

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**O QUADRILÁTERO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM MOVIMENTO:  
A PERSPECTIVA DO CONTROLE SOCIAL NO CALEIDOSCÓPIO**

**HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR**

**PORTO ALEGRE, JULHO DE 2014.**

**HELOISA HELENA ROUSSELET DE ALENCAR**

**O QUADRILÁTERO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM MOVIMENTO:  
A PERSPECTIVA DO CONTROLE SOCIAL NO CALEIDOSCÓPIO**

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

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim.

**Área de Concentração:** Saúde, Educação e Sociedade.

**PORTO ALEGRE, JULHO DE 2014.**

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha  
Centro Universitário Univates

Este trabalho é dedicado aos que partilham comigo a FÉ na vida e a LUTA por um mundo de justiça e igualdade, onde a lógica vigente seja a da escuta solidária, a da construção coletiva, a do compartilhamento de diferenças e a dos saberes diversos. Aos que muito me ensinam na tarefa cotidiana de construir o *SUS que dá certo*.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos e todas que, de forma generosa e voluntária, contribuíram com suas vivências, saberes e experiências para a *vibração* dos tons, matizes e reflexos que permitiram ver e saber do caleidoscópio em movimento.

Agradeço ao meu orientador, pela confiança, *inspiração*, partilha e disposição.

Agradeço aos professores da banca de qualificação, professores doutores Soraya Maria Vargas Côrtes e Roger dos Santos Rosa, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e Mara Lisiane de Moraes dos Santos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, por sua atenta leitura, contribuições avaliativas e cuidadosas indicações.

Eu acredito é na rapaziada  
que segue em frente e segura o rojão.  
Eu ponho fé é na fé da moçada  
que não foge da fera e enfrenta o leão.  
Eu vou à luta é com essa juventude  
que não foge da raia a troco de nada.  
Eu vou no bloco dessa mocidade  
que não tá na saudade e constrói  
a manhã desejada.

(Luiz Gonzaga Jr. – Gonzaguinha)

## RESUMO

Essa dissertação é um Estudo de Caso, realizado junto a uma capital estadual, no sul do Brasil. Buscou trazer à tona a perspectiva do controle social na implementação da política nacional de Educação na Saúde, ao mesmo tempo em que mostrou a emergência de uma política desta natureza no Conselho Municipal de Saúde em causa. O encadeamento expressivo da dissertação contemplou uma análise sobre a educação na saúde, a integração ensino-serviço, os modelos tecnoassistenciais em saúde, o controle social e a participação no setor sanitário. O percurso metodológico foi estruturado com base na pesquisa documental relacionada e nas publicações oficiais. A base conceitual utilizada na análise foi a do Quadrilátero da Educação na Saúde, formulado por Ceccim e Feuerwerkwer. A abordagem na pesquisa de campo localizou interlocutores de referência identificados com os 4 vértices desse Quadrilátero, deixando ver movimentos de denúncia, conversação, interação, disputa e desenho ou redesenho de resultados. A análise de documentos serviu à composição do contexto político e normativo e entrevistas semiestruturadas serviram à composição de dados qualitativos complexos (opiniões, memórias, impressões). A expressão de um processo em movimento levou à compreensão de uma “perspectiva do controle social no caleidoscópio”, a presença relevante da participação popular e dos conselheiros de saúde como participantes do campo de possibilidades da política de educação e desenvolvimento dos trabalhadores, tendo em vista o interesse coletivo em um sistema de saúde de acesso universal e com características de integralidade da atenção. A ação do controle social esteve fortemente integrada à “politização” de atores do ensino-aprendizagem, como docentes, estudantes, preceptores e residentes; e à condução de lógicas e estratégias à integração universidade-sociedade na saúde.

### **Palavras-chave:**

Saúde Coletiva; controle social; Educação na saúde; integração ensino-serviço-comunidade;

Saúde Coletiva; Educação na saúde; Participação popular em saúde, Controle Social em Saúde.

## **ABSTRACT**

This dissertation is a Case Study, done in conjunction with the state capital in the south of Brazil. It looked to bring the perspective of social control in implementing national policies on Health Education to the scene, and at the same time, it showed the emergence of a policy of this nature in the Municipal Health Council concerned. The expressive linking of the dissertation contemplated an analysis on health education, teaching-service integration, techno-assistance models in health care, social control and participation in the health sector. The methodological path was structured based on related documentary research and official publications. The conceptual base that was used in the analysis was the Health Education Quadrilateral, created by Ceccim and Feuerwerkwer. The approach on field research located interlocutors of reference identified with the 4 vertices of the Quadrilateral, allowing one to see the movements of conversations, interactions, disputes and design or redesigning of the results. The document analysis was used to compile the political and normative context and semi-structured interviews were used to compile the complex qualitative data (opinions, memories, impressions). The expression of a process in movement led to the understanding of a "perspective of the social control in a kaleidoscope", the inedited presence of popular participation and that of the health care advisors as participants in the field of possibilities on education policy and development of the employees, keeping the collective interest in a health care system with universal access and features of comprehensive care in mind. The social control action was strongly integrated into the "politicization" of the teaching-learning actors, like faculty, students, tutors and residents; and the logical and strategic drive for university-society integration in health care.

### **Key-words:**

Collective Health: social control; Health education: teaching-service-community integration; Collective Health; Health Education; Popular participation in health, Social Control in Health.



## **LISTA DE SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
CES/CNE – Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação  
CGAL – Comissão de Gestão e Acompanhamento Local  
CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde  
CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço em Saúde  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COGERE – Colegiado de Gestão Regional  
CPES – Comissão Permanente de Ensino e Serviço  
CSEM – Centro de Saúde - Escola Murialdo  
DDA – Distrito Docente-Assistencial  
ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GERUS – Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde  
GHC – Grupo Hospitalar Conceição  
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde  
HPS – Hospital de Pronto Socorro  
HMIPV – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas  
IES – Instituição de Ensino Superior  
IMESF – Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família  
MPE – Ministério Público Estadual  
MPF – Ministério Público Federal  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde  
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças na Graduação em Medicina  
PSF – Programa Saúde da Família  
PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
RIS – Residência Integrada em Saúde  
SES – Secretaria Estadual da Saúde  
SGTES/MS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SSC – Serviço de Saúde Comunitária, do Grupo Hospitalar Conceição  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
VER-SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>DENÚNCIA: “MARCA” DAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE</b>	<b>17</b>
<b>A IMERSÃO NO CASO, APROXIMAÇÕES E PERCURSOS</b>	<b>21</b>
<b>O QUADRILÁTERO E SEUS QUATRO VÉRTICES VIBRACIONAIS</b>	<b>24</b>
VÉRTICE 1 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL ALINHADA ÀS EXIGÊNCIAS DO SUS .....	25
VÉRTICE 2 – MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM DISPUTA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	32
VÉRTICE 3 – GESTÃO DO SUS E COMPROMISSO COM O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	36
VÉRTICE 4 – CONTROLE SOCIAL REIVINDICANDO PARTICIPAÇÃO, INTEGRALIDADE, EQUIDADE E INTERAÇÃO NO SUS .	41
<b>A MAQUINARIA DE REDES DE CONVERSAÇÃO</b>	<b>48</b>
A TAREFA DE ANALISAR, FORMULAR E DELIBERAR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE.....	54
A CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO PERMANENTE DE ENSINO E SERVIÇO .....	57
O DISTRITO DOCENTE ASSISTENCIAL E A INTEGRALIDADE COMO EIXO ESTRUTURANTE.....	62
<b>O QUADRILÁTERO E A CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL</b>	<b>69</b>
<b>POSSIBILIDADES EM MOVIMENTO NO CALEIDOSCÓPIO, A TENTATIVA DE CONCLUIR</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>90</b>
APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA.....	91
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	95

<b>ANEXOS</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 1 – RESOLUÇÃO CMS Nº 38/2009 .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO 2 – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO 3 – RELATÓRIO FINAL DO I SEMINÁRIO SOBRE CONTROLE SOCIAL E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM PORTO ALEGRE .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO 4 – RELATÓRIO FINAL DO II SEMINÁRIO SOBRE CONTROLE SOCIAL E AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE EM PORTO ALEGRE .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO 5 – PORTARIA SMS Nº 681/2009.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO 6 – PORTARIA SMS Nº 38/2011.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO 7 – RESOLUÇÃO SMS Nº 1/2011 .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 8 – RELATO RESUMIDO DAS VISITAS DE AVALIAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, SÍTIO ELETRÔNICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE.....</b>	<b>109</b>

## APRESENTAÇÃO

A ideia e a vontade de realizar o estudo de caso aqui apresentado nasceram da experiência vivenciada na assessoria técnica ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, onde atuo desde 2006, inicialmente na condição de conselheira, representando, no segmento dos trabalhadores em saúde, os profissionais do Distrito Centro<sup>1</sup>, e depois como membro efetivo da estrutura formal desse Conselho. A transição de uma condição à outra se deu em um processo complicado, na medida em que a estrutura necessária para o adequado funcionamento daquela instância de controle social, e que incluía a minha lotação no seu quadro funcional de assessoria técnica, foi definido por um Acordo Judicial de iniciativa do Ministério Público Estadual (MPE). Isso já coloca, de antemão, por um lado, uma condição favorável ao objetivo proposto, na medida em que parto de uma memória de fatos e fatores implicados no desenrolar da história. Por outro lado, e em contrapartida, há o desafio de *tratar* emoções, sentimentos e pontos de vista pessoais, o que impõe rigor ético com o tema e seus focos múltiplos, sem perder de vista que se permita vislumbrar o *caleidoscópio* de energias e ações presentes na realidade viva que constitui configurações políticas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, tem entre suas atribuições e competências “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988). Uma política de formação e desenvolvimento de trabalhadores no SUS deve, por Lei, ser formalizada e executada, articuladamente, pelas três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Cada esfera de governo deve contar, conforme a Lei, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde (BRASIL, 1988; 1990a e 1990b). Foi nesse sentido que, entre 3 e 4 de setembro de 2003, o plenário da centésima trigésima quarta reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) deliberou sobre uma Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS,

---

<sup>1</sup> “Distrito” se refere à regionalização da cidade em “territórios geográficos” para a organização da rede de atenção e referenciação de fluxos gerenciais e intersetoriais. Existem atualmente 16 Distritos Sanitários na cidade, com uma nomenclatura que corresponde ao seu conjunto de bairros ou zona da cidade.

aprovando-a como “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”. Posteriormente, em 18 de setembro de 2003 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>2</sup> pactuou um conjunto de estratégias de implementação da formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde. O CNS deliberou, em decorrência, a Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003. Com base na aprovação do CNS e na pactuação entre os representantes das três esferas de governo, o Gabinete do Ministério da Saúde (GM/MS) publicou a portaria de formalização e regulamentação da execução de tal política, a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um plano de ações abrangente do que terminou conceituado por Ceccim e Feuerwerker (2004) como o Quadrilátero da Educação na Área da Saúde: *formação* integrada à *gestão*, à *atenção* e ao *controle social* dessa política setorial. Foi ressaltada na referida Portaria a relevância “da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde” (BRASIL, 2004).

Uma ampliação dos campos de prática na formação profissional para a área da saúde, que se estendesse para além dos muros dos hospitais de ensino, vinha sendo buscada pela maioria das instituições de ensino e cursos de formação profissional, no entanto, nem sempre numa perspectiva alinhada às exigências de mudança no modelo tecnoassistencial vigente desde o início do século passado. As instituições formadoras em nosso país ainda persistem em modelos centrados no profissional médico, dependentes de tecnologias altamente especializadas e alheios à participação da sociedade na formulação, avaliação e controle social da política setorial. Numa perspectiva alinhada aos princípios e diretrizes do SUS, a formação de profissionais para a área da saúde não poderia comprometer-se apenas com a produção de habilidades técnico-científicas, mas também com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em saúde, isto é, não apenas formar profissionais

---

<sup>2</sup> A Comissão Intergestores Tripartite – CIT é instância de pactuação consensual entre os entes federados da União, Estados e Municípios para a definição das regras e implementação da gestão compartilhada do SUS, sempre atendendo às deliberações da instância de controle social de âmbito nacional, o Conselho Nacional de Saúde.

para a área da saúde, mas formá-los para o SUS.

Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004), ao formularem o conceito de “quadrilátero da educação na saúde”, postularam um sistema de gestão onde o aprender e o ensinar se incorporassem ao cotidiano de relações das organizações de saúde e estruturasse um cuidado que dissesse respeito às necessidades sociais e à integralidade da atenção. Há uma necessidade real de formar profissionais que possam atuar positivamente no avanço das práticas assistenciais em saúde para direções distintas do modelo biomédico e curativista, mas mediante construção participativa de projetos terapêuticos e de promoção da saúde. Para tanto, a integração cooperada entre as estruturas de ensino e a rede assistencial é estratégica e indispensável para que os profissionais que se formam não precisem ser *reformados* ao ingressarem no maior campo de trabalho em saúde atualmente em nosso país: o SUS. Também para melhorar, entre docentes e pesquisadores, o acolhimento do discurso da mudança, compreendendo que tarefas éticas esse discurso pretende e que tarefas políticas esse discurso requer. A já mencionada Portaria MS/GM nº 198, em seu artigo 1º, parágrafo único, item IV, estabelece a necessidade de “articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino”. Conforme a Portaria, “tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola” (BRASIL, 2004).

É com interesse nessa rede-escola que pretendo analisar o processo de construção da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS em Porto Alegre, tomando como ponto de partida a ação do controle social, um dos vértices vibracionais do Quadrilátero, que se constituiu como um emulador da política de educação na saúde na cidade. No caminho escolhido para essa análise, perscrutei a concretização de práticas e a tomada de decisões relativas à Educação na Saúde desde o ponto de vista do controle social, isto é, desde as manifestações, deliberações e ações do Conselho Municipal de Saúde. Também foi importante investigar e indagar as concepções a respeito desse lugar – o do controle social – no campo da implementação, avaliação e *reformulação* da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, presentes nos outros três espaços implicados: o do ensino, o da gestão e o da atenção.

A estratégia utilizada para o desenvolvimento da investigação foi a do Estudo de Caso, que, conforme Martins (2006), corresponde à *investigação empírica que se ocupa de fenômenos contemporâneos dentro do contexto da vida real em que esses ocorrem*, tendo como sustentação uma *plataforma teórica através da qual se busca apreender uma dada situação*. Essa estratégia metodológica foi desenvolvida por meio da coleta de dados constantes em documentos oficiais, particularmente atas do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, e por meio de entrevistas semiestruturadas que tiveram em vista o aprofundamento das informações em sua complexidade. A dissertação está organizada com a enunciação de uma denúncia, que marca um dos instrumentos do controle social em saúde, acompanhada de outras de mesma natureza. Em seguida, vem o delineamento metodológico, de modo que o material empírico atravesse o texto sem a fragmentação de sessões. Se segue com a apresentação do arcabouço teórico que lhe dá sustentação, para o qual os depoimentos colhidos nas entrevistas buscam explicar, ilustrar e dar conteúdo vivencial aos diversos aspectos destacados. A “plataforma teórica” é o Quadrilátero da Educação na Saúde. O encadeamento histórico de fatos e experiências relevantes ao tema em análise vem com a organização do sistema local de saúde naquilo que interessa ao recorte selecionado. É apresentada, em continuidade, uma tomada da reconstrução permanente dos modos de fazer controle social em Porto Alegre, pela relevância ao caso do estudo. A finalização considera o controle social sob o olhar do caleidoscópio, onde ainda são trazidos depoimentos com a expectativa de que se somem na perspectiva de apontar caminhos, tendências e potencialidades, energias em movimento, e permitam uma tentativa de conclusão sobre uma política estratégica para a consolidação do Sistema de Saúde brasileiro.



