Distrito, na área da Saúde Mental, compondo-se de um tutor, três preceptores e 12 alunos.

Um dos primeiros impasses aconteceu devido à concessão de benefício financeiro ao profissional responsável pela preceptoria, o que gerou conflito entre os membros das equipes, visto que somente os profissionais de curso superior poderiam exercer tal função, excluindo-se dessa recompensa pecuniária os demais profissionais. Entretanto, todos os trabalhadores estavam envolvidos no processo de integração ensino-serviço, e muitas vezes o agente comunitário, por ser morador da comunidade e conhecer o território, se constituía como membro de fundamental importância na interação entre alunos e comunidade.

O cotidiano dos serviços apresenta-se como cenário de múltiplas disputas e diversidades de compreensões, pessoais e profissionais, dos distintos atores envolvidos no processo de formação e ensino. Nesse sentido, permite a ao aluno(a) apreender as relações que ocorrem na organização da gestão e na estruturação do cuidado à saúde, sendo fundamental o seu acompanhamento por parte dos profissionais responsáveis pela tarefa de ensino-aprendizagem.

Assim, as experiências vivenciadas e observadas nos serviços constituem-se em momentos pedagógicos de reflexão em relação a prática do cuidado e suas repercussões. “É preciso trazer sentidos para a maneira como a assistência se organiza e se desenvolve naquele espaço, onde também estamos” (HENRIQUES, 2005, p.152).

Na implementação do Pro-Saúde II, um dos obstáculos apontados foi encontrado na pouca disponibilidade de alguns professores(as) em relação às ações interdisciplinares, sendo essa dificuldade atribuída à formação fragmentada que tiveram. O grupo de professores(as) da UFRGS era formado por dois representantes de cada curso<sup>10</sup>, num total de 14 docentes. A

---

<sup>10</sup> Os cursos da área da saúde da UFRGS são: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva-Análise de Políticas e Sistemas de Saúde e Serviço Social.

diversidade dessa composição propiciou debates e estimulou propostas de ações visando o estabelecimento da integração ensino-serviço. (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Por parte da Secretaria Municipal de Saúde e da Gerência Distrital GCC, havia críticas em relação à postura da Universidade frente aos serviços de saúde, particularmente no tocante à realização de pesquisas ou outras ações com aplicação de instrumentos de coleta de dados cujos resultados não retornavam para a população e os serviços de saúde (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Outra dificuldade encontrada nessa parceria foi à formulação unilateral do Projeto Pró-Saúde II por parte da Universidade, sem a participação e a contribuição dos(as) profissionais dos serviços do Distrito e do Controle Social, tendo por justificativa os prazos indicados no Edital do Ministério da Saúde. Por ocasião da assinatura do convênio do Pró-Saúde II, em fevereiro de 2010, a reunião que aprovou o projeto “teve duração de 15 minutos”, sendo secretário na época o médico Eliseu Santos (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Em relação ao conflito entre os diferentes segmentos que integram a formação em saúde, Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (2004b) propõem a imagem do quadrilátero da educação permanente em saúde, constituído por ensino, gestão, atenção e controle social. A referida imagem sugere organizar uma educação responsável por processos interativos entre indivíduos, coletivos e instituições, desenvolvendo ação conjunta na perspectiva de mudança da realidade, na qual se incluem aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais (CECCIM e FEUERWERKER, 2004b).

Uma experiência positiva consta do relato de Lori Maria Gregory, que assumiu a Gerência Distrital GCC, de julho de 2005 até novembro de 2010, além de ter sido assessora desde 1996. Descreve uma reunião entre as lideranças, população em geral, Coordenação do serviço, equipe de trabalho da unidade e Gerência para discutir o conflito entre comunidade e serviço. Nessa reunião se fizeram presentes estudantes e professora da UFRGS. A solução do conflito resultou do debate democrático e participativo, contando com a comunidade, Universidade e Gestão (BUENO e TSCHIEDEL, 2011,p.47).