## **DENÚNCIA: “MARCA” DAS INSTÂNCIAS DE CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE**

O contexto atual de desenvolvimento da política de educação na saúde dentro do território de Porto Alegre, considerando o conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, a vigilância em saúde e os âmbitos da gestão que compõem o SUS municipal e o conjunto de Instituições de Ensino, tanto universitárias como de formação técnica, tem uma conformação inédita ou atual, que veio sendo gestada especialmente nos últimos seis anos. A ação do Conselho Municipal de Saúde, como espaço institucional do controle social no SUS, foi significativa no desencadeamento do atual processo participativo de tomada de decisão. No entanto, o tema entrou na pauta de assuntos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre a partir de uma denúncia, como costuma acontecer com diversos assuntos nem sempre integrantes da agenda do setor, mas que por sua relevância, sugerida ou reivindicada, passam a ganhar um olhar e escuta dos conselheiros, inicialmente aguda, depois estruturante ou longitudinal.

Em 2006, a partir de um acerto informal entre a direção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e de uma das Instituições de Ensino Superior da capital, houve a cedência de espaço físico em um dos Centros de Saúde centrais da cidade para a instalação de um ambulatório especializado em Dermatologia, que funcionaria como um Ambulatório-Escola dessa especialidade clínica, recebendo alunos de graduação e pós-graduação do curso de medicina daquela Instituição. Essa inserção/instalação, que se deu sem nenhum processo de integração formal e pactuado com os trabalhadores e usuários do respectivo Centro de Saúde, configurou-se como simples ocupação/apropriação de um espaço físico gratuito, para o qual a Universidade não contribuía materialmente, exigindo, em *contrapartida*, suporte e apoio logístico local e municipal. Uma espécie de invasão, sem que se deliberasse sobre o benefício de quê ou de quem.

Cabe assinalar que, na mesma época, em outros serviços de saúde da cidade, essas tratativas também ocorriam. O discurso justificador dessas *alternativas* consideradas de *grande valia* por parte dos gestores da SMS, sempre continha a identificação da Universidade como o lugar privilegiado do conhecimento e do saber científico, portanto de vantagem indiscutível,

recebida quase com um *favor*, pois o atendimento especializado aos usuários do SUS seria dignificado (qualificado), sem nenhum *custo* para o gestor municipal. Naquele momento, especialmente, as filas de espera por consultas e exames especializados era uma grande queixa da população de Porto Alegre. Embora tivesse sido questionada a ausência de qualquer formalidade para a viabilização desta *parceria*, o CMS tomou para si a questão a partir de denúncias que chegavam por parte de usuários e de alguns trabalhadores, referindo maus-tratos, problemas de conduta ética e pouca transparência no acesso aos serviços, uma vez que as consultas e procedimentos não eram regulados pela SMS, como acontecia com os demais serviços especializados. Assim, a denúncia inicial chegou por um usuário do Centro de Saúde que, embora sabedor de que no Ambulatório de Dermatologia atuavam alunos e residentes médicos, se viu constrangido e exposto ao ser despido e examinado por um número grande de pessoas que durante o atendimento entravam e saíam do consultório sem preocupação com o fato de que a cada abertura da porta o paciente era exposto seminu aos olhares dos que aguardavam ou passavam pela sala de espera. Não houve o cuidado de protegê-lo com um biombo, na medida em que isso dificultaria a *consulta-aula*.

Outra denúncia foi trazida por uma usuária que, ao chegar cedo pela manhã para uma consulta, fora informada de que o atendimento iniciava às 7h30. No entanto, como o horário não fora cumprido, a mesma bateu à porta para saber o que acontecia. Deparou-se com estudantes que estavam em grupo, conversando. As estudantes lhe disseram de maneira enfática que elas é que determinavam quando o atendimento iria começar e que ela deveria esperar a chamada. A usuária estava bastante incomodada. No momento da denúncia argumentou que se essa era a forma como se comportavam alunos, dava para compreender por quê, depois, se tornavam profissionais tão “desumanos e arrogantes”.

Uma enfermeira do Centro de Saúde trouxe ao Conselho a situação de conflitos diários com os alunos e professores do ambulatório, que requisitavam a presença dos técnicos de enfermagem para auxiliar nos procedimentos, limpar instrumental, repor insumos etc.. O serviço era carente de pessoal auxiliar e não havia nenhuma combinação por parte da Universidade de integrar atividades com a equipe local. Os auxiliares e técnicos em enfermagem se queixavam, em reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS), sobre a forma

arrogante com que estudantes e residentes exigiam e cobravam tarefas.

Uma médica do Centro de Saúde trouxe a denúncia de que por diversas vezes ouviu alunos discutindo casos clínicos no elevador, em que citavam nomes de pacientes, fato que a surpreendeu na medida em que o elevador era de uso geral e os diagnósticos e impressões pessoais eram verbalizados sem a preocupação com quem ouvia.

A pesquisa documental dos registros em Atas do CMS ou das denúncias feitas individualmente, que naquela época eram encaminhadas à Comissão de Fiscalização do Conselho, trazem outros exemplos que contribuem para a contextualização das relações que se estabeleciam no interior dos serviços que recebiam estudantes e residentes. Essa situação, inicialmente questionada, passou, então, à situação-problema por suas *irregularidades ético-normativas*, o que levou a SMS, em um artifício de resposta ao controle social, a constituir uma Comissão composta por representantes da gestão e do Conselho de Saúde, para debater e definir as condições para um convênio entre as partes, com a formalização de atribuições, princípios e normas de avaliação e regulação. O primeiro resultado concreto desse debate, por parte do Conselho, foi a edição de uma Resolução, a Resolução CMS nº 38/2009, definindo as diretrizes orientadoras para a efetivação de parcerias visando à utilização, por parte das Instituições de Ensino, dos serviços do SUS como campos de prática (Anexo 1). Muito mais do que um instrumento definidor de uma política municipal para a área, a Resolução buscou dar suporte político para que se evitassem ou minimizassem os problemas relatados, como acessos privilegiados ou sem regulação, investigações clínicas sem controle do Comitê de Ética em Pesquisa, posturas equivocadas em relação aos trabalhadores dos serviços públicos, que se sentiam indevidamente exigidos ou desvalorizados por parte de professores e alunos, bem como a forma como usuários eram expostos durante as *consultas-aula*, onde algumas vezes estudantes atuavam sem a necessária supervisão de um preceptor ou a orientação de um professor, entre outras circunstâncias.

Essa discussão evoluiu no interior da Secretaria e aquela comissão focal ganhou *status* de Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), congregando todos os setores da Secretaria que recebem alunos, tendo como principal tarefa, do ponto de vista de uma estratégia do CMS, a elaboração de uma política municipal de integração entre instituições

de ensino e serviços de saúde. A denúncia acolhida, escutada como sinalizador de modos de atuar, vertida em disparador para uma estratégia de controle social e pressão sobre o governo para o estabelecimento de uma política pública, nos permite um fio de pensamento, seja à introdução de temas na agenda do setor, seja à emergência de atores até então ausentes na arena posta para o debate da educação na saúde na cidade. O lugar da denúncia numa instância de controle social é diverso da denúncia em órgãos da polícia, do judiciário ou da imprensa. A sua escuta – e a sua versão em eixo de atuação – reconhece a energia propulsora de questionamentos e mudanças de rumo. Nenhuma denúncia esgota ou elimina os fatos e movimentos que lhe antecedem, tampouco retira do contexto atores e cenários de atuação que operam simultaneamente ao elemento que entra em relevo. Instauram-se *condições de possibilidade*, que arrastam passados, atos e falas em localização e endereçamentos *inéditos* (ou *atuais*).

Enunciado o fato das denúncias, incidindo as mesmas sobre a temática da educação na saúde e enunciados os termos do controle social na saúde, penso ter deixado antever a emergência de uma política do controle social para a gestão das relações entre instituições formadoras e sistema municipal de saúde, objeto do presente Estudo de Caso, orientado pela organização científico-metodológica de uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva.

## **A IMERSÃO NO CASO, APROXIMAÇÕES E PERCURSOS**

Para o encadeamento expressivo, essa dissertação contempla uma análise sobre a educação na saúde, percorrendo a formação profissional alinhada às exigências do sistema de saúde (integração ensino-serviço), os modelos tecnoassistenciais em disputa na sua rede de serviços, a gestão do Sistema e o compromisso com o acesso e a qualidade da atenção, o controle social no setor reivindicando participação, integralidade, equidade e interação para apresentar o caso propriamente dito, isto é, a emergência de uma política e sua viabilização no contexto de uma capital estadual, cujo foco estava na interação das instituições formadoras com o gestor municipal da saúde, passando à interferência da população por suas instâncias de intervenção cidadã.

O percurso metodológico está estruturado na pesquisa documental junto ao acervo do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, bem como nos documentos relacionados aos espaços de desenvolvimento da política em análise, e nas publicações oficiais das três esferas de gestão do SUS, o que tem como objetivo principal contextualizar os processos de implantação da política de formação dos trabalhadores da saúde e seus desdobramentos no município em estudo. Além disso, a análise das relações que se estabelecem na interação dos elementos que compõem os quatro vértices do quadrilátero foi desenvolvida com a identificação de atores-chave, que participaram de entrevistas semiestruturadas, e que tiveram como principal objetivo captar relatos e impressões, análises e percepções oriundas de diferentes vivências nos espaços de integração ensino e serviço. Os roteiros para as entrevistas semiestruturadas encontram-se na relação de apêndices dessa dissertação (Apêndice 1). O convite às entrevistas teve como critério básico encontrar interlocutores, entre gestores, trabalhadores e docentes que estivessem inseridos direta ou indiretamente nos processos de ensino-aprendizagem ou da integração ensino-serviço. No caso dos usuários, interlocutores que estivessem participando dos espaços de discussão e acompanhamento da política de educação na saúde. Foram selecionados 10 participantes, conforme quadro descritivo a seguir apresentado, quantitativo que foi considerado suficiente para os objetivos do presente estudo, na medida em que se identificou saturação dos dados.

No desenvolvimento da pesquisa proposta para o Estudo de Caso aqui desenhado, foram observadas as normas e diretrizes estabelecidas na Resolução CNS nº 466/2012 e suas recomendações ético-normativas. Os interlocutores da pesquisa participaram de forma voluntária, colaborando por meio de entrevistas semiestruturadas, após ciência e concordância, que foram registradas por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a natureza, os objetivos e os métodos a serem utilizados no Estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado encontra-se nos apêndices dessa dissertação (Apêndice 2).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente degravadas e editadas, sendo preservada a identificação dos interlocutores. Preservando a identidade dos interlocutores e, ao mesmo tempo, identificando a vocalização desde onde cada fala foi buscada, isto é, o segmento de interação com o tema, segundo os termos do Quadrilátero da Educação na Saúde, foram utilizados códigos substitutivos dos nomes de cada participante, sendo estes de conhecimento exclusivo da entrevistadora. O depoimento textual de cada participante, ao ser citado, tendo em vista estabelecer significado contextual, identificará apenas um código referente ao vértice correspondente: IE = vínculo com instituição formadora ou de ensino da saúde; GS = vínculo com órgãos ou instituição de gestão do SUS; SS = vínculo com os serviços de atenção à saúde e CS = vínculo com instância de participação e controle social na saúde. Ao código de vértice se seguirá uma letra, cuja sequência, em cada vértice, identifica diferentes participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética em Pesquisa a que se vinculam o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e inserido no sistema Plataforma Brasil com o cadastro nº 26411813.6.0000.5347, tendo sido aprovados os seus termos científicos e ético-normativos. Os resultados do presente estudo serão objeto de apresentação ao Plenário do CMS, para a qual serão convidados os interlocutores da pesquisa e seus pares.

É importante registrar que as entrevistas foram agendadas de forma aleatória, isto é, mesclando os atores de cada vértice, na medida em que as agendas se tornavam disponíveis, o que permitiu identificar a repetição de diversos elementos, definindo o encerramento da busca de novos depoimentos. O convite à participação foi maior do que o número de

entrevistas efetivamente realizadas, sendo respeitada a livre aceitação e colaboração com o estudo. O quadro descritivo a seguir apresenta um perfil dos 10 interlocutores participantes, representação qualitativa julgada procedente para os objetivos do estudo de caso, identificada a saturação de dados.

**Perfil dos entrevistados, segundo gênero, idade, raça/cor e escolaridade, por vértice**

Perfil dos Entrevistados						
Elementos de Identidade		Vértice				
		IE	GS	SS	CS	Total
Gênero	Masculino				2	2
	Feminino	2	2	2	2	8
Faixa Etária	20 a 50 anos	1		1		2
	Mais de 50 anos	1	2	1	4	8
Raça/Cor	Branca	2	2	2	1	7
	Negra				2	2
	Parda				1	1
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo				1	1
	Ensino Médio Incompleto				1	1
	Ensino Médio Completo				1	1
	Ensino Superior Completo		1	1	1	3
	Pós-Graduação	2	1	1		4

A análise dos conteúdos das entrevistas foi feita a partir da metodologia qualitativa, buscando, de forma reflexiva, compreender significados, impressões e simbologias, a partir da linguagem, como propõe Traverso-Yépez (1999), ao considerar que a vantagem da aproximação ao universo simbólico, social e historicamente construído, é a possibilidade de destacar a importância da interação humana e do contexto social na construção e na permanente recriação dos denominados processos psicossociais, tais como percepções, atitudes, ideias, representações, crenças, valores, filiações sociais etc..

No universo dos entrevistados, a predominância do gênero feminino, raça/cor branca e faixa etária acima de 50 anos. A escolaridade foi a característica que teve maior variação, embora com predomínio da formação universitária. Quanto ao tempo de interação do entrevistado em projetos/programas/ações no campo da educação na saúde previstos no SUS, todos mantinham tal participação por “mais de 2 anos”.

## O QUADRILÁTERO E SEUS QUATRO VÉRTICES VIBRACIONAIS

A Portaria GM/MS nº 198/2004 identificou em suas considerações a importância de integrar o ensino ao exercício das ações e serviços de saúde, à condução de gestão e de gerenciamento do setor e à efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas e da educação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004). Os marcos conceituais que embasaram essa proposição foram desenvolvidos por Ceccim e Feuerwerker (2004) em sua designação do “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”. Os autores identificam formação, gestão, atenção e participação social como quatro elementos integradores de uma política de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde, segundo uma prática de “experimentação” e engajamento na produção de um *sistema* de saúde. Uma política de educação para o Sistema Único de Saúde precisaria ser como uma *caixa de ferramentas*, não um pacote orçamentário acoplado a um rol de cursos, capacitações e treinamentos. Uma política de educação deveria ser uma política de práticas de pensamentos e redes de conversação, capacidade de análise crítica da educação que tem sido feita no setor da saúde e ao mesmo tempo construção de caminhos desafiadores, inventivos e disruptores de lógicas e sentidos, propondo estratégias de encontro ou de estudo, de gestão local.

A imagem de uma *caixa de ferramentas* se contrapõe à prescrição de uma *receita* definida a priori e que reduziria as práticas em saúde a modelos padronizados, pré-definidos. O principal desafio que se deveria colocar aos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a área da saúde é produção de realidades relevantes para os atores em cena. Uma *caixa de ferramentas* que necessariamente incluía dispositivos, saberes e técnicas diversos aos que tradicionalmente compõem o campo do saber médico, e mesmo das outras subáreas da saúde, é o que se exige para o cuidado integral e para a possibilidade real de produção de projetos terapêuticos voltados às necessidades daqueles que buscam atendimento, tratamento ou escuta. No presente relatório de estudo, a numeração dos quatro vértices (1, 2, 3 e 4) tem função simplesmente descritiva, tendo sido usada tomada de forma aleatória, não significando nenhum atributo de valor ou importância entre eles.



### ***Vértice 1 – Formação profissional alinhada às exigências do SUS***

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), perpetuam-se nas instituições formadoras modelagens centradas em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, consideram que a formação dos profissionais de saúde mantém-se alienada em relação aos processos de mudança na gestão do setor e ressaltam esse aspecto no que se refere ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, que, no mais das vezes, mostram-se impermeáveis ao controle social no sistema de saúde.

Essa visão é explicitada por Lopes (2011), em sua narrativa sobre a experiência da formação como médico, que teve como processo básico a segmentarização e despersonalização dos indivíduos que passavam a ser reconhecidos ou interpretados de acordo com os órgãos, conjunto de sintomas ou diagnósticos que portavam. A lógica “da escuta” busca apreender indicadores e dados que se enquadrem numa determinada prescrição (de exames, medicamentos, cuidados). Um currículo fragmentado e disciplinador se propõe à aptidão para respostas precisas por meio de diagnósticos complexos e sofisticados, de preferência que utilizem meios e tecnologias ditas de ponta. Para o autor, fugir a esta lógica exigiria a desconstrução desse conceito de corpo e de como e por que se adoecer.