Outro aspecto positivo na construção do DDA GCC foi contemplar a transversalidade de disciplinas dentro do processo de reformulação dos currículos dos cursos de graduação participantes do Pró-Saúde II (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Conforme a gerente distrital, os(as) profissionais das unidades que tiveram maior demanda de inclusão de estudantes, se sentiram impactados por esse novo processo de integração ensino-serviço. Uma solicitação especial por parte da Gerência à Universidade foi a inserção de alunos em todos os serviços, de modo que a experiência fosse compartilhada de forma igualitária nas 24 unidades de saúde do Distrito (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p.47). Esse entendimento aponta para a compreensão que para mudar a formação é necessário ir além da alteração de formatos educativos, modificando também os conteúdos e a gestão cotidiana das práticas de ensino e as práticas assistenciais.

A inserção de alunos(as) em todos os serviços de saúde pretendia possibilitar o seu contato com situações reais de trabalho, a vivência de diferentes circunstâncias de vida da população atendida, a participação do trabalho em equipe e reconhecimento das instituições de saúde pública. Essa experiência favorece um maior comprometimento por parte do aluno(a) na relação com a comunidade em que atuou, possibilitando uma formação articulada entre teoria e prática de modo mais humanista, reflexivo e qualificado para o SUS, de acordo com as DCNs e as orientações do Ministério da Saúde.

Na relação entre serviços, docentes e estudantes, situações contraditórias surgiram quando os(as) profissionais das unidades não dispunham de tempo para o acompanhamento do(a) aluno(a) e, este por sua vez tinha seu tempo comprometido com as atividades que deveria cumprir. Deste modo, havia pouco espaço para discussão entre o técnico do serviço e o aluno. Outro momento de conflito foi a participação diferenciada dos(as) trabalhadores(as) no processo ensino-serviço, assim como dos(as) docentes, sendo alguns mais comprometidos e engajados e outros menos envolvidos no processo de integração docente-assistencial (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Gonçalves e Moraes (2003) argumentam que a proposta de trabalho em parceria entre os serviços de saúde, a comunidade e a universidade tem que:

“(…) levar em conta as diferenças e os conflitos reais entre os sujeitos que portam diferentes projetos e acumulam diferentes recursos. Deve haver o reconhecimento de que a tarefa é complexa e não há fórmulas mágicas e simples; de que a prática em parceria, que envolve três setores complexos - saúde, educação e movimentos sociais - pode e deve ser reinventada a cada instante” (GONÇALVES e MORAIS, 2003, p. 88).

Ceccim e Carvalho (2006) assinalam obstáculos a serem enfrentados neste processo de integração entre ensino e serviço, pois para os autores muitos docentes colocam as Unidades Básicas de Saúde – principal locus de desenvolvimento dos estágios que tomam parte nos primeiros anos de formação – como “um espaço difícil de trabalhar porque não oferecem condições de aprendizagens adequadas, pois há escassez de recursos materiais e assistenciais, a demanda é variada, não dirigida e dispersa” (CECCIM e CARVALHO, 2006, pp.172-173).

Uma das estratégias para a superação dessas dificuldades estava incluída no convênio firmado entre SMS e UFRGS, que apresentava contrapartida em dois aspectos: formação e financeiro. Em relação aos profissionais da rede assistencial estavam previstas capacitações e em relação aos serviços constava no orçamento do projeto, recursos para investimentos na infraestrutura.

A forma de articulação entre os diferentes segmentos envolvidos no projeto propiciou ou não diálogo na perspectiva de superação de divergências. Uma situação de conflito ocorreu entre profissionais dos serviços e professores(as), em especial na área da Nutrição. O ponto principal do conflito estava na forma de atendimento da população, ou seja, desenvolver o trabalho na linha de ações em promoção e em prevenção da saúde. Os(as) professores(as) alegavam que os(as) técnicos(as) priorizavam o atendimento individual e direto, deixando de lado outras estratégias como oficinas e grupos de convivência.

Entretanto, essa situação refletia interesses opostos no sentido de que, de um lado havia a exigência por parte da Secretaria Municipal de Saúde do cumprimento de uma agenda de atendimento, ocupando-se assim a carga horária dos profissionais e não havendo disponibilidade de tempo para participação em cursos; de outro, os profissionais não incluíam a realização de ações preventivas ou outras formas de atendimento como visitas domiciliares, na sua atuação (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Os(as) docentes apontavam a necessidade de mudança nesse modelo de atenção, propondo ações mais de acordo com uma política educativa de saúde, o que exigia dos profissionais uma postura diferente: um novo olhar sobre a realidade dos usuários e da comunidade, identificando-se demandas e possibilidades de ações educativas onde os alunos poderiam ser inseridos (BUENO e TSCHIEDEL, 2011). Essas divergências persistiram,

resultando na suspensão dos estágios curriculares do curso de Nutrição, em 2010.

Henriques (2005) assinala problemas e dificuldades na interseção entre ensino e serviço, visto que a universidade está no serviço sem considerar os profissionais que lá estão; falta de presença efetiva do docente no processo de aprendizagem no serviço; diferença marcante entre a lógica de organização dos serviços, centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos e a lógica da instituição formadora, centrada na produtividade de conhecimentos teóricos e metodológicos.

A Universidade reformulou a modelagem dos cursos de graduação visando capacitar seus futuros profissionais para o exercício de práticas de atenção integral, dentro de um perfil propositivo e investigativo, proporcionando aos seus alunos clareza sobre os princípios do SUS e sua organização. Desta forma, a Universidade propõe um ensino que supere os modelos de formação clínicos centrados em procedimentos. Portanto, o acompanhamento na sua inserção nos serviços de saúde é de fundamental importância no seu processo de formação.

Por outro lado, nos serviços de saúde o trabalhador está orientado a atender as demandas diárias e dar conta da resolução de problemas cotidianos, dentro de uma infraestrutura pouca adequada e número de profissionais reduzidos. Isso sobrepõe-se à atividade de pensar e planejar coletivamente os processos de trabalho, somando-se as suas tarefas o compromisso de acolher e acompanhar o estudante inserido na sua unidade de saúde.

Nessa configuração dos serviços o trabalhador necessita priorizar o atendimento/assistência e outras tarefas do cotidiano do trabalho, centrando-se nas atividades sem disponibilidade para refletir sobre sua prática. Esta tensão entre universidade e serviços de saúde mostra a fragmentação entre a formação e o agir profissional, entre teoria e prática.

As áreas da Enfermagem e da Psicologia enfrentaram dificuldades na relação entre os atores envolvidos no processo ensino-serviço, porém com a mediação da Gerência no debate dos pontos divergentes, chegaram a um consenso .

Cabe destacar que, segundo Bueno e Tschiedel, dos cursos que participaram do Pró-SaúdeII, o Curso de Enfermagem apresentou maior interação com os serviços de atenção primária em saúde, pela trajetória de inserção de alunos em estágios curriculares da disciplina

de Saúde Pública, desde a década de 1990. A aproximação mais intensa entre os dois segmentos teve por base o conhecimento do território e a convivência anterior entre os docentes e os trabalhadores da área da saúde do Distrito. Essa relação se fortaleceu com a participação desses(as) profissionais em oficinas promovidas pelo curso de Enfermagem no debate em relação à reformulação curricular.

A ausência de cargo de educador(a) físico(a) no quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde e conseqüentemente a falta desse profissional na área da saúde expôs as dificuldades por parte das equipes dos serviços, em dois aspectos: primeiro, a falta de profissional nos serviços de saúde para acolher os(as) alunos(as), sendo essa situação em parte superada pela cedência da Prefeitura Municipal de Pelotas para a Secretaria Municipal de Porto Alegre de uma profissional de educação física; segundo, a ausência de educador físico no quadro de servidores da saúde exigia iniciar a construção de uma relação dessa categoria profissional com os serviços de saúde (BUENO e TSCHIEDEL, 2011). A inserção desse campo dosaber, além de introduzir uma prática profissional inexistente, até então, nas unidades de saúde, exigiu por parte dos alunos e professores o desenvolvimento de ações interdisciplinares que envolvessem a comunidade em geral, dentro de outros espaços de convivência no território.