A formação profissional na área da saúde, ao invés de ter seu foco principal na aquisição de habilidades técnico-científicas, afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004), precisa estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho, formando profissionais capazes de acolher e cuidar das várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. Na concepção das bases e princípios do SUS, o conceito de saúde se ampliou na medida em que se reconheceu uma gama de situações e condições como seus determinantes. A identificação da contradição entre a formação profissional e as necessidades do Sistema Único de Saúde remete à reflexão sobre quais e quantos são os fatores de resistência à implementação das mudanças propostas. Essa resistência mantém o vértice da Educação como um ponto *magnetizado* e *norteador* do processo de formação em saúde, a despeito das evidentes incoerências que são cotidianamente retratadas nos meios de comunicação onde os profissionais do SUS viram alvo de denúncias constantes.

Os dispositivos constitucionais conquistados ao longo do movimento da Reforma Sanitária nos anos 80 do século passado promoveram um processo de Reforma, onde o capítulo da Seguridade Social transforma radicalmente a concepção de direitos sociais e amplia, sobremaneira, o conceito de saúde. Oliveira (2005), ao reconstituir o momento histórico da Assembleia Nacional Constituinte e do Movimento Sanitário Brasileiro, identifica em sua origem as discussões e ações presentes no meio acadêmico, em especial nos Departamentos de Medicina Preventiva (assim como os de Saúde Pública), bastante politizados na década de 1970, no tocante às relações saúde-sociedade. Côrtes (2009), ao analisar a composição da *comunidade de política* que nos anos 80 e 90 do século passado protagonizou a proposta de reformulação do modelo vigente, e que ficou conhecida como *Movimento Sanitário*, descreve-a como formada por “acadêmicos, pesquisadores, sindicatos de profissionais e trabalhadores de saúde” (p. 1628).

Na apresentação do livro *Saúde Coletiva como Compromisso – a Trajetória da Abrasco*<sup>3</sup>, Nísia Trindade Lima e José Paranaquá de Santanna, os organizadores, descrevem também esse período histórico e identificam o nascimento daquela entidade com o objetivo de formar profissionais atentos à corrente de novas ideias sobre os problemas de saúde (LIMA e SANTANNA, 2006). Identificam entre os diversos fatores que contribuíram para o Movimento Sanitário tanto os relacionados às correntes de pensamento que se organizavam nos centros de pesquisa e ensino como os relativos às políticas nacionais de saúde e de ciência e tecnologia. Referem o estímulo, desencadeado no final da década de 1960, através de uma pesquisa sobre educação médica na América Latina que contou com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para a criação de cursos de pós-graduação em medicina social e a revisão das abordagens predominantes em centros universitários e institutos de pesquisa sobre as habilidades profissionais e os desafios da Saúde Pública.

Conforme Fonseca (2006), o surgimento de um novo campo conceitual, o da Saúde Coletiva,

---

<sup>3</sup> Abrasco é a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, criada em 1979, no auge da emergência da criação de programas de especialização em medicina preventiva, enfermagem de saúde pública e odontologia social, entre outros, e a criação dos programas de mestrado e doutorado em saúde coletiva. Hoje a Abrasco designa-se apenas como Associação Brasileira de Saúde Coletiva, reunindo estudo, ensino e pesquisa na área da Saúde Coletiva, incorporando a graduação em Saúde Coletiva, lançada no Brasil em 2008.

na década de 1970, refletiu o debate, especialmente no âmbito acadêmico, de oferecer respostas às demandas que o projeto de Reforma Sanitária viria a exigir diretamente dos profissionais de saúde e seu desempenho nas atividades cotidianas dos serviços, uma vez que o sucesso desse projeto estava justamente calcado em novas configurações das relações institucionais estabelecidas, com instâncias que asseguravam a participação da população. De acordo com Cristina Fonseca “era necessário compatibilizar o ambicioso projeto de mudanças institucionais na saúde com as estruturas curriculares, com as escolas e universidades envolvidas na formação em saúde” (FONSECA, 2006, p. 36).

É evidenciada, na literatura, a influência da área acadêmica no contexto histórico das reformas em saúde, para a proposição de novos modelos para a formação dos profissionais, tendo em vista que atuassem sob um novo modelo gerencial, formando novos atores políticos, com novos conteúdos programáticos e novos conhecimentos, que dessem suporte ao debate científico e para as propostas de formação interdisciplinares, que por sua vez estavam na base do projeto de Reforma Sanitária (FONSECA, 2006).

Ceccim e Feuerwerkwer (2004) ao referirem o significativo processo de reforma por que segue passando o setor da saúde, postularam como necessário e urgente um movimento social semelhante em uma Reforma Educacional que representasse o atendimento dos interesses públicos da formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Os autores identificam como função e papel estratégico das Instituições de Ensino a “cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzidos, seja nos serviços, nos movimentos sociais ou nas práticas populares, além da própria produção intelectual” (p. 44). Falam de uma formação mais orgânica à sociedade, de mérito científico e de relevância social.

Lopes (2011) descreve, a respeito de vivências e experiências significativas na sua formação (o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS/Brasil), que “uma nova forma de ser médico havia sido descoberta e uma nova bandeira política de lutas havia sido hasteada” (p. 13.).

Se, de um lado, a Constituição Federal definiu no Art. 200, inciso III, que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”; igualmente, garantiu no Art. 207 que as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 1988). Dessa forma, estabeleceu-se a exigência de ação intersetorial, da Saúde e da Educação, para a efetiva construção das mudanças necessárias para a formação dos profissionais de saúde. A Lei Federal nº 8.080/90, em seu Art. 27, dispõe que a política de trabalhadores na área da saúde deverá ser formalizada e executada de forma articulada pelas três esferas de governo, visando à organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Define que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde constituem “campo de prática para ensino e pesquisa”, mediante normas específicas, elaboradas “conjuntamente com o sistema educacional” (BRASIL, 1990a).

Em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – Cinaem, que desenvolveu um amplo trabalho de avaliação do ensino médico, abrangendo 48 das cerca de 80 escolas médicas então existentes no Brasil, onde se constatou que o médico não se formava com o perfil necessário para atender às demandas da população e do Sistema de Saúde (CARVALHO, 1998). Na Enfermagem, assumindo posição contra-hegemônica, o Movimento Participação levou a categoria a fazer parte da luta pela Reforma Sanitária no Brasil, propondo e organizando o 1º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem em 1989, ganhando forma em 1994, em defesa de que dever-se-ia “aglutinar atores e impulsionar mudanças, nos sujeitos e na geração de projetos pedagógicos contextualizados no SUS” (MOURA et. al., 2006).

Em 2001, por meio da Lei Federal nº 10.172, foi aprovado o Plano Nacional de Educação, que estabeleceu, em âmbito nacional, diretrizes curriculares que tinham como objetivo assegurar a necessária flexibilidade e diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientelas e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem (BRASIL, 2001). A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 9.394/1996) foi alterada em 2008,

pela Lei Federal nº 11.741, que redimensionou, institucionalizou e integrou as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica, definindo em seu Art. 39, §2º, que a educação profissional e tecnológica abrangerá os cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional, de educação profissional técnica de nível médio e os de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação (BRASIL, 2008).

Em relação às diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, em 2001, a Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE), após analisar as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, emitiu o Parecer nº 133/2001<sup>4</sup>, onde ficaram expressas preocupações com mudanças importantes, como a incorporação do conceito ampliado de saúde; a necessária flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes; a incorporação do arcabouço teórico do SUS e a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS (BRASIL, 2001).

Evidencia-se, dessa maneira, um arcabouço jurídico-legal, normativo e de acumulação das próprias profissões para a consecução de uma política pública no campo da formação profissional em saúde que responda às necessidades e finalidades do campo do trabalho em saúde. No mesmo ano de 2001, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e o apoio e mediação da Opas, lançou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (Promed), que tinha a intenção de incentivar as universidades a realizarem reformas curriculares em seus cursos de medicina, adequando a formação médica aos princípios, diretrizes e necessidades do SUS.

A partir de 2003, ocorreram desdobramentos importantes no sentido da implementação de uma política de educação para o SUS, aproximando o sistema de saúde e as instituições formadoras por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino. Em 2004, o Ministério da Saúde destaca a educação

---

<sup>4</sup> O Parecer CES/CNE nº 133/2001 foi destacado na medida em que foi o primeiro a ser formulado. Na sequência, seguiram-se as definições relativas aos demais cursos da área da saúde, com uma estrutura principal semelhante, pelo menos no que se refere às orientações pelo sistema de saúde vigente, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção à saúde.

superior em meio a essas ações, lançando o AprenderSUS – O SUS e os curso de graduação da área da saúde. A intenção era transformar uma iniciativa como a do Promed, específica para a graduação em medicina e específica para um grupo de concorrentes selecionados por Edital em uma ação pública universal, por adesão, onde se incluíssem todos os cursos de graduação da área da saúde que apresentassem propostas de prática de ensino com características multiprofissionais e interdisciplinares, interação universidade-sociedade e expansão de linhas de cuidado na rede de serviços pelo eixo da integralidade e participação popular (Ceccim, 2010). Em 2005, por meio da Lei Federal nº 11.129, também é instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, já contemplada pela Residência Médica, e o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho.

O AprenderSUS foi redimensionado ainda em 2005, numa troca de dirigentes e de governo<sup>5</sup>. Visando, mais especificamente, a prioridade de expansão da Estratégia Saúde da Família, foi lançado o Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde – Pró-Saúde, contemplando as áreas de Enfermagem, Medicina e Odontologia. A mobilização para o desenvolvimento do programa era compartilhada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e seu principal objetivo era apoiar *inovações* nas propostas curriculares e de ensino, com ênfase na integralidade como eixo norteador dos processos pedagógicos. Em 2007, o Pró-Saúde é expandido para a abrangência de todos os cursos de graduação da área da saúde, mediante apresentação de projetos integrados em cada Instituição de Ensino Superior. No mesmo ano, apoiado no programa de bolsas, criado pela “lei das residências em área profissional da saúde” (Lei Federal nº 11.129, citada acima) o Ministério da Saúde lança o Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde, destinado aos estudantes de graduação e aos trabalhadores da área da saúde em projetos interinstitucionais entre IES e SUS. Essas duas iniciativas, da mesma forma, têm potencialidades para apoiar experiências inovadoras e pesquisas de intervenção na realidade, bem como ampliam as vivências multiprofissionais, condição para as mudanças necessárias nas modelagens dos processos de trabalho em

---

<sup>5</sup> A mudança na direção do Ministério da Saúde, pela substituição de ministro, gerou mudança de rumo na política em implantação e a troca de dirigentes na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

saúde, ampliando as possibilidades de experiências inovadoras no campo da integralidade e da interdisciplinaridade.

Em 2009, foi editada pelos Ministérios da Saúde e da Educação a Portaria Interministerial nº 1.001, que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residências e o Edital de Expansão das Residências em Área Profissional da Saúde, que ampliaram a oferta de bolsas de residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o SUS, a implantação de residências multiprofissionais integradas nos hospitais universitários, nas Instituições de Ensino Superior, nos hospitais federais e junto aos gestores do SUS.

A Lei Federal nº 12.871, de 22/10/2013, que introduziu o Programa Mais Médicos, buscou responder ao provimento e fixação de médicos por toda a geografia nacional, assinalando a necessidade de “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”. No texto da Lei reafirmam-se as diretrizes e movimentos em curso, na medida em que tem como principais objetivos fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica e proporcionar maior experiência no campo de prática durante o processo de formação; ampliar a inserção do estudante nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos estudantes ou profissionais em formação; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais formados no Brasil e profissionais formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar estudantes e profissionais em formação para a atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL,2013).

Todas essas iniciativas se sucederam de forma mais consistente no período de uma década, o que talvez seja insuficiente para a geração e consolidação de mudanças profundas, como as que se requer no campo da formação em saúde. Alguns dos depoimentos neste estudo de caso permitiram rever essa ideia, isto é, a de um processo moroso, pesado, apesar de objetivamente existirem propostas de avanço.

*O tempo já deveria estar maturado... A gente vê evoluções... mas é um tempo que para o Sistema Único de Saúde é muito vital, o Sistema não pode esperar mais 10, 20 anos. Ainda é lento. (IS – A)*

*A gente sabe que é muito difícil modificar essa cultura de uma formação hospitalocêntrica para uma formação mais voltada para Atenção Primária em Saúde, mais geral. Eu fiquei encantada pelo Edital, quando vi que ele favorecia essa formação. (IS – B)*

*Nem todos os projetos propostos pela Universidade são inovadores. Alguns são bem tradicionais. (GS - A)*

*Eu sempre falo, a minha sobrinha está estudando pra fisioterapia, vai se formar no ano que vem e ela está lá em Santa Catarina e até agora ela não participou de nada sobre o SUS. (CS – A)*

*Hoje tem todo um sistema, podem acusar o Ministério da Saúde e da Educação de várias coisas, mas nesse aspecto... Só que essas coisas não se resolvem. Se esses profissionais não se dispõem a mudar... Isso é saudável pra vida deles, só que eles não conseguem ver isso. (CS – C)*

A identificação de um grande desafio no campo da formação dos profissionais de saúde está centrada em análises como a apresentada por Feuerwerker (2005) ao afirmar que as ideias e valores oriundos do modelo médico-hegemônico predominam na sociedade, “são eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS”. Exemplifica com a lógica de distribuição dos recursos da saúde, fortemente orientados à atenção especializada e de alta densidade tecnológica, incoerência para se assegurar saúde como direito, de acesso universal e com equidade.

Outro aspecto a ser destacado é a ênfase na formação de nível universitário, tanto do ponto de vista das iniciativas, como dos recursos investidos, o que acaba, também, focalizando a experiência aqui analisada.

## ***Vértice 2 – Modelos tecnoassistenciais em disputa nos serviços de saúde***

Considerando as avaliações expressas na maior parte dos trechos introdutórios dos documentos que apresentam os principais programas e projetos governamentais relativos à política nacional de saúde, há certo consenso sobre a necessidade de substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no



atendimento hospitalar. Também é notória a alusão, nos mesmos documentos, de que a principal estratégia para a mudança almejada do modelo tecnoassistencial é o incentivo e reorganização da atenção básica, considerada a porta preferencial de acesso ao sistema de saúde. Entretanto, do discurso à prática vivenciada no cotidiano das ações e serviços do SUS, as abordagens sobre o modelo tecnoassistencial sempre remeteram à constatação de relativa incoerência, pois já na inscrição do capítulo da saúde no texto constitucional ficou criado um sistema híbrido, onde o setor privado figura como legítimo e *complementar* ao público, condição nuclear para as dificuldades de consolidação do Sistema *Único* de Saúde.

O Art. 198 da Constituição Federal diz que as ações e serviços *públicos* de saúde integram uma rede e constituem um Sistema *Único*. O Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90) reuniu aos serviços públicos, os serviços *privados contratados e conveniados* para designar o Sistema Único de Saúde. Os avanços conquistados com grandes esforços na implementação do sistema público são também observados na organização do subsetor privado, e na sua conquista de legitimidade social (FEUERWERKER, 2005). Apenas no ano 2000, note-se, é criada, pela Lei Federal nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabelecendo-se o trabalho de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam assistência suplementar à saúde. Como o sistema de saúde é *único*, se uma pessoa tem seguro de saúde, o mesmo deve ressarcir o SUS sempre que o segurado recebe assistência na rede pública. A regulação do setor privado vem aprendendo com a regulação do setor público aquilo que o SUS designa por *atenção integral à saúde e trabalho em equipe*, em que pese ser um modelo centrado no consultório e no profissional médico (CECCIM e col., 2008).

O arcabouço ético dos princípios e diretrizes do SUS se desconstrói na lógica valorativa de consumo de serviços médicos, procedimentos e medicamentos, em que a especialização e incorporação de tecnologias duras e de alto custo são a *regra* ainda vigente (FEUERWERKER, 2005). Lopes (2011) considera que a função dos serviços de saúde, muito mais do que curar doenças é compreender a saúde e auxiliar na produção de vida quando negativamente se altera em cada experiência individual de adoecimento. Reconhecem-se, assim, modelos em disputa na medida em que concebem o corpo e o modo como se adoece e se cura a partir de bases epistemológicas distintas.

Se considerarmos que a organização do trabalho nos serviços de saúde responde a uma lógica (modelo) de produção de serviços que pressupõem um determinado entendimento sobre como e por quê se adoece, como o corpo *vivo* se move, produz, (inter)age e se relaciona, pode-se supor que as instituições de saúde experimentam, no seu cotidiano, esse permanente *debate*.

Merhy (2000) postula que um modelo de atenção em saúde tem sempre sua conformação precedida pelo encontro das disputas e acordos entre os usuários e trabalhadores de saúde, mediado pelos gestores das instituições e serviços de saúde. Considera que a forma final desse processo dependerá do arranjo como os três grupos de atores expressam e jogam com seus diferentes recursos de poder. Salienta a heterogeneidade interna dos três, o que permite diversas composições de aliança, luta e acordos entre si e com os outros. Para esse autor, os modelos de atenção em saúde atendem interesses sociais e antes de serem alternativas tecnológicas são políticas. Resultam das possibilidades em disputa que podem pender aos interesses de um dos grupos, mas nunca excluindo da cena nenhum deles, na medida em que a existência de cada um legitima a dos demais.

Nesse sentido, um modelo que pretender os usuários no lugar central, precisará postular contratualidades que se pautem pela defesa da vida individual e coletiva, o que implicará mudança dos modelos hoje hegemônicos. De acordo com Merhy (2000), “sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde, para a que se pautem pelo mundo das necessidades de saúde é uma rotação de 180 graus” (p. 3). Lopes (2011) propõe um movimento de migração “da clínica individual para uma clínica com fronteiras indefinidas, dirigida a coletivos e exercida em equipe” (p. 13) e ao tematizar a constituição de modelos tecnoassistenciais em saúde, inclui o papel dos *formadores* na reprodução de modelos hegemônicos ou na produção de conhecimentos inovadores.

Nesse sentido, um dos depoimentos trouxe de forma bastante concreta a visão da população usuária do SUS.

*A população não se importa de ser atendida por aluno, porque tem o acompanhamento do profissional, então eles não se importam. Porque eles vão ali, eles examinam a gente, e vão e conversam, e examinam muito mais que os funcionários. E outra coisa, eles chegam, e tu sabes que na comunidade*

*tu vais entrar em casas limpas e casas que né, às vezes não dá nem pra tu entrar. E isso aí é uma coisa que eu presto muita atenção. Porque esse é o tipo de pessoas, de famílias, que mais precisam de ajuda. Então eles entram e fazem a diferença. Essa família que tem a criança com deficiência, eles vão até ali, ela grita muito, ela faz acompanhamento psicológico, o doutor vai atender em casa. (CS – D)*

O modelo hegemônico dos processos de produção em saúde é a forma com que a maioria dos trabalhadores, aqueles que operam atos profissionais em saúde, desenvolvem seu papel (LOPES, 2011; MERHY, 2000). A rotação de 180 graus é a reorientação às necessidades sociais em saúde e à integralidade da atenção. Poder-se-ia perguntar se não é exatamente esta a motivação para formar profissionais de saúde e ensiná-los a trabalhar. Nos depoimentos a seguir é possível identificar essa questão:

*Isso no hospital acontece muito. Todo mundo fica na sua caixinha e tem um problema ali que é só do paciente. E que ele que se vire. E que não é de ninguém. Mas é que é de todo mundo. E como é de todo mundo, eu não preciso fazer, nem tu, nem tu. Acaba sendo de ninguém. E é esse espaço que eu acho que é o ganho maior de uma interdisciplinaridade. É poder transitar nesse espaço que não é de ninguém. E isso foi a minha primeira barreira com as próprias residentes. Porque elas vieram encaixadinhas. Na academia também é nova toda essa história. Talvez seja mais lento, mais resistente. (SS – B)*

*O negro não é tocado. Então o negro chega na frente do médico, do profissional, ele só pergunta “o que é que tu tem?”. Se o negro soubesse o que é que tinha, não precisava ir no médico. (CS – D)*

Ceccim e colaboradores (2008) em pesquisa desenvolvida sobre os imaginários relativos ao exercício das profissões científicas da área da saúde identificaram a vigência de um imaginário de atuação liberal-privatista, onde o lugar ideal de trabalho seria o privado, de livre arbítrio dos profissionais e usuários, mas conjugado ao trabalho no segmento público-estatal, onde se obteria maior experiência com doenças e diversidades do sofrimento, além de oportunidade de estudo e chances de bolsas de pesquisa e estágio no exterior. Postularam os autores que “um imaginário liberal-privatista atravessa o que se ensina sobre saúde desde a educação infantil até a pós-graduação das áreas clínicas em saúde” (p. 1569) e consideram que essa concepção determina a ideação “pela prática de consultório, pelo atendimento individual embasado na díade diagnóstico-prescrição, tendo a doença como referência e o curativismo biologicista como paradigma” (p. 1569).

### ***Vértice 3 – Gestão do SUS e compromisso com o acesso e a qualidade da atenção à saúde***

O conjunto de leis e portarias que se seguiram à promulgação da Constituição Federal de 1988, que definiram entre as atribuições do setor da saúde ordenar a formação de recursos humanos, que apontaram a responsabilidade dos três níveis de gestão em formular e executar ações para garantir a educação permanente dos profissionais de saúde, bem como estruturar os serviços de forma a que sejam efetivamente uma rede-escola, são dispositivos formais que permitem identificar os princípios e objetivos que sustentam essa política pública: a de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor da saúde.

Se no campo da Educação se formalizam normativas que buscam introduzir mudanças importantes na organização e desenvolvimento das estruturas curriculares, a tarefa da gestão do SUS, além de participar e incidir efetivamente nos debates do outro campo, é garantir as condições para que a complexa e abrangente estrutura assistencial, de vigilância em saúde e de gestão, se abra para uma nova e inquietante missão: a de proporcionar o substrato para os processos de aprendizagem *em ato*, tanto dos que estão em formação, quanto daqueles que tem a responsabilidade profissional de produzirem o cuidado e as ações em saúde. O SUS, sendo um sistema de gestão tripartite, tem definido na sua estrutura normativa, as atribuições e responsabilidades de cada esfera governamental. O Pacto pela Saúde, estabelecido a partir da Portaria nº 399/2006, do Ministério da Saúde, mostrou-se instrumento de regência das relações intergestores no âmbito do SUS (BRASIL, 2006b). O Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90, teve entre seus objetivos o aprimoramento do Pacto pela Saúde e, entre seus dispositivos, constituiu as novas formas organizativas das relações interfederativas e intermunicipais, propondo as regiões de saúde e respectivos contratos organizativos de ação pública, que devem traduzir, na forma de metas e indicadores, os compromissos assumidos em cada uma das esferas de gestão (BRASIL, 2011).

As iniciativas empreendidas no âmbito da gestão do SUS em relação à qualificação e ao desenvolvimento da sua força de trabalho, por mais de uma década se constituíram de processos dispersos e fragmentados, se traduzindo em ações isoladas e desarticuladas entre si, como referem Ceccim, Bravin e Santos (2009), quando enumeram os programas desenvolvidos por iniciativa do Ministério da Saúde que antecederam a Portaria GM/MS nº

198/2004. São exemplos dessas iniciativas o Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde (GERUS), o Programa de Formação e Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Aperfeiçoamento e Especialização de Equipes Gestoras, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED) e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Cabe salientar que na experiência iniciada em 1997, por iniciativa do Ministério da Saúde, que pretendeu consolidar o Programa Saúde da Família (PSF) por meio de uma ampla ação de capacitação das equipes de Atenção Básica, pela constituição dos chamados Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, ofertava-se cursos de especialização e residências em saúde da família, o que qualificava a atenção básica, mas não a rede de atenção integral para onde trabalhadores e usuários destinavam ações e estas restavam sem resposta.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela Portaria GM/MS nº 198/2004 propôs mudanças na concepção, organização e forma de atuação desses Polos, em especial a não vinculação a nenhum tipo de programa, área técnica ou tema focal, mas o conjunto do sistema de saúde, da atenção integral, do trabalho em equipe e da educação popular em saúde. Em 2007, a política de Polos teve outra orientação, resultante da mudança de governo no Ministério da Saúde e sua leitura dos *diversos programas e iniciativas existentes de capacitação e formação de recursos humanos na saúde, incluindo a proposta e organização dos polos* (CAMPOS et al, 2006). A nova proposição, *como um ponto de inflexão no andar da política de recursos humanos em saúde*, é narrada como mantendo as noções de educação permanente em saúde, aprendizagem significativa e abrangência para toda a rede de ações e serviços do SUS.

A partir do que estabelecia a Portaria GM/MS nº 198/2004, de 2004 a 2007, a política alocava recursos em ações provenientes dos âmbitos locais (ações da União em curso nos Estados e Municípios, ações dos próprios Estados ou Municípios e ações integradas entre instituições de ensino e esferas de gestão em bases locais/regionais). Os Polos de Educação Permanente em Saúde se configuravam em espaços de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços, instâncias do controle social e representações

estudantis, que deveriam funcionar como “Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde”, sendo um espaço de proposição e não de execução das ações. Uma vez que essas estruturas foram pensadas com atuação locorregional, o papel das Secretarias Estaduais era fundamental para a efetivação dessa organização descentralizada, para garantir e estimular a cooperação e a não fragmentação das propostas, já que a política determinava que nenhum município do País deixaria de estar referenciado a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (CAMPOS et al, 2006, p 43). Ressalte-se que se tratava de financiar uma *política de educação na saúde* e não mais *pacotes de treinamento com vagas*. Pelo menos foi colocada em cena uma perspectiva que segue na voz do controle social quando recebe para análise as propostas dos gestores e dos formadores, reivindicando compromisso com o acesso e a qualidade da atenção.

Cabe destacar, ainda, nesta seara da política de educação na saúde e não mais pacotes de treinamento com vagas, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), iniciativa que formalizou uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Estudantil da área da saúde, fruto do Seminário: “Os Estudantes Universitários da Área da Saúde e o SUS”, ocorrido em Brasília, em junho de 2003, e que realiza, desde então, vivências conduzidas pelos gestores do SUS durante os períodos de férias acadêmicas. O principal objetivo dessa estratégia, ao proporcionar aos estudantes, em diversos estágios dos cursos de graduação em saúde, oportunidade de vivenciar a realidade dos serviços do SUS é contribuir para a formação de profissionais voltada para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde.

A partir de 2007, o governo federal começou a apresentar Editais, a que deviam concorrer as instituições de ensino superior e, a partir de 2009, esses Editais começaram a se disseminar e a instaurar uma lógica de operação da política. Poder-se-ia dizer de uma *política de ações* a uma *política de programas*. São exemplos desse movimento os já referidos: Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde – Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde; Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residências e o Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Esses programas romperam, na sua forma de implementação, com o instaurado em 2004 pela Portaria GM/MS nº 198/2004, como

Política Nacional para a Educação na Saúde, chegando a mesma a ser substituída pela Portaria nº 1.996, do Ministério da Saúde, de 20 de agosto de 2007.

Se a primeira instituía a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “como” uma “estratégia” do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e “dava outras providências”, a segunda dispunha “sobre” as diretrizes “para a” implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). A principal estratégia adotada pela esfera federal para a constituição da Educação na Saúde passou a ser a publicação de Editais segundo a sua tradução de prioridades, onde às esferas estadual e municipal competia ajustar o plano operativo, embora fosse o bastante tomar ciência. A Portaria GM/MS Nº 1.996/2007 definiu “novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde”. Os Polos de Educação Permanente em Saúde passaram a ser designados como Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), sendo “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, previstas no Art. 14, da Lei 8.080/90 e na NOB/RH – SUS<sup>6</sup>” (BRASIL, 2007).

De acordo com o que propôs a referida Portaria, as CIES têm função de articulação intersetorial e interinstitucional e de apoio técnico à respectiva instância colegiada de gestão regional do SUS, na época denominado Colegiado de Gestão Regional (COGERE). O Decreto Federal nº 7.508/11 renomeou esses espaços de gestão como Comissões Intergestores Regionais (CIR), enfatizando seu papel político na regionalização (BRASIL, 2011). Percebe-se que o desenho proposto não se modifica substantivamente, e o papel indutor das ações e proposições nos espaços locorregionais manteve a tarefa estratégica às Secretarias Estaduais de Saúde. Ferraz et al. (2013), em um estudo avaliativo sobre a utilização dos recursos financeiros destinados à EPS, tendo como território de análise o estado de Santa Catarina, e mais especificamente a atuação de duas de suas 16 CIES, identificaram que as dificuldades

---

<sup>6</sup> NOB/RH – SUS é a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de saúde, proposta pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000).

relacionadas aos processos de educação permanente são correspondentes às dificuldades na gestão descentralizada da política de saúde como um todo. Compreendem as autoras que o processo de descentralização da gestão do SUS não foi acompanhado de um “apoio efetivo, direto, presencial, à construção da caixa de ferramentas das equipes locais para a gestão e para a formulação de políticas” (p. 1685).

Menicucci (2006) considera que o processo de formação de uma política não ocorre de forma linear, seguindo um curso cíclico definido e esperado, e chama atenção sobre o movimento de retroalimentação que se dá entre formulação, implementação e avaliação, salientando o caráter autônomo do processo de implementação, onde os resultados podem ser bem diferentes da concepção original. O contexto em que ocorre o processo de implementação de uma política, especialmente quando há *mudanças*, é sempre um fator a ser considerado, associado à convergência dos objetivos da política e os dos agentes que a implementarão, além de contar, de forma especial, com o suporte político dos *afetados* por ela.

Nesse ponto, cabe dar visibilidade a uma política que sofreu mudanças no seu contexto já no momento de implementação, e o conjunto de atores que seriam *afetados* por ela provavelmente não ofereceram suficiente resistência ao *desvio de rota*. A esse respeito é interessante identificar no debate da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006, a reafirmação, por esta instância de controle social, da Política aprovada no CNS em 2003 (CAMPOS, 2006). O relatório desta Conferência nunca foi publicado. Também interessante é a constatação, nos depoimentos do presente estudo, de que as estruturas locais que pretendem desenvolver a educação permanente dos trabalhadores do SUS, ainda repetem o velho modelo centrado por processos pontuais das capacitações e treinamentos:

*A SMS sempre parte muito mais em termos de capacitações, de cursos, pontuais. O trabalhador vai lá, faz essa formação, esse curso, essa capacitação e volta pra sua Unidade. E muito focado em algumas profissões. A gente vê que tem muitas capacitações pra enfermeiros. Os técnicos de enfermagem, historicamente são deixados de lado. Médicos, também, historicamente são poucos os que participam. Muito na lógica de que o médico tem que ficar na Unidade atendendo, produzindo número. (GS – B)*



*Aí tu vês da necessidade, da carência da formação, a maioria das pessoas tá lá na Unidade de Saúde meio que esquecido mesmo. E isso é uma questão de gestão. (CS – C)*

*Esse é um Hospital que tem perfil muito assistencial, mas de pessoas que tem que efetivamente estar muito ligadas na questão de se qualificar, de se formar de novo. Na área médica, os profissionais se atualizavam muito fora daqui. O status de formação deles era muito da academia onde eles trabalhavam ou de outras instituições. Na enfermagem, que é bem pontual e que eu conheço bem, o enfermeiro tem um pouco esse mau hábito de sair pronto da academia. A gente brinca que os médicos saem doutores e os enfermeiros saem prontos. Eles fecham os livros quando se formam e muitos deles não abriam há muito tempo. (SS – B)*

*A gente tem percebido que há uma carência bem grande de espaço pra educação permanente, aonde o trabalhador vem, discute, a gente pontua algumas questões, mas muito mais pela necessidade do cotidiano da Atenção Básica. Mas que ele volte pra sua rotina de trabalho, refletindo sobre aquilo e tenha como voltar em algum outro momento. Essa continuidade é que é a proposta. (GS – B)*

#### ***Vértice 4 – Controle social reivindicando participação, integralidade, equidade e interação no SUS***

Se, como apontado acima, a nova estratégia política em educação na saúde, proposta pela esfera federal passou a ser a publicação de Editais segundo a sua tradução de prioridades, onde às esferas estadual e municipal competia ajustar o plano operativo, embora fosse o bastante tomar ciência, abriu-se uma fenda por onde o controle social teria participação, uma vez que instância deliberativa na tomada de decisão sobre a ação do gestor. A ocupação desse espaço ou mesmo a localização aí de uma fenda organizou esse estudo, pelo menos, “de caso”. A participação da sociedade como elemento constitutivo do Sistema Único de Saúde brasileiro está garantida na Constituição Federal como fruto conquistado a partir da intensa mobilização social que inscreveu no texto constitucional o debate encaminhado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada dois anos antes, na forma de Emenda Popular com mais de cem mil assinaturas.