De acordo com Bueno e Tschiedel, um dos desafios do Pró-Saúde II no que se refere à Universidade, no momento da revisão dos currículos dos diversos cursos, foi constituir-se numa estratégia potencializadora e afirmativa no fortalecimento de uma formação vinculada à saúde coletiva e às políticas públicas comprometidas com o processo de transformação social. Destaca-se a experiência inovadora de integração ensino-serviço para a área da Educação Física que subsidiou a elaboração de competências e habilidades dentro do novo currículo (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

A presença participativa dos(as) alunos(as) nas práticas de saúde propiciou a eles(as) algumas vivências importantes no SUS, tais como: observação do contexto social-político-familiar da comunidade e das condições de trabalho das equipes, reflexão e sistematização das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, atuação em grupos de usuários organizados por faixa etária ou por patologias, participação em reuniões do Controle Social, participação no Comitê Gestor, elaboração e execução de projetos de intervenção compartilhados com as equipes. Essa experiência pode ser expandida para além do grupo envolvido no projeto, uma

vez que os debates em sala de aula e outras atividades acadêmicas oportunizavam a apresentação daquele cenário de integração ensino-serviço como espaço inovador na formação, pesquisa e produção de conhecimento.

Para Emerson Merhy (2005), as mudanças na formação de profissionais da saúde e no modelo tecno-assistencial são operadas tanto no campo das micropolíticas dos processos de trabalho em saúde e os modos de governá-los, quanto no das modelagens organizacionais para instituí-los como modelos de ação em saúde.

Em 2008, a relação interinstitucional teve momentos de conflito, quando a UFRGS submeteu o Projeto Pró Saúde II para apreciação e deliberação da SMS. Essa apresentação foi realizada quando “faltavam dois dias para expirar o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde. O diálogo foi de 15 minutos” (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p.12). Essa situação demonstrou a frágil intervenção da SMS frente às proposições das instituições de ensino, não conseguindo pautar as necessidades da população e das metas da SMS.

Um dos desafios presentes no trinômio ensino-serviço-comunidade apresentado por Cabral *et al* (2006) menciona as diferenças culturais das instâncias envolvidas, destacando-se os aspectos de cunho institucionais e os pessoais. Os aspectos institucionais referem-se aos códigos, aos regimentos, às finalidades e à cultura organizacional das instituições que fazem parte da parceria entre ensino-serviço-comunidade. Os aspectos pessoais estão relacionados aos múltiplos interesses e bagagens culturais das pessoas que viabilizam a parceria.

Laura Feuerwerker (1999) também registra o mútuo estranhamento entre práticas e culturas institucionais distintas como um dos problemas comuns à integração docente-assistencial. Na relação entre a SMS e instituições de ensino esta situação exigiu um novo posicionamento por parte da SMS para aprovação de convênios referentes a novos projetos de integração ensino-serviço.

A SMS modificou o fluxo antes existente e incluiu o parecer técnico da Comissão Permanente de Ensino-Serviço (CPES) para avaliação do gestor, tendo em vista a assinatura dos convênios. Assim, a SMS conseguiu ampliar sua competência no sentido de direcionar as parcerias com as Instituições de Ensino a partir das prioridades da rede local e necessidades da população, aumentando sua capacidade de intervenção e estabelecendo uma maior simetria de poder entre os envolvidos na parceria.



#### 4.4. Avanços: a consolidação do Distrito Docente Assistencial GCC

O Comitê Gestor do Pró-Saúde II foi instituído em 2008 tendo a representação (titular e suplente) da Universidade, da Gestão Municipal, do Conselho Municipal de Saúde, de profissionais de saúde do Distrito, dos docentes dos cursos integrantes do Projeto (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Psicologia), da Coordenadoria Geral de Administração e Desenvolvimento de Servidores da Saúde (CGADSS).