Essa peculiaridade do sistema de saúde brasileiro, que o diferencia substancialmente em relação às experiências de outros países, interessa particularmente ao presente foco de análise, na medida em que a política pactuada e estabelecida inicialmente pela Portaria

GM/MS nº 198/2004 incluiu este quarto vértice como estrutural na arquitetura dos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Ressalte-se que no texto constitucional somente o SUS tem *Conselho* e *Conferência* como instâncias de controle social, somente o SUS é de *relevância pública*, bem como somente o SUS refere a *Educação* e *Comissões Intersetoriais* entre suas competências e atribuições.

Uma questão que se coloca é se sua inclusão, entre os quatro vértices, é uma mera formalidade, alinhada ao que prevê o texto constitucional, buscando uma retórica juridicamente correta, ou sua proposição vislumbra efetivamente a potencialidade vibracional que esse *vértice de possibilidades* pode fazer emergir. No documento encaminhado à análise da CIT e posterior deliberação pelo CNS, a base conceitual da proposta apresentada tem a Educação Permanente em Saúde como o elemento fundamental da formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. A Educação Permanente em Saúde é compreendida como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2003) e, nesse sentido, tomam como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações transformando práticas profissionais e a própria organização do trabalho através da problematização da realidade e dos processos de trabalho, que só se legitimam com a inclusão do olhar e da palavra da população envolvida e implicada nesse trabalho.

Essa aproximação ao eixo conceitual que propõe a participação social no quadrilátero permite identificar as possibilidades concretas dessa *vibração* num *lócus* de ação interpessoal, ou mesmo no território circunscrito dos serviços e equipes de saúde. Entretanto, resta a indagação de sua possibilidade no âmbito de uma política institucional, e da efetiva apropriação por parte da *comunidade leiga* sobre as diretrizes que devem nortear uma política de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, campo de domínio acadêmico e científico, ainda distante de grande parcela da população. Segundo Moreira e Escorel (2009), a Constituição Federal e o conjunto de leis que dela derivaram, representam o resultado direto das lutas contra a ditadura militar e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização do país, e de lá para cá já produziram importantes mudanças no desenho institucional do Estado brasileiro, revigorando tradicionais espaços de participação da sociedade e criando novos.

De acordo com Oliveira (2005), identifica-se no processo da Assembleia Nacional Constituinte de 1987 um caminho diverso dos adotados nas demais Constituições brasileiras, na medida em que ao invés da elaboração de minutas por comissões de “notáveis” optou-se pela máxima participação possível de todos os setores da sociedade. Isso se constituiu num dilema que permeou todo o trabalho constituinte: a participação e a exclusão da sociedade naquele momento histórico. Côrtes (2002) avalia, ao discutir conclusões presentes na literatura internacional a respeito da participação social no contexto do processo de reforma do setor da saúde de países em desenvolvimento, e que apontam para o seu fracasso, que “a experiência brasileira, com os conselhos e as conferências de saúde, não confirma integralmente tais afirmações” (p. 18). Ao apontar experiências estudadas e que evidenciam a presença desses fóruns nos processos decisórios da política setorial, indaga-se a autora sobre quais elementos constitutivos e estruturais estariam contribuindo para o seu êxito. Em sua análise, identifica conceitualmente a *participação dos usuários dos serviços de saúde*, o que particularmente interessa no presente estudo, uma vez que os espaços de controle social formais são arenas políticas de interesses heterogêneos.

No caso da formação e educação permanente em saúde, o segmento popular ou “dos usuários” é ainda mais *leigo* que no tocante à clínica ou lógicas de financiamento, considerando a menor escolarização superior e não pertencimento ao debate didático ou psicopedagógico sobre o aprender, ensinar e avaliar. Dos gestores e dos trabalhadores do sistema de saúde, essas questões estão mais próximas, seja pelos contatos pessoais, institucionais ou de classe social, seja pela maior escolarização superior. A diferença entre conteúdos do ensino e formas do ensino, tempo de formação e estruturas sociocognitivas, cognição e prática discursiva são temas em aberto para a pedagogia universitária, não popularizados pela ciência e permeados, mais por opiniões que por formulações educacionais. As regras para emissão de diplomas; credenciamento de cursos, professores, preceptores e instituições formativas; instâncias de gestão, supervisão e regulação da educação; Conversão de estudos em créditos didáticos, produção intelectual e carreira docente, são muitas as questões setoriais à educação que não encontram sinonímia no setor da saúde. Esse questionamento também surgiu entre os depoentes:

*Eu vejo a participação do Conselho muito deficiente, justamente nesse sentido, por que é um processo difícil de o indivíduo se inserir. Tem que compreender,*

*não adianta ser figura decorativa. É um processo complicado. Eu entendo ele porque eu estou há muito tempo. Tu leva pau a torto e direito até tu compreender os processos. (CS – C)*

Côrtes (2002) resgata a noção de *participação comunitária* postulada pelos defensores dos *cuidados primários à saúde*, estratégia implantada nos países em desenvolvimento e que resultou na extensão de cobertura dos serviços às zonas rurais e áreas urbanas que concentravam populações de baixa renda. O contexto político que caracterizaria os países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, de baixa capacidade organizativa da sociedade civil para se contrapor ao poder político das elites econômicas e militares em aliança com a burocracia estatal, determinou modelos de participação burocratizados, caracterizados por manipulação e exclusão dos interesses não dominantes. No caso brasileiro, a autora contextualiza o cenário político-econômico da década de 80, no século passado, como de descrédito do poder central em razão da forte crise econômica, ao mesmo tempo em que “a sociedade civil demonstrava uma capacidade de organização sem precedentes” (p. 22). O ponto de convergência dos movimentos e organizações sociais da época era a oposição ao regime militar, que culminou com o fim da ditadura e o restabelecimento do regime político democrático, a partir da nova Constituição de 1988. Para Côrtes, o Movimento Sanitário brasileiro contou com uma *policy community* que aliou as lideranças de ativistas dos movimentos sociais às proposições teóricas formuladas por uma elite política do setor da saúde, com forte presença da área acadêmica, que contribuiu para a formulação do projeto da Reforma Sanitária brasileira. A autora considera que no caso brasileiro a elite de reformadores do sistema de saúde, em que pese ter sido apenas uma parte da *policy community* que defendia a reforma, foi capaz de avaliar a força e organização do movimento popular e sindical, com o qual se aliou, e propor a constituição de mecanismos formais de representação de interesses coletivos no setor da saúde. Segundo a autora, o debate sobre a reforma do sistema de saúde polarizou-se entre os que defendiam a redução do tamanho do Estado, aliados à ordem econômica internacional, significando redução de gastos no financiamento de políticas sociais, e os que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação da participação estatal no controle sobre os serviços financiados com recursos públicos. Esses últimos sinalizavam a importância de estimular a participação dos usuários.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu diversos mecanismos de participação da sociedade na administração pública, onde a área da saúde tem destaque, com a formalização desses espaços nos Conselhos e Conferências de Saúde, nos três níveis de gestão do SUS. A própria condição geopolítica brasileira, isto é, a dimensão continental do país, com grande concentração populacional em algumas regiões e cidades do sul e sudeste, onde a organização da sociedade é mais consistente e visível, implica diferentes formas de atuação e participação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde. As relações políticas que se estabelecem nos pequenos municípios do interior brasileiro tendem mais ao clientelismo e manipulação política, o que faz com que as experiências de controle social no SUS, especialmente quando se restringem aos espaços formais de Conselhos e Conferências de Saúde, revelem-se muito desiguais e de difícil comparação.

Moreira e Escorel (2009) ressaltam o desafio da implementação do processo de democratização da política de saúde, partindo da institucionalização da participação da sociedade nos espaços organizados dos Conselhos de Saúde nos 5.564 municípios brasileiros existentes na época, e que se configuraria como “a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa implementada no país” (p. 796). Os autores destacam, entretanto, que a constituição desses fóruns, por si só, não é suficiente para que se efetive a democratização do processo decisório da política de saúde no Brasil. Considero importante introduzir aqui uma abordagem do conceito de *cidadania*, uma vez que juntamente com a noção de *democratização* das relações políticas, são dois termos profundamente implicados na diretriz constitucional da *participação da comunidade* no Sistema Único de Saúde.

O conceito ampliado de saúde, que a reconhece como resultado de diversos fatores e condições estabelecidas social e economicamente, foi determinante para a concepção do Sistema Único de Saúde. A noção de saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio básico da Reforma Sanitária, traz consigo a noção de Seguridade Social, na medida em que é um “direito que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos - viverem numa sociedade regida pelas mesmas leis e contribuírem para o seu desenvolvimento. É, pois, um direito humano e de cidadania” (RODRIGUES NETO, 1994, p. 15). Dagnino (1994) ao analisar os movimentos sociais dos anos 90 do século passado no Brasil, e em especial a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre, chama

atenção para o que denominou de “nova cidadania”, ressaltando a sua distinção do conceito liberal, limitado “à conquistas legais ou ao acesso a direitos previamente definidos, ou à implementação efetiva de direitos abstratos e formais” (p. 105) e propõe a noção de uma nova concepção de *direito a ter direitos*. Para a autora, amplia-se o significado de direito, que ela exemplifica afirmando que “essa redefinição contempla não só o direito à igualdade, mas também o direito à diferença” (p. 105).

Ao analisar aspectos enraizados na cultura brasileira, que se caracterizam como processos de exclusão embasados predominantemente em critérios de classe, raça e gênero, que a autora denominou como “autoritarismo social”, a possibilidade de sua “eliminação constitui um desafio fundamental para a efetiva democratização da sociedade” implicando redefinir o que é “normalmente visto como o terreno da política e das relações de poder a serem transformadas” (p. 104). O papel dos movimentos sociais na constituição de um *espaço público* no Brasil é abordado por Maria do Carmo Carvalho, que salienta que “a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade”, destacando a história de tradição autoritária e excludente que caracterizou a formação do nosso país, a partir da colônia portuguesa, da escravidão, do Império.

Um Estado tradicionalmente privatista mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados. Ao descrever as diversas *fases* que caracterizaram o percurso dos movimentos de participação social no Brasil, Carvalho (1988) destaca a instalação da ditadura militar nos anos 60 do século passado, que se fez à custa de uma pesada repressão, como “a destruição dos espaços públicos e da cidadania tão custosamente construídos”, mas que, entretanto, não se deu sem a resistência e o enfrentamento de movimentos sociais. Considera que “na ausência de espaços legítimos de negociação de conflitos, o cotidiano, o local de moradia, a periferia, o gênero e a raça tornam-se espaços e questões públicas, lugares de ação política”, fazendo emergir atores com singularidades e formas de organização muito diferentes daquelas do sindicato e do partido. As organizações populares e suas agendas trazem temas da qualidade de vida e saúde, mas em termos intensivos, existenciais. Um dos depoimentos problematiza esses termos do debate, ao relatar uma vivência num espaço de participação:

*Outro dia eu estive numa reunião da Associação dos Moradores do Centro, e eu fui falar sobre os moradores de rua, e uma mulher que mora muito bem, num edifício daqueles da Duque, entre outras coisas que ela falou, esse modelo que a gente tem de cortiço, que nem abrigo são, isso é ultrapassado. E uma das coisas que ela falou é: "Como é que vocês querem? Vocês acham que essas pessoas não tem dignidade? Mesmo sendo morador de rua, como é que vocês querem que ele durma num quarto que tem 20 camas beliche?" Ou seja, devem ter 40 pessoas num mesmo ambiente, dormindo. Então tem detalhes assim, que às vezes a gente fica massacrando e nem percebe às vezes. (CS – C)*

Se tomamos a questão das atribuições e funções dos Conselhos e Conferências de Saúde, conforme o que estabeleceu a Lei Federal nº 8.142/90, que resumidamente consiste na formulação, controle e avaliação da execução da política de saúde na respectiva esfera de governo, a noção de *cidadania* se agrega às condições de representatividade e participação política, mas também de representação da vida (das vidas, das saúdes, das existências), em especial daquela parcela da sociedade que compõe o segmento dos usuários do SUS. Um outro depoimento traz razões que justificam a decisão de participar dos espaços de controle social na saúde.

*O que mais me fascinaria é saber que de alguma forma eu posso estar sensibilizando, convidando esses profissionais para que fiquem na rede. Dando meu exemplo de vida, eu moro na vila [favela], fui criada na vila, mas batalho, luto por uma saúde de melhor qualidade. (CS – B)*

No foco do presente estudo cabe reconhecer a relevante presença do tema da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS nos eixos temáticos das Conferências de Saúde e nas Resoluções do CNS, permitindo compreender a sua inserção na agenda dessas instâncias participativas e/ou deliberativas da política de saúde.

## A MAQUINARIA DE REDES DE CONVERSAÇÃO

Em Porto Alegre, as primeiras *vibrações* que merecem registro neste Estudo de Caso, ocorreram no início do século, por volta de 2002, quando a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) se inseriram no Promed. O corte no tempo aqui definido não desconsidera os processos e estruturas já instalados relativos às práticas docente-assistenciais na rede de serviços do SUS, mas num período anterior à municipalização (antes de 1996), num processo de municipalização incipiente ou na vigência de uma municipalização incompleta. As práticas docente-assistenciais anteriores, por este motivo, serão brevemente descritos, com intuito apenas de citar as concepções que norteavam as relações entre os quatro vértices do quadrilátero da educação na saúde. De maneira resumida, apresento um recorte dos anos 1970 aos 2000.

Em 1976, foi criada a primeira Residência em Saúde Comunitária no sul do país, por iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES), assumida na sua Escola de Saúde Pública (ESP/RS), estrutura historicamente responsável pela Especialização em Saúde Pública. Essa iniciativa, marcada por pioneirismo no momento em que era postulada no cenário mundial da saúde a estratégia dos cuidados primários, era desenvolvida no Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM)<sup>7</sup>, um complexo de sete Unidades de Saúde. A Residência foi, desde o início, de caráter multiprofissional, integrando residência médica e de outras categorias da saúde (inclusive não da saúde, como a presença de residente formado em administração ou sociologia), tendo sido responsável pela formação de um plantel de sanitaristas que tiveram influência direta nas formulações do Movimento Sanitário. Somente em 2009 esta “rede” foi municipalizada.

A PUCRS criou, em 1980, na perspectiva de um projeto de extensão, uma unidade-escola, denominada Centro de Extensão Universitária Vila Fátima, com o foco nos cuidados

---

<sup>7</sup> O CSEM, como estrutura assistencial e de formação, recebeu diferentes nomes durante sua história, sendo este o último antes da municipalização.



primários, que era um espaço de formação aliado à prestação de serviços. Somente em 2012 passou a integrar de forma efetiva a rede de atenção básica da cidade. Até então, o atendimento oferecido tinha a gestão da Universidade e pouca ingerência da SMS.