As reuniões quinzenais do Comitê contavam com a participação de professores implicados no processo de integração ensino-serviço e de outros profissionais interessados, estes últimos, porém, sem direito a voto na tomada de decisões. As reuniões eram registradas em atas, exigindo-se assim no decorrer da implantação do Comitê, a disponibilização de um funcionário para as tarefas operacionais.

As pautas das reuniões contemplavam temas pertinentes ao processo de integração ensino-serviço, destacando-se nos primeiros encontros a discussão em torno da definição dos estágios e a transversalidade entre as diferentes áreas de ensino da saúde (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Dentro do compromisso de contribuir na consolidação do SUS, especialmente no que se refere a formação de profissionais integrados aos cenários de práticas do SUS, a UFRGS instituiu uma instância intermediária entre os cursos da área da saúde denominada Coordenadoria da Área de Saúde (CoorSaúde) criada pela portaria n. 4521, de 28 de agosto de 2009 (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

Uma das atribuições do CoorSaúde, conforme seu Estatuto é “articular as ações referentes à formulação, à execução e à avaliação do projeto político institucional de formação de profissionais da área da saúde da Universidade, que serve de base para os projetos político-pedagógicos específicos de cada curso, articular a agregação dos cursos da área da saúde com a área de ciências humanas, exatas, sociais e outras que formam profissionais com potencial para desenvolver ações junto ao SUS ou representam domínios de conhecimento relativos à educação em docência para a área da saúde” (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p.87). O grupo gestor do Projeto Pró Saúde II, em 2011 passou a gestão do referido Projeto para o colegiado da Coordenadoria da Saúde.

Essa nova estrutura dentro da Universidade possibilita oferecer uma formação em consonância com as diretrizes curriculares propostas pelo MEC e encadeadas com a política de formação do SUS, na perspectiva da integralidade e interprofissionalidade nas ações de ensino, pesquisa e extensão.

Na Coorsaúde, os 14 cursos da área da saúde da UFRGS estão representados por membros titulares e suplentes, sendo indicados pelas comissões de graduação de cada curso. Fazem parte também uma coordenadora e coordenadora substituta. Dentro de sua estrutura existe uma coordenação executiva e um colegiado. O colegiado é composto por um representante da Pró-Reitoria de Graduação, um representante dos estudantes e um representante dos servidores técnicos-administrativos, havendo um suplente para cada representação.

Uma das ações inovadoras da CoorSaúde foi constituir uma comissão composta por 23 professores(as) representantes de onze cursos de graduação da área da saúde, quatro técnicos da área educacional e dois estudantes de pós-graduação com a finalidade de elaborar proposta de disciplina integradora frente a formação fragmentada. Em 2010, a proposta foi apresentada aos profissionais de saúde do Distrito GCC e ao Comitê Gestor do Pró-Saúde II, que contribuíram para sua finalização. A disciplina foi nominada como Práticas Integradas, sendo oferecida aos alunos dos 14 cursos da área da saúde, desenvolvida em três semestres (BUENO e TSCHIEDEL, 2011).

A realização de atividades integradas nos serviços de saúde provocaram uma nova postura dos profissionais de saúde, que com sua atualização foram instigados a refletirem sobre seu processo de trabalho. No cotidiano dos serviços novas formas de se fazer o cuidado em saúde, tais como: rodas de conversa nas Unidades de Saúde, ações intersetoriais dentro do território, publicização do processo de trabalho, escuta e acolhimento a partir das necessidades do usuário, atendimento de forma integral e participação dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços,- foram aplicadas, agregando-se esse fazer à prática educacional dentro do processo de integração ensino-serviço.

Cabe destacar algumas ações promovidas pela CoorSaúde como I Seminário de Integração da Área da Saúde – Formação e saúde, em 2009, contando com 329 participantes dos diferentes segmentos da Universidade e 42 participantes de outros espaços, em especial

da Secretaria Municipal da Saúde. Esse evento impulsionou a realização do I Fórum dos Cursos da Área da Saúde, resultando em alguns encaminhamentos como: “oferecer seminários integradores com propostas de temas transversais aos cursos da área da saúde, permitir a interação entre docentes de diferentes áreas de formação e propor experiências integradas de atividades voltadas para a saúde, afins ou complementares” entre os cursos participantes da CoorSaúde (BUENO e TSCHIEDEL, 2011, p. 91).

Essas ações se apresentam como elementos que apontam para a transformação da Universidade, possibilitando sua sintonia com as necessidades sociais de forma que produza saberes e forme profissionais capazes de uma visão holística, de relações humanas solidárias e de construir permanentemente o conhecimento (FEUERWERKER; SENA, 1999)

Os recursos do Pró Saúde II foram aplicados nos serviços de saúde do Distrito. Foi possível realizar reformas de infraestrutura, com adequação de área física, que melhoraram as condições de trabalho dos profissionais e de atendimento à população. Também foi destinado montantes para aquisição de material permanente e material de consumo.

O Auditório do Centro de Saúde Vila dos Comerciários com capacidade para 100 pessoas foi totalmente reformado, com investimento na climatização e compra de equipamentos de sonorização. Neste local, acontecem as reuniões semanais do Conselho Distrital de Saúde GCC e atividades educativas direcionadas à população, entre outras. A reinauguração ocorreu em 4 de maio de 2011, participando gestores municipais e estaduais, representantes das Instituições de Ensino com atuação no Distrito, docentes, discentes e profissionais de saúde.

A primeira atividade realizada no referido espaço foi a promoção de um seminário Redes de Atenção em Saúde, sendo uma das palestras relacionadas ao tema *Impacto das Políticas Públicas na Reorientação da Formação Profissional em Saúde*, proferida pelo professor Ricardo Rodrigues Teixeira da Universidade de São Paulo (USP). Outros espaços de trabalho dentro do Centro de Saúde Vila dos Comerciários foram readequados com a verba proveniente do Pró-Saúde II.

A consolidação do Distrito Docente-Assitencial GCC deu-se a partir da aproximação gradativa entre os serviços de saúde e a UFRGS, que contribuiu para uma formação acadêmica diferenciada, reflexões teóricas e produções de conhecimentos decorrentes dos

projetos implementados na região. As experiências de ensino-serviço promoveram novas relações entre os serviços de saúde, UFRGS, gestão e controle social, na perspectiva da formação de profissionais para atuação na rede de serviços do sistema público de saúde e na materialização dos princípios do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de integração ensino-serviço foi produzido a partir de uma longa trajetória e de ações voltadas para a adequação do aparelho formador aos princípios gerais da reforma sanitária. A efetivação das diretrizes gerais do SUS estão diretamente condicionadas pelos modelos de formação e pelas práticas dos profissionais que nele ingressam continuamente.

No estudo desta trajetória de integração ensino-serviço recorri aos principais documentos que sustentam as orientações legais na formação de profissionais da saúde voltados para o sistema público de saúde. Trata-se da legislação do SUS, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde e das ações de parceria entre o Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. A partir desse material, procurei apoio teórico em alguns dos principais autores(as) do campo da saúde coletiva, tais como Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Ricardo Ceccim, a fim de promover o diálogo e assinalar a relação entre Saúde e Educação.

Neste estudo, foi possível identificar potencialidades e desafios na formação para o SUS, sendo fundamental a parceria entre as instituições de ensino e serviços de saúde para operacionalizar as mudanças tanto no ensino como no serviço. As ações e projetos interministeriais tem contribuído no processo formativo voltado para a implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS e favorecido experiências de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Para tanto a parceria entre ensino e serviço envolve vários atores para se produzir as transformações na área educacional e assistencial, no compromisso de qualificar e humanizar a atenção à saúde, como um direito fundamental da população.

No âmbito do município de Porto Alegre, a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu uma Política Municipal de Integração Ensino-Serviço, visando responder à demanda crescente das Instituições de Ensino para inserir seus alunos em cenários de práticas do SUS. A SMS criou uma Comissão Permanente para coordenar essa articulação na perspectiva de qualificar o SUS como Rede-escola.