Em 1982 foi criada a Residência Médica em Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que atuava no Serviço de Saúde Comunitária (SSC/GHC), criado para esse fim. Naquele ano, o SSC contava com uma única Unidade de Saúde, e ao longo do tempo foram implantadas mais onze. Elas estão localizadas em pontos estratégicos da Zona Norte do município de Porto Alegre, atuando na rede de atenção básica, sendo campo de formação e pós-graduação em saúde para estudantes de diversas instituições de ensino do Rio Grande do Sul. O Grupo Hospitalar Conceição resultou do investimento do governo federal em resgatar uma rede de serviços privados instaurados numa área sem equivalente assistencial na cidade.

No âmbito da SMS, as iniciativas no campo da educação em saúde tiveram início na metade do século XX, por meio de cursos de formação de auxiliares de enfermagem, vinculados à estrutura do Hospital de Pronto Socorro Municipal (HPS), mais tarde, no início dos anos 1990, transferida para a estrutura da própria SMS, incorporando um curso de Atendente de Consultório Dentário, sendo fechada durante o processo de municipalização, entendidas as duas coisas como em divergência (formar e assumir a plenitude da rede assistencial). No HPS foram criadas as Residências Médicas em Cirurgia Geral e do Trauma, anteriormente à municipalização, mas que se complementaram com um programa de Residência em Medicina de Urgência e outro de Psicologia Hospitalar, posteriormente à municipalização. No Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), estrutura que pertencia à União e foi municipalizada em 2000, existiam Programas de Residência Médica nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria, além de estágios curriculares e extracurriculares, apenas mantidos.

A política de formação em saúde que pretendeu se estruturar por meio da implantação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família, do ponto de vista do controle social, não teve maior repercussão em Porto Alegre, mas a Secretaria Estadual da Saúde, a partir 1999, lança a Política Estadual de Educação em Saúde Coletiva, coordenada por sua Escola de Saúde Pública. Essa Política

buscou ser implementada no âmbito da gestão da SES/RS, por intermédio dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), que por sua vez estimulavam os municípios a constituírem seus Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (Numesc), o que, em Porto Alegre, nunca se instituiu. Quanto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, se houve a participação dos fóruns participativos previstos naquela estratégia, estes não contaram com proposições do CMS.

Recuperando o corte no tempo, em 2002, o CMS e a SMS acompanhavam de forma bastante periférica o desenvolvimento do Promed e esse debate era ainda algo muito incipiente na agenda dos demais envolvidos, podendo-se afirmar que apenas as Universidades participantes do programa, especialmente as Unidades de Ensino da área da Saúde, se ocupavam desse processo. Nesse movimento, é importante destacar que antes mesmo da instituição das Residências em Área Profissional da Saúde (muitas multiprofissionais) no âmbito federal, em 2005, a SES/RS, após um período em que a ESP ofertou apenas residências na área médica, instituiu a Residência Integrada em Saúde (multiprofissional com diversas ênfases), culminando com a lei do *Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde* (Lei Estadual nº 11.789/2002). O GHC, em 2004, criou a sua Residência Integrada em Saúde (também multiprofissional e com diversas ênfases), primeiro com recursos adicionais do próprio Ministério da Saúde e, depois, por seu próprio orçamento.

Em 2003, a UFRGS, por meio da Faculdade de Medicina e da direção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário da UFRGS, procuraram a SMS com a proposição de uma parceria para a gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que havia sido construída com recursos federais no intuito de servir como uma unidade-escola para os alunos da graduação e da pós-graduação dos cursos da área da saúde daquela Universidade. Essa parceria se tornou *necessária* na medida em que não havia recursos, por parte da Universidade e do Hospital, para a contratação dos profissionais requeridos para garantir o funcionamento de uma Unidade de Saúde. Vislumbrava-se aí uma oportunidade para a primeira experiência de *integração* entre ensino e serviço com a participação efetiva da gestão local do SUS. Ocorre que a SMS, por sua vez, tinha que transferir de local a Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, que estava localizada nas proximidades da unidade-escola do HCPA, pois funcionava em prédio cedido que estava sendo requisitado pelo proprietário. A

união de interesses permitiu iniciar uma experiência que se caracterizou pela integração do ensino da saúde com uma equipe especialmente motivada e comprometida com a dimensão do cuidado integral à saúde da população, aliada à presença da gestão municipal e instalação do controle social a partir da constituição do Conselho Local de Saúde. Essa experiência se desconstruiu em 2007, e a análise desse episódio merecerá destaque.

Em 2005, a partir do lançamento do Pró-Saúde, em cuja estrutura era previsto um Comitê Gestor Local, o CMS indicou um representante, usuário, que participava das reuniões desse colegiado, composto por membros do corpo docente, da gestão municipal do SUS, dos estudantes e do controle social. Como o programa se desenvolveu em duas Universidades, havia dois Comitês gestores, nos quais a representação do CMS era feita pela mesma pessoa. Pode-se dizer que não eram trazidas para a pauta do Conselho as questões relativas aos debates e processos que estavam em curso, os quais não eram de conhecimento do Plenário, pois essa ação ficava restrita a uma representação formal, como uma tarefa cotidiana. A constituição da CIES, em 2007, a partir do que definiu a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, também tinha representação do CMS na instância regional (CIES metropolitana), o que por si só não significou a inclusão desse tema, o da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, na agenda de debates e demandas do CMS.

Compondo o processo da integração ensino-serviço em saúde, em 2009, chegavam ao CMS os primeiros relatórios e projetos requerendo análise e aprovação, com vistas ao atendimento de Editais do Ministério da Saúde, relativos aos financiamentos específicos da política nacional de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, o Programa de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde – Pró-Saúde II, o Programa de Educação pelo Trabalho – PET-Saúde, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residências e o Programa Nacional de Bolsas para Residência em Área Profissional da Saúde (Uni ou Multiprofissionais). Em relação a esse último programa, o CMS recebeu, pela primeira vez, para análise um relatório de Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, primeira edição do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) da PUCRS, iniciado em 2007. A complexidade do tema não estava plenamente absorvida pelo conjunto dos conselheiros. Esses processos, junto aos diversos serviços que compõem a rede assistencial em Porto

Alegre, eram irregulares, confusos e revestidos das tradicionais informalidades. Não raro eram desconhecidos inclusive da Equipe de Desenvolvimento, setor da Secretaria Municipal da Saúde responsável por orientar e acompanhar convênios, acordos e termos de compromisso com as instituições de ensino, para serem implementados no interior dos serviços municipais de saúde (um organograma da SMS pode ser encontrado como anexo, o Anexo 2). Por sua vez, o Conselho Municipal de Saúde, contando com uma Comissão de Educação Permanente para o Controle Social, criada em 2006, assume nessa instância a tarefa de proporcionar aos conselheiros de saúde experiências e vivências teórico-práticas que potencializem a sua intervenção política. Entre as estratégias adotadas pelo Conselho, especialmente quando ocorre a necessidade de aproximar temáticas complexas do conjunto dos conselheiros, está a organização de *Seminários Temáticos*. Assim nasceu a ideia de tematizar a Educação na Saúde.

Foi decidido pela implementação do I Seminário sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre, para o qual se buscou a colaboração do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde<sup>8</sup>, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por sua reconhecida contribuição teórica e conceitual na área, bem como por sua disposição em partilhar o evento, construído já sob os fundamentos do *quadrilátero da formação*, implicando educação (setor acadêmico da pesquisa e formação), gestão (Secretaria Municipal de Saúde), participação (Conselho Municipal de Saúde) e atenção (rede de serviços de saúde da cidade). Esse primeiro seminário contou, para a mesa de abertura do evento, com a participação de painelistas convidados que traçaram a construção histórica e os desafios recentes da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo um deles conselheiro municipal de saúde e outro o coordenador do EducaSaúde, mais a coordenadora do CMS. No segundo dia, com uma reflexão designada "mosaico dos cenários formativos em educação na saúde", os atores do município de Porto

---

<sup>8</sup> O Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde foi criado na Faculdade de Educação (Faced), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 30 de novembro de 2005. Suas atividades de pesquisa envolvem o estudo e investigação de temáticas no âmbito da Educação e Ensino da Saúde, ocupando-se da discussão sobre formação de profissionais de saúde e da Educação em Saúde Coletiva.

Alegre, das Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, dos hospitais de ensino com programas próprios de formação de nível técnico e residências e a Comissão de Integração Ensino-Serviço em Saúde da região metropolitana, puderam apresentar as suas experiências. Enfatizaram-se os resultados, desafios e avanços necessários para as mudanças na formação e nas políticas públicas de saúde para sua aliança em projetos formativos de profissionais de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde também trouxe suas perspectivas na construção de uma política municipal embasada na estruturação responsável de espaços de integração entre ensino e serviços, que fosse indissociável de uma política de educação permanente para os profissionais da rede de atenção à saúde. Por fim, o Conselho Municipal de Saúde trouxe as suas preocupações e proposições, contidas na Resolução CMS nº 38/2009, que definiu os fundamentos e diretrizes para o estabelecimento de termos de cooperação com as Instituições de Ensino, aliadas à necessidade de se retomar a discussão da *regionalização da atenção à saúde*, na perspectiva da *integralidade do cuidado e acesso humanizado*.

Como resultado desse debate, que contou com um público de 195 participantes, construiu-se um relatório analítico e propositivo. O Relatório Final foi estruturado em cinco eixos organizativos, que identificavam metas e propostas de ação no âmbito das instituições de ensino, dos hospitais de ensino, especificamente em relação às residências, da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e da atuação do Conselho Municipal de Saúde. O relatório final do I Seminário apresentou 30 recomendações em 5 eixos de análise (Anexo 3). A partir dos encaminhamentos do I Seminário, o debate sobre a Educação na Saúde ganhou consistência, tanto no interior da Secretaria e do Conselho, como nas experiências concretas que vinham se desenvolvendo nos territórios assistenciais da cidade. Isso se refletiu na maciça presença de estudantes, residentes e professores em todo o processo da VI Conferência Municipal de Saúde, realizada no ano seguinte, incluindo a sua participação não só nos debates e encaminhamentos de propostas, mas na própria organização do evento, relatoria e representação como delegados nas etapas estadual e nacional.

Em 2011, após a realização da Conferência, foi proposta uma segunda edição do Seminário Temático relativo à Educação na Saúde, atendendo a uma das ações definidas no primeiro e que estavam no âmbito do Conselho. A ideia para esse segundo evento tinha também a

intenção de avaliar o caminho percorrido e agregar as demandas e propostas geradas no debate da própria Conferência. Para o II Seminário Municipal sobre Controle Social e Educação na Saúde em Porto Alegre buscou-se, por meio do painel "A rede SUS como campo de prática, formação e espaço privilegiado da educação permanente em saúde", expor as diferentes experiências em curso, focando os avanços e desafios presentes no âmbito dos atores envolvidos na construção do "Quadrilátero da Formação na Área da Saúde" e visualizar o caminho já percorrido. No segundo painel, "Os desafios na construção dos territórios distritais como campos de integração ensino-serviço", procurou-se identificar as potencialidades dos processos em andamento como propulsores dos avanços necessários para a consolidação dessa política. O relatório final do II Seminário renovou suas 30 recomendações, em seus 5 eixos (Anexo 4).

A experiência de organizar e produzir esses dois seminários, entrelaçados pela Conferência, teve a potencialidade de movimentar os quatro vértices. Talvez se possa dizer até que num *primeiro giro*. Essa aproximação *em movimento* trouxe para o âmbito do Conselho o reconhecimento desse tema, quem eram os outros atores e cenários implicados, e o acolhimento da presença, a partir de então *frequente*, de professores, estudantes e residentes.

### ***A tarefa de analisar, formular e deliberar sobre a política de saúde***

A pesquisa documental permitiu identificar em alguma medida a evolução desse processo. Observando o registro em atas das reuniões do Plenário do CMS, se buscou identificar a presença de estudantes e/ou residentes, o que em 2012 ocorreu em 3 das 29 reuniões realizadas. Em 2013 esse número cresceu para 9 das 30 reuniões, e em 2014, das 13 primeiras reuniões realizadas, os estudantes e/ou residentes participaram de 6 delas. Os dispositivos e fundamentos que foram definidos na Resolução nº 38/2009 começavam a exigir a presença na realidade dos serviços e passaram a ser trazidos na argumentação dos debates com a SMS e com as Instituições de Ensino, especialmente em dois importantes conflitos que ocorreram nesse período. O primeiro deles envolveu a UFRGS/HCPA e a SMS e o segundo envolveu a UFCSPA e a SMS.

O primeiro foi desencadeado a partir da proposição de mudanças no funcionamento da UBS Santa Cecília, após seis anos do estabelecimento de convênio de cooperação entre as partes. As razões apresentadas por parte da Instituição de Ensino (UFRGS) eram as dificuldades na gerência compartilhada do serviço, que tinha uma coordenação mista (um representante da SMS e um do HCPA/UFRGS), além de ser alegado descumprimento de cláusulas por parte da SMS relacionadas à reposição de insumos, como medicamentos, principalmente. Em realidade, durante esse debate bastante conflituoso, ficou evidente que estavam em disputa diferentes proposições sobre o modelo de atenção e gestão no âmbito da atenção básica, bem como em relação à política de integração entre ensino e serviço. A Universidade, que anteriormente não dispunha de condições de contratar os profissionais do campo (Unidade de Saúde), agora havia conquistado essa condição junto ao HCPA e requeria o *espaço* que entendia ser *seu* e que deveria priorizar o ensino e não a assistência, e finalmente constituir sua Unidade-Escola, como já o faziam a PUCRS e o GHC. O CMS debateu esse problema a partir de pressupostos que já estavam alinhados a outro conjunto de ideias e que se interseccionavam. Alguns desses pontos ficaram deliberados no encaminhamento do caso, como a garantia de que o território de cobertura do serviço não seria reduzido e não seriam transferidos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica, como postulava o prestador de serviço. Além disso, deveria ser garantida a estrutura para o funcionamento do Conselho Local de Saúde e a equipe da SMS (quatro médicos, uma enfermeira e uma odontóloga) seria remanejada para serviços do próprio Distrito Sanitário.

O outro episódio envolveu a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que contava com uma unidade-escola em Dermatologia no Centro de Saúde Santa Marta. A formalização das relações de cooperação técnica da Universidade com a SMS foi estabelecida por intermédio de um termo genérico, uma espécie de *guarda-chuva* que permitiria a posterior definição de projetos e ações de integração entre ensino e serviço. Cabe ressaltar que os problemas em relação à unidade de dermatologia ainda eram alvo de queixas e debates no Conselho Local de Saúde e a proposição apresentada pela UFCSPA de ampliação do espaço físico ocupado no Centro de Saúde para a instalação de uma *Clínica-Escola* que acomodaria outros cursos da área de saúde, não teve acolhida nos espaços de controle social. A direção da Instituição, entretanto, alheia aos processos de gestão e deliberação do Sistema Único de Saúde preparava-se para *ocupar* o espaço físico para o

curso de Fisioterapia, quando a ação do CMS teve que ser incisiva junto à Reitoria, situação que também foi notificada ao Ministério Público Federal (MPF).

Esses dois conflitos exemplificam como o CMS passa a se *apropriar* de diretrizes e fundamentos para a deliberação de uma política de Educação na Saúde, da mesma forma que traz à cena o modelo de *integração* que surge a partir das Instituições de Ensino, cuja lógica ainda estava *descolada* da realidade, permanecendo num desenho idealizado, de *laboratório*, onde a experiência que é oferecida é controlada, selecionada, *protegida*. Nos dois casos relatados a presença da SMS na negociação e mediação do conflito que se estabeleceu pelo protagonismo do CMS foi tímida e delegada à Equipe de Desenvolvimento, que não dispunha efetivamente de poder para o seu encaminhamento. Um pequeno retrato sobre a visão dos usuários pode ter sido relatado num dos depoimentos.