No desenvolvimento de ações de ensino no distrito de saúde GCC, os diversos segmentos envolvidos – gestores, docentes, discentes, trabalhadores de saúde e usuários –

vivenciaram momentos de dificuldades e de desafios. As dificuldades foram pautadas pelo trabalho em equipe; pelas relações interinstitucionais e pelas relações com o controle social. Tais dificuldades vem sendo superadas pelo diálogo e pela corresponsabilidade de cada um dos segmentos envolvidos.

Observo que o trabalho em equipe contribuiu para o compartilhamento dos diversos saberes e nessa interação novas práticas foram produzidas. Portanto, o cotidiano dos serviços estimulou o aprender e o ensinar de todos os atores envolvidos, na busca do atendimento preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS. Os desafios da atenção integral, da interdisciplinaridade e do processo ensino-serviço desencadearam reflexões e ações, na perspectiva de mudança nas práticas assistenciais e na produção de conhecimentos a partir da realidade da população atendida.

Os resultados da análise sugerem que essa integração repercutiu tanto na Universidade quanto no Distrito de Saúde GCC. Na Universidade ocorreram transformações internas, com a criação de uma Coordenadoria de Saúde dos cursos dessa área e da implantação de disciplina integrada de saúde. Essas ações inovadoras reforçam a importância social dessa Instituição de Ensino no país. No Distrito de Saúde GCC advieram melhorias de infraestrutura nos equipamentos de saúde. Em relação aos profissionais de saúde do Distrito envolvidos nas referidas ações, os mesmos tiveram a oportunidade de exercitar novas potencialidades, tanto na gestão das unidades quanto na área assistencial.

A partir da definição do Distrito de Saúde GCC como região de inserção das ações de ensino, de pesquisa e de extensão da UFRGS junto aos serviços de saúde da região, este Distrito Sanitário consolidou-se como Distrito Docente-Assistencial GCC, na medida em que se busca associar o campo da formação com o campo da assistência. Assim, essa parceria visa formar profissionais qualificados e indispensáveis para atuação no sistema de saúde público.

Esta minha inflexão sobre a construção dos Distritos Docentes-Assistenciais buscou compreender como as ações desenvolvidas em determinado território podem contribuir de um lado para a formação na área da saúde conforme as diretrizes curriculares e de outro, para o fortalecimento de ações conjuntas comprometidas com o SUS, considerando-se os determinantes sociais implicados no contexto local.

A familiaridade com o campo da formação favoreceu minha observação quanto a

diversidade de posicionamentos presentes na interação dos segmentos envolvidos nas atividades formativas e das inúmeras ações desencadeadas a partir da inserção dos alunos no cotidiano dos serviços. Estar implicada com a área da assistência contribuiu para aprofundar a análise relacionada aos conflitos existentes entre práticas e saberes no campo da saúde; como também entre os atores responsáveis pela efetivação da política de integração ensino-serviço.

Um dos desafios que me deparei no presente trabalho foi a pouca disponibilidade de material produzido sobre as experiências e vivências por parte dos diferentes participantes do processo de construção do Distrito Docente-Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal.

As diferentes estratégias de aproximação entre ensino-serviço têm contribuído para que se avance em direção a processos de práticas pedagógicas e de formação profissional mais próxima dos ideais e das diretrizes gerais do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.P. **Municipalização e Crise de Cultura Institucional**. O Caso do Centro Previdenciário de Niterói. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Cenários de Prática e Formação: Desafios no Fazer Cotidiano**. Trabalho apresentado no IV Congresso Nacional da Rede Unida. Belo Horizonte, MG, 2005.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FRIOCRUZ, 2003.

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

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, 1992**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde, 1996**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde, 2003**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde, 2007**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde, 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394/1996**. Estabelece as diretrizes e Bases da educação nacional. Brasília, 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001b.