*Agora no Santa Marta, eu continuo sendo atendido, até semana que vem eu tenho consulta, tá faltando coragem de alguém pra mudar aquele modelo. Porque aqueles alunos vão levar todo aquele ranço. E é isso que fica a minha preocupação sobre a formação daquele povo ali. Daquele modelo de atendimento. Antes tu ficava ali, agora tu ficas lá fora. Tu virou uma cor e virou um número. E dependendo do médico que tá lá, ele vem até a frente e diz: número tal, cor tal. Agora dependendo, ele fica lá, fala pro guarda e o guarda fala ali. Eu acho que entre eles estabeleceram algumas linhas da Dermatologia, então só na Dermatologia estabeleceram 5 cores, pras cinco linhas da dermatologia que eles dividiram ali, só que é horrível isso. Tem um médico (parece que coordena alguma coisa lá), que disse que eles não têm como mexer nesse modelo, que assim é melhor e tal, agora ele é muito ruim. A minha preocupação maior não é comigo, mas é com a formação desses caras. Porque eles entram ali de manhã, é só tu simular, tu entra num ambiente carregado... Quando eles começam a chegar de manhã, já tem umas 50 pessoas ali, naquele ambiente ocre, com aquelas cadeiras. É mesmo que tu entrar no tempo do INAMPS, lá. E é tudo uma gurizada nova. De outro mundo, tecnologia, diabo a quatro. Aí eles vão lá pra sala e começam a chamar. E aí, na cabeça deles, isso é o SUS. Então eles estão ali fazendo formação, tá bem, estão resolvendo os problemas das pessoas, mas tem uma coisa no meio disso que é exatamente essa coisa que vai se projetar naquele indivíduo, que está em formação. Agora convencer o médico lá, o professor... A gestão tenta conversar, mas a gerência não consegue nem fazer com que o pessoal da Unidade Santa Cecília participe das nossas reuniões de monitoramento, é a quarta ou quinta reunião, não vai ninguém. A gerente tem essa autoridade: "bom, eu vou lá conversar com o responsável". Mas não foi. Ou foi e saiu mijada de lá. Porque não tem a autoridade de gerente. (CS – C)*

E ainda:

*Eu, meus problemas, sempre que fui lá, minhas questões foram resolvidas, nada*



*grave, mas me encaminharam sem saber do resultado. Agora tem uma questão de fluxo que vai influir, porque o fato do profissional estar me atendendo e resolver o meu problema, eu acho que é a questão menor, aí. Porque ele já chegou no topo, ele está praticando, aquela coisa toda, mas para mim, é esse ranço que ele vai continuar levando. Ele já se formou numa Universidade, nessa faculdade que está numa redoma. (CS – C)*

### ***A constituição da Comissão Permanente de Ensino e Serviço***

A partir da necessidade de responder ao questionamento do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre sobre o processo *informal* que permitiu a *ocupação* de uma área do Centro de Saúde Santa Marta pelo Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFCSPA, para lá instalar uma unidade-escola que servisse de campo de prática para os alunos de graduação e pós-graduação naquela especialidade médica, constituiu-se uma comissão focal que tinha apenas o objetivo de discutir e definir as cláusulas de um Convênio entre as partes (SMS e UFCSPA), como forma de amenizar o conflito existente. No entanto, o debate que lá se estabeleceu e que teve a participação também de trabalhadores do serviço e de um grupo de usuários daquele Centro de Saúde, que inclusive acabaram por organizar o seu Conselho Local de Saúde, foi responsável pela consolidação desse espaço como o *locus* principal de implementação da política municipal de educação na saúde. Mais tarde, em 2009, essa Comissão foi nomeada formalmente pela Portaria nº 681 (Anexo 5), designada como *Grupo de Trabalho*, que tinha a finalidade de analisar Termos de Cooperação e propostas encaminhadas pelas Instituições de Ensino, com vistas às ações de integração ensino e serviço. Em 2011, pela Portaria nº 39 (Anexo 6), o Grupo de Trabalho passa a ser nominado de *Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CPES*, mas ainda com o objetivo principal de “analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência”, não se constituindo formalmente como um espaço de elaboração e coordenação da implantação de uma *Política de Integração Ensino e Serviço da SMS*.

A *Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CPES* é composta por representantes de todas as áreas da Secretaria que recebem alunos tanto de graduação como de pós-graduação, pelo CMS, e pela representação do gabinete, que a coordena, tendo como órgão executivo a Equipe de Desenvolvimento, da Coordenação Geral de Administração e Desenvolvimento dos Servidores da Saúde, da SMS. É importante identificar que essas atribuições e finalidades

foram se definindo e ganhando nitidez no decorrer do próprio percurso desse colegiado. O papel do CMS tem sido de apontar, debater e propor diretrizes para a *formulação* de uma política de Educação Permanente e de Formação para os profissionais do SUS.

Inicialmente, os primeiros passos foram na busca de *(re)conhecer o terreno*, isto é, a SMS não tinha registro da totalidade das inserções de alunos, cursos, projetos e programas nos serviços que compõem a estrutura do SUS municipal. Esse foi um dos desafios apontados no I Seminário Municipal sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre. Esse movimento descortinou dimensões da realidade até então desconhecidas pela gestão da SMS e possibilitou socializar ao coletivo de setores envolvidos com as tratativas dos *estágios e residências*, as diversas formas como ocorriam as *entradas no campo*, dos alunos. Ficou notório o quanto de informalidade havia nesses arranjos, onde era bastante frequente a presença de um profissional do campo que *também* era professor em alguma Instituição de Ensino, e então se ajustavam interesses, ou seja, pode-se dizer que se unia o *útil ao agradável*, ou até mesmo que se *matavam dois coelhos numa cajadada só*, quando se tratava de cumprir duas cargas horárias num mesmo momento. Depoimentos colhidos na pesquisa dão conta desses processos:

*A Instituição [SMS] agora, de um ano pra cá, tem estado bem mais presente. Mas até algum tempo atrás, ficava assim por conta das gerências, das Unidades. (GS – A)*

*O envolvimento da gestão com a política de educação é mais das gerências. A gente tem uma parceria muito legal com a gerência, com a coordenação de rede. Não sei o quanto acima disso sabe do que acontece. Não sei. (IE – B)*

*Como aqui a gente tem muita enfermeira assistencial, elas consideravam que sempre fizeram o melhor. E faziam muito bem, não se nega isso, mas a academia nunca entrou muito dentro do Hospital, embora a gente recebesse os alunos, a academia não entrava. A entrada da academia aqui no Hospital é nova. A gente recebia muito aluno sem professor. E recebe ainda, a área médica ainda recebe sem professor. (SS – B)*

Outras situações identificadas, especialmente em relação às especializações no ensino médico, foram convênios *irregulares*, pois do ponto de vista das atribuições de competência, nenhuma estrutura da SMS, mesmo os seus hospitais, tem nas suas direções competência para firmar convênios. Essa situação com frequência ocorria para viabilizar cursos, por exemplo, cuja organização era de uma Instituição externa e privada, e que, portanto, cobrava

pela formação, mas que tinha como campo de prática o SUS municipal. Outro debate interessante e ainda em curso diz respeito às atribuições dos trabalhadores dos serviços de saúde na tarefa de preceptores, situação potencialmente geradora de conflitos, especialmente quando há previsão de algum tipo de remuneração diferenciada, ou quando ocorre o questionamento em relação ao quantitativo de carga horária adicional para essa tarefa. Sobre esse aspecto, a pesquisa também captou impressões nos depoimentos:

*As bolsas do PET-Saúde são mais que um motivador, facilitador, são um complicador. Atraem pessoas que não têm necessariamente o perfil pra trabalhar num programa como o PET. Isso prejudica os resultados do projeto. Pro trabalhador, ela gera competição. O profissional, que às vezes é o que melhor acolhe os alunos, nem sempre é o que é contemplado. (IE – A)*

*A principal motivação é a do próprio trabalhador. A remuneração a mais pela preceptoria é uma motivação a mais, mas não é a principal. E eu acredito que para a maioria dos nossos trabalhadores hoje também não é a principal. A grande maioria dos trabalhadores já recebiam alunos, já estavam inseridos antes de ter as bolsas do PET-Saúde. Quando a gente vai definir os preceptores, se olha muito o perfil, o envolvimento. Já houve discussões bem complicadas, onde por perfil, não se identificar, não se envolver com o processo, a gente teve que trocar. (GS – B)*

*Eu questiono se os trabalhadores têm a compreensão da importância que eles têm no papel da formação desse futuro profissional, desse aluno que tá lá, do ladinho dele, e como eles são importantes nessa formação também, como eles contribuem para a formação desse futuro profissional. Eles estão tão imersos naquele trabalho do dia a dia e eles recebem aquele aluno com certeza com muita boa vontade, mas o que está do lado deles é tão enlouquecido, é tanta demanda, demanda, demanda, e eu não sei se eles realmente se dão conta desse papel. Que eles também fazem parte. Quando o trabalhador se reconhece como alguém que educa, ele se sente valorizado. Ninguém agradece por eles estarem com eles [os alunos]. Poxa, a gente tem de agradecer sempre. (IE – B)*

*A principal motivação é a de receber esses profissionais, que nos trazem muita coisa nova. Entusiasmo, curiosidade. E isso nos estimula a estudar, a ir atrás, aprimorar o nosso trabalho pra mostrar o seu melhor. Se aproveita muito o que os alunos trazem, porque é uma outra visão. Mais dinâmica. Trazem um gás novo pra equipe, que hoje está muito apática, sem motivação. Tenho uma motivação pessoal quando um aluno me convida pra formatura, é um reconhecimento. Ter o meu nome no TCC deles, isso é gratificante. Algumas mudam o curso [da sua formação]: “ah eu vou querer saúde pública”. (SS – A)*

*Na nossa unidade lá, a gente tem uma proposta de receber aluno, mas tem uma doutora que aceita e a outra não. Ela diz que é uma responsabilidade*

*muito grande, ela é do sindicato, e ela não quer assumir esse tipo de responsabilidade. A outra médica topa, por ela não tem problema, mas precisaria mais uma outra pessoa, e essa doutora, que é médica de família, disse que não gostaria de assumir esse tipo de trabalho. A gente sondou ela, e ela disse que tem responsabilidade pelos pacientes. Mas eu disse pra ela que na PUC, quando eu consulto, a maioria é tudo residente da Universidade. Que ela também já foi. Eu passo por lá e o professor, o preceptor, vai lá e vê. Se caso ele acha que seja diferente, ele vai lá e define o contrário. Mas ela não concordou muito. Eu acho que os trabalhadores se dispõem a ensinar os alunos. Na minha Unidade tem uma equipe muito boa. Na Saúde da Família também. Depende das equipes que têm. Tem Unidades da ESF que têm um trabalho muito bom com os residentes. Mas tem que ter uma equipe que apoia. Não adiante chegar o residente e não ter uma equipe que acolha. (CS – A)*

*A própria formação, no serviço social, acaba que a gente nunca se distancia totalmente da academia. Na minha prática profissional eu sempre tive estagiários e a gente acaba não se distanciando da universidade. Com a proposta dos novos currículos, com a inserção dos alunos cada vez mais cedo, já nos primeiros semestres na Atenção Básica, a gente percebe que essa motivação é cada vez mais importante. E essa motivação vem muito também pelo desejo dos profissionais de um aperfeiçoamento, uma busca pelo novo. (GS – B)*

*O que me motiva é que eu acredito na educação como uma forma de mudança das coisas. Eu sempre gostei dessa parte, eu tenho coisas boas a dizer, a passar e a trocar. Eu cresço muito também, eu aprendo muito, eu gosto muito dessa troca de relação, é uma relação muito boa quando se trabalha com gente. E com aluno é uma relação boa e diferente. E eu acho que pra ti mudar o que tu acreditas que tem que mudar, um caminho pra se fazer isso é a educação. Eu não vejo outra forma. (SS – B)*

Outra questão identificada era a inexistência, nos termos de cooperação (quando estes eram formalizados), de contrapartidas por parte das Instituições de Ensino. A área da Enfermagem talvez tivesse um pouco mais de costume em pensar sobre esse aspecto, especialmente em relação ao ensino técnico. O exercício reflexivo sobre o tema da educação na saúde e do SUS como uma rede-escola se desenvolveu na análise dos projetos que chegavam para aprovação, por parte das Instituições de Ensino, atendendo aos Editais do Ministério da Saúde ou da Educação. Da mesma forma, a Resolução nº 1/2012, que “regulamenta os fluxos e procedimentos para ações de integração ensino-serviço, na área da pesquisa, da extensão e do ensino, nos níveis técnico, de graduação e de pós-graduação” no âmbito da SMS, consolidou a CPES como uma instância de referência para o debate temático da Educação na

Saúde na cidade (Anexo 7). As relações e *forças em disputa* que fazem vibrar os quatro vértices do Quadrilátero da Educação na Saúde, permitem identificar movimentos importantes, mesmo que por vezes se vislumbrem posicionamentos *antigos* ou em desacordo com os passos já dados. Nos depoimentos dos entrevistados é possível perceber esse processo e seus movimentos:

*Já se poderia estar liberando o aporte financeiro das bolsas. Mas eu não vejo que isso já seja possível. O usuário busca o melhor atendimento, melhor acolhimento. O trabalhador de saúde quer dar o melhor, mas nem sempre tem as ferramentas para isso. E isso é uma angústia que ele tem. E na academia, o professor também quer fazer a saúde, mas a estrutura da universidade é também fechada e não enxerga que a minha produção de um artigo para o Sistema Único de Saúde pode ser mais impactante do que eu produzir lá fora. Não amadurecer nesse sentido é o que faz com que a gente fique dependente desse paternalismo [das bolsas]. (IE – A)*

*Se nós formos olhar no corpo docente de cada faculdade, nós ainda temos que crescer muito. Tem cursos que já tem isso mais nato, mais naturalmente, mas tem outros que enxergam isso meio aqui assim, isso é modismo, isso vai passar. A medicina é uma faculdade que tem um corpo docente muito grande. Então, tem um grupo de professores que entendem a saúde coletiva como algo muito importante, muito forte, mas como tem muitas áreas de especialidade, é muito difícil se conseguir chegar em todo mundo ainda. Esse é um curso onde vai demorar mais. Não é que eles são resistentes. Eles são abertos, mas vai demorar mais pra chegar em todos. A psicologia é um curso que se abriu muito pra isso, mas também vai demorar mais, porque é uma área muito clínica, é uma área de consultório. Eles avançaram muito nisso, mas eu acredito que eles ainda vão demorar mais um pouco. Mas melhorou bastante. (IE – B)*

*Na Universidade 'X' tu já vês os alunos mais soltos, e tu vês ainda problema nos profissionais, nas relações, e tal. Os alunos, tu vês eles mais soltos, se entendem melhor. Já na Universidade 'Y' é mais integrado. E na 'Z', ao menos o que a gente observa, é um problema sério. (CS – C)*

*Às vezes a gente tem a estrutura e no outro semestre a gente não tem. Às vezes a gente tem os profissionais e às vezes a gente não tem mais. Tem momentos em que a gente consegue trabalhar muito bem, e tem momentos que a gente se envolve de uma tal forma que a gente não consegue dominar a situação. (IE – A)*

*O que atrapalha são os processos de trocas, como ocorreu com o IMESF [Instituto Municipal da Estratégia Saúde da Família] e a demissão dos profissionais que estavam atuando. Aí o aluno não pode mais continuar ali, e as assessoras da gerência é que têm que fazer toda essa sensibilização dos*

*funcionários. Mas é porque está um caos naquela Unidade de Saúde e aí não tem como receber o aluno, e aí, toda aquela construção que foi feita de acolhimento, o aluno e o professor que já está acostumado com aquela comunidade, e aí começa tudo de novo em outra Unidade de Saúde. (IE – B)*

*A parte onde a gente vê que tem discordância é com a CGVS [Coordenação Geral da Vigilância em Saúde]. A vigilância é bem complicado, por que eles não participam e quando vão participar, se o projeto não for aquilo que eles querem, eles saem fora. (CS – A)*