\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Brasília: Ministério da Educação 2001c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Psicologia**. Brasília: Ministério da Educação, 2001f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação em saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ver SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Educação que produz saúde**. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria nº 2.118/05**. Institui cooperação técnica entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação para a formação de recursos humanos na área da saúde, Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/06**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**, 2007b, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUENO, D. ; TSCHIEDEL, R.G. (org). **A arte de ensinar e fazer saúde**. UFRGS no Pró-Saúde II; relatos de uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

CABRAL et al. Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **EnsinoTrabalho-cidadania**: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro, Abrasco, 2006, p.57-69.

CARVALHO. Y. M.; CECCIM, R.B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. P.137-170.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunica, Saúde, Educ**, v.9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B.; CARVALHO. Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. (Org) **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. P.69-92.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, set-out, 2004a.

\_\_\_\_\_. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-64, 2004b.

CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; MAYER JR, M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: PINHEIRO, R. e SILVA JUNIOR, A.G.(org) **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2011. p.257-292.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório do I Seminário, Porto Alegre, 2010, mimeo.

\_\_\_\_\_. Relatório do II Seminário, Porto Alegre, 2011, mimeo.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As Origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. (Org.) et al. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FEUERWERKER, L. C. M. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.23, 1999, p.21-26.

\_\_\_\_\_. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede UNIDA, 1998.

\_\_\_\_\_. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. ; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? **Revista Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n.18, mar. 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 35 ed. São Paulo: Paz e terra. 1996 (Coleção Leitura).

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 46. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GONÇALVES, M. B & MORAES, A. M. S. Inserção dos alunos da primeira série do curso de medicina em serviços de saúde. In: Revista Brasileira de Educação Médica, 27(2), 2003, p. 83-90. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br>. Acesso: 06.02.2013.

HADDAD, A.E. et al. A aderência dos cursos de graduação em Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p.119-52. (Série F, Comunicação e Educação na Saúde)

HENRIQUES, R.L.M. Interlocução entre Ensino e Serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 147-159.

LUGARINHO, R.; FEUERWERKER, L.C.M. O que é o FNEPAS? *Boletim da Associação Brasileira de Ensino Médico*, Rio de Janeiro, v.33, n. ¾, p. 16-17, mai-jul. 2006

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E. , ONOCKO, R.. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 197-228.

MEYER, Dagmar E. E.; FÉLIX, Jeane. Currículo e diferença: formação de professores(as), sexualidade e prevenção de HIV/aids. In: SANTOS, L.L.C.P.; FAVACHO, A.M.P. (Org.). **Políticas e práticas curriculares**: desafios contemporâneos. Curitiba: CRV, 2012b. v. 1, p. 251-266.

PREFEITURA MUNICIPAL PORTO ALEGRE. **Decreto Nº 16.061, de 11 de setembro de 2008, publicado em 19/09/2008, DOPA, pág. 2 .**

RIBEIRO, E.C.O. Ensino/aprendizagem na escola médica. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. (Org.). **Educação Médica**. São Paulo: Ed. Sarvier, 1998. p.40-49.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil**, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br>.

SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A.(Org.) **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2006. P. 205-227.

SIRENA, M.da G.A. Modelo de atenção à saúde. In: CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE, 3, 2000, Porto Alegre. **Caderno de Textos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal, 2000, 92p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. Programação Anual de Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 03/02/201.

\_\_\_\_\_. Programação Anual de Saúde, 2012a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 05/02/201.

\_\_\_\_\_. Programação Anual de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 05/02/2013

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão, 2010. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 15/02/2013

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão, 2011b. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 16/02/2013

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão, 1º quadrimestre, 2012b. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 18/02/2013

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão, 2º quadrimestre, 2012c. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 18/02/2013

\_\_\_\_\_. Relatório de Gestão, 3º quadrimestre, 2012d. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em 18/02/2013

UFRGS-SMS. Distrito Gloria-Cruzeiro-Cristal. Conselho Municipal de Saúde: <http://prosaude-ufrgs.blogspot.com.br/p/projeto-pro-saude-pet-saude-2012>

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz, 2007. P.531-562.