### ***O distrito docente assistencial e a integralidade como eixo estruturante***

Todos esses aspectos foram apontados e questionados na minha participação na CPES, representando o CMS, debate esse que era *nutrido* na Comissão de Educação Permanente do Conselho, para onde eram frequentemente levados questionamentos sobre a forma *aleatória* ou pelo menos sem critério, de como ocorria a *ocupação* dos serviços pelas Instituições de Ensino. Esse debate interno gerou a reflexão sobre a necessidade de definir a *integralidade* e a *humanização* como os eixos estruturadores das interações entre ensino e serviço. A regionalização da assistência, em especial da atenção em Urgência e Emergência proposta e aprovada em 2004, tinha como base estruturante os quatro grandes Hospitais Gerais da cidade (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital São Lucas, Irmandade Santa Casa de Misericórdia e Hospital Nossa Senhora da Conceição), que são vinculados a Instituições de Ensino e tem essa condição na rede assistencial do SUS. Embora esse processo tenha sofrido descontinuidade na sua implementação a partir da mudança de governo, em 2005, estava constituído um esboço de identificação regionalizada sobre as referências assistenciais, especialmente no que se refere às Linhas de Cuidado implantadas com sucesso, como a da Atenção Mãe-Bebê, e da própria Urgência e Emergência. Para a implantação dos programas federais de integração ensino-serviço, como o Pró-Saúde e PET-Saúde, as Universidades se dirigiram para os territórios de referência dos seus hospitais de ensino. Esse processo ocupou espaço nos depoimentos:

*O nosso principal papel é que a gente está sempre instigando, sempre mexendo, procurando coisas pra fazer intervenções positivas. Estruturalmente a gente pensou naquilo como um Distrito Docente-Assistencial, onde isso teria que ser permanente. (IE – A)*

O tema da integralidade se insere na tematização da política de Educação na Saúde a partir da identificação de alguns aspectos da realidade, e que tem na política de Humanização no SUS diversos dispositivos que se estabelecem de forma transversal na modelagem do trabalho e do cuidado em saúde. Entre esses dispositivos destacam-se os vínculos cuidadores entre comunidades e equipes de saúde por elas responsáveis, onde passam a figurar outros atores: alunos, residentes e professores. Esses aspectos foram captados nos depoimentos:

*Um aluno meu disse “foi tão bom eu ter entrado na casa lá com a dona Maria, que é agente comunitária, ela me ensinou tantas coisas”. Porque às vezes, a dona Maria ensinou muito mais, que é agente comunitária, do que ele ter sentado do lado do médico que tá lá fazendo uma consulta, que ele já sabia fazer. E a dona Maria ensinou talvez outras coisas que nunca o que tá lá no consultório, enfermeiro, médico, odontólogo, teriam ensinado. (IE – B)*

*A população já está acostumada, eles procuram pelos alunos. (SS – A)*

*Na minha Unidade não tem aluno, nunca teve. Tem residentes. Eles atendem, fazem grupo, fazem tudo. A nutricionista que trabalhava na nossa Unidade saiu, então vai agora a residente, elas revezam, sai uma, entra outra. Lá na nossa região, onde eu participo, tem sido uma relação muito boa, da Universidade com a gestão. Nós, usuários, principalmente, porque a gente tem uma visão bem diferente. A maioria das Unidades da Estratégia de Saúde da Família tem residente hoje. Pelo menos na minha região. Mas tem duas que tem mais, eu até vou questionar com a gerente porque eles não estão em outras Unidades. Eu acho que eles aprendem muito com o usuário. Esses profissionais que estão se formando aprendem muito em trabalhar no SUS. Eu consultei com a nutricionista [residente] e num primeiro momento ela estava se sentindo frágil, e a gente estimulou ela, quando ela tinha que fazer o grupo e a gente começou a participar do grupo de nutrição. No começo ela estava meio tímida, mas depois... Os usuários ajudam a mudar a cabeça, a entender, porque é bem diferente. (CS – A)*

Em muitos dos episódios/relatos, evidencia-se a potencialidade que o processo de vínculo estabelecido proporciona ao aluno ou ao residente, constituído não só pelo aprender, mas por um *gostar de fazer* ou ressituar motivos e sentido ao fazer.

*Eles formaram um grupo, ficaram lá uns seis meses, foi só um trabalho feito e acabou. Eles vieram, formou o grupo, eles fizeram o trabalho e foram embora. A psiquiatra da rede não participou de nada, não foi comunicada nem chamada pra nada. A gestão questionou isso. Então por isso vai ter outra reunião, pra botar isso em pratos limpos pra CGAL [Comissão Gestora e de Acompanhamento Local]. “Vocês [os acadêmicos] estão com as fichas das pessoas, dos usuários, mas o que é que fica no posto de registrado?” Outra coisa, daqui a pouco uma Maria vai lá e diz que “eu fiz um trabalho aqui no*

*posto” e vai querer continuar. A preocupação é com a continuidade. Eles vão lá, fazem um trabalho bonitinho, maravilhoso, todo mundo gosta. Mas aí fecha e leva embora. Agora é que eles, a gerência, foram ver. Agora é que tão se preocupando em conseguir psicólogo pra participar pelo menos da saúde mental. Então agora estão preocupados sim, porque é de porta fechada. A universidade vai lá, de porta fechada, faz o trabalho e vai embora. Toma aqui as fichinhas, e ninguém fica sabendo o que houve. Não houve integração com a rede. Eu achei negativo, porque eu achei que seria o contrário. Todos participam, uma frente nova, eu achei que era um trabalho novo pra depois o posto dar continuidade. Essa experiência não contribuiu para transformar o trabalho na rede. O contrário acontece. Eles ficam encantados que podem chegar aqui, tem gente que nem conhece o bairro. Sabiam que existia a região, o perfil que tem as pessoas, isso sim. Sair dos muros. Até pra depois se sentirem convidados pra ir ali trabalhar. (CS – B)*

Os relatos trazem a necessidade de vínculos responsáveis entre as instituições que partilham o cuidado das pessoas e comunidades, no sentido da efetiva integração, onde o laço mais relevante são os indivíduos para quem o trabalho/ensino/aprendizagem é dirigido.

*Esse trabalho pode ajudar a melhorar a formação. Exemplo é dentro da experiência com portador de deficiência, então eu vejo por esse trabalho, por essa criança, por essa família, o trabalho deles... Dá uma enorme diferença. A gente vê diferença, porque eles vão na casa, eles acompanham, eles explicam, a gente vê o resultado na família. Não tá totalmente cem por cento, mas a gente já nota a diferença. A presença dos alunos muda o trabalho no serviço de saúde. A equipe começa... não que eles não tenham responsabilidade, mas eles começam, de repente, por estar vendo o estagiário fazer o serviço deles, então eu acho que daí eles trabalham melhor. Com a Universidade, eles tem muito incentivo, trocam ideias com a gente, perguntam, eles gostam, porque os estagiários que estão indo pras comunidades, principalmente na minha região, se eles não gostavam, eles tão gostando. Esse é o importante. Eles tão gostando do que fazem, não tem mais aquele medo. Claro que no meio desses aí sempre tem um. Mas aquele um acaba indo de manhã e quando é de tarde já não vai. Pra comunidade tá sendo muito bom. (CS – D)*

*Em termos de apoio da gestão, nós já fomos mais dependentes da gestão. Hoje a gente está mais inserido com os profissionais e usuários. A gente se fortaleceu muito mais como grupo. Se identifica mais com os serviços do que com a gestão. A gente se reconhece mais com os profissionais e a população. (IE – A)*

A partir dos programas de formação e educação permanente em saúde que ganham espaço majoritário na rede assistencial, principalmente a partir de 2009 (Pró-Saúde, PET-Saúde, VER-SUS e as Residências), estão previstas atividades de pesquisa e intervenção comunitária,



na forma de projetos de extensão. Estimula-se a participação de alunos e professores nos espaços de controle social local, nos equipamentos comunitários como escolas, creches, associações de moradores, clubes de mães e outros. Nas equipes de saúde, os alunos e residentes participam de todos os processos do cuidado em saúde, desde o acolhimento até a elaboração do projeto terapêutico, bem como dos espaços de matriciamento existentes, que devem compor o percurso da aprendizagem na realidade do SUS. Esse percurso didático-pedagógico, da mesma forma que o percurso dos usuários pelas diversas redes de atenção à saúde, dentro da perspectiva de vínculos terapêuticos que se estabelecem por meio das chamadas *Linhas de Cuidado*<sup>9</sup>, deve convergir, isto é, ampliar as possibilidades de conexão entre os trajetos assistencial e formativo. Aprender nas redes e aprender/ensinar nas redes.

Dessa forma, a partir do que propôs o CMS no I Seminário Municipal sobre Controle Social e Educação na Saúde em Porto Alegre, foram se definindo *geografias* na cidade para a atuação de cada uma das Instituições de Ensino, que passaram a ser identificadas como Distritos Docente-Assistenciais (DDA). Embora a recuperação de uma terminologia antiga, presente nos projetos apoiados pela Fundação Kellog nos anos 1980-1990, esse é um processo que vem ganhando interesse. Os primeiros movimentos nessa direção, em Porto Alegre, foram oriundos da experiência do Pró-Saúde, onde o programa definia a constituição de uma Comissão Gestora Local, constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais e que tinha a tarefa de acompanhar a execução das ações e projetos propostos. Era prevista uma Comissão para cada Instituição que participava do programa. Nas duas primeiras edições do Pró-Saúde participaram apenas a UFRGS e a PUCRS, que constituíram, respectivamente, as suas Comissões Gestoras Locais. A partir do PET-Saúde, a UFCSPA se inseriu no cenário, porém ainda sem uma geografia definida, e sem a necessidade de uma Comissão Gestora Local. A partir da inserção de outras Instituições de Ensino nos programas federais, o desenho dos territórios, isto é, dos DDA,

---

<sup>9</sup> Linha de Cuidado - tecnologia de composição dos fluxos assistenciais, em pleno desenvolvimento nos estudos, análises e proposições das modelagens tecnoassistenciais do cuidado no sistema de saúde, em todos os seus componentes. É a imagem pensada do itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. Ela difere dos processos de referência e contra-referência, na medida em que inclui e articula de forma integrada e com vistas ao universo de necessidades de cada indivíduo, ações preventivas, curativas e de reabilitação.

expandiu-se para a constituição de quatro grandes áreas, que não cobrem todo o território do município. Em algumas, há composição de mais de uma Instituição, devido a características peculiares, como ocorre, por exemplo, com a ESP/RS, na região que divide com a PUCRS, na medida em que a primeira atua somente no âmbito da pós-graduação, com um importante número de vagas à residência em atenção básica na saúde coletiva. O atual desenho dessa geografia configura *territórios* de integração ensino-serviço em saúde e podem ser descritos como áreas de intervenção organizada, segundo um planejamento deliberado de ensino-intervenção, que tem por objetivo formar os profissionais de saúde, mas implicá-los com uma região onde grupos populacionais constituem vida-mundo.

O processo de constituir os territórios de integração ensino-serviço em saúde tem permitido identificar de forma mais objetiva as potencialidades e fragilidades das estruturas assistenciais, deixando entrever como as capacidades e necessidades se distribuem diferenciadamente na cidade. Independentemente de qualquer defesa do conceito/dispositivo de Distrito Docente-Assistencial, a territorialização geográfica acompanha outros desenhos do sistema de saúde brasileiro. A linguagem dos *Distritos* hoje tem sido substituída pela linguagem das *Regiões*, com as noções de locorregião de saúde, região de saúde, microrregiões e macrorregiões de saúde, regionalização interfederativa e região geoescolar. É possível que a maturidade da proposta venha desenhar inovadoras geografias físicas e de redes de atenção e formação. Não se trata de uma *territorialização* de cunho meramente geográfico ou burocrático-normativo, mas de construção de vínculos responsáveis entre os quatro elementos implicados na formulação de uma política estratégica, alinhada aos princípios do SUS, tendo como centro a população da cidade. Nesse sentido, depoimentos colhidos na pesquisa permitem compreender a importância desse processo como estratégia estruturante da política em análise.

*A direção da Secretaria Incentiva, de alguma forma, essa relação com a Universidade, e a gente tem alguma autonomia para construir, no nível local, e estar contribuindo. Na nossa relação com a Universidade há sempre um extremo respeito, nós temos autonomia, sempre somos consultados e discutimos e buscamos acordo sobre os caminhos. Sempre que vamos discutir um projeto, nós temos lutado bastante para que seja uma necessidade do território e não uma necessidade da Universidade. Eu tenho bem claro que a qualidade dessa relação com a Universidade é decorrente do perfil da Universidade, do perfil da Gerência, da nossa equipe, por que isso é assim*

*mesmo antes de eu ser gerente. E foi construída principalmente com os trabalhadores. (GS – B)*

Essa diretriz da política municipal para a integração ensino-serviço em saúde, entretanto, ainda não é acolhida de forma consensual pelas Instituições de Ensino, pois é possível perceber movimentos de resistência/boicote, ao serem descumpridos os fluxos estabelecidos para o ingresso de alunos ou, então, argumentação a respeito das condições estruturais dos serviços e de seus trabalhadores, que devem justificar a escolha por outra geografia. Essas situações, como se pode perceber na leitura das atas da CPES, com frequência ocorrem em relação a *determinadas* Instituições de Ensino e, geralmente, buscam encobrir outros arranjos e interesses, os quais, antigamente, se constituíam sem maiores formalidades. Essas situações emergem por meio de denúncias nos espaços de controle social. A denúncia é um instrumento do controle social, como foi trazido pelos usuários de um Conselho Local de Saúde onde o serviço é gerenciado por um prestador privado conveniado, e onde os alunos do curso de graduação de medicina *entram* no campo sem a pactuada formalização.

Por outro lado, o debate e a revisão de critérios que flexibilizam as regras e o papel do CMS nesse processo tem sido sempre no sentido de focar o interesse e as necessidades da população usuária dos serviços de saúde. O desenho ou arranjo proposto a partir dos DDA tem sido importante também na construção de vínculos com o controle social na cidade. Na medida em que se integram outras estratégias de gestão, como a constituição de grupos regionais de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde, que devem contar com a presença de conselheiros e que também são acompanhados, em algumas regiões, por residentes, professores, estudantes bolsistas dos programas Pró e PET-Saúde, por exemplo, ampliando-se as zonas de contato entre os quatro vértices do Quadrilátero. Essa aproximação por vezes tem produzido outra espécie de vínculo, um *partilhamento* ou sentimento de *pertencer*. Essa percepção pode ser captada nos depoimentos:

*Acredito que agora as coisas estão se encaixando melhor. Quando a coisa não tá funcionando a gente tem pra onde direcionar aquela queixa. Na nossa região, a Universidade apresenta, cada professor apresenta, o projeto na reunião do colegiado e então cada Unidade se identifica ou não. Então querem, ou não querem. Não é nada imposto. Nos grupos de monitoramento a faculdade participa, a faculdade vai nas reuniões dos Conselhos, elabora e*

*apresenta o planejamento para o próximo ano, participa bastante. (GS – A)*

*Agora a gente tá levando o projeto da Academia da Saúde pro Conselho Distrital aprovar, a gente tem que dar retorno. (IE – B)*

*Teve um Seminário e nós, como conselheiros, não seríamos inseridos. E aí a gente fez a discussão e a coordenadora então achou importante nós participarmos daquele Seminário. E a gente foi. Eu não pude ir porque tinha outro compromisso, mas os outros foram. O Seminário, a princípio, era só para os preceptores e para os alunos, e aí, na discussão é que foi visto que seria importante nós também participarmos do Seminário. (CS – A)*

No final do ano de 2013, o Ministério da Saúde, realizou visitas de avaliação dos quatro projetos em desenvolvimento pelo Pró-Saúde. Essa avaliação foi realizada por técnicos e consultores vinculados à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). Relatos resumidos dessas visitas encontram-se no sítio eletrônico da SMS, e constam do anexo 8. Os encontros foram precedidos de um questionário que deveria ser debatido e respondido em conjunto pelos comitês gestores que, no caso de Porto Alegre, se ampliaram na conformação das Comissões Gestoras Locais do Pró-Saúde que, a partir da constituição dos DDA passaram a ser denominadas como Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL). Os encontros ocorreram nas dependências das Universidades, sendo o primeiro na PUCRS, seguido de uma avaliação em conjunto das duas universidades federais (UFRGS e UFCSPA), na UFRGS e, finalmente, no IPA. O evento da PUCRS contou com uma participação expressiva de alunos, professores, gestores, trabalhadores e usuários, demonstrando, de forma inequívoca, o reconhecimento da importância da participação. Mesmo com uma presença menos expressiva, os outros eventos também se caracterizaram pela participação desse conjunto diversificado de atores que compõem os processos de integração ensino-serviço em saúde, o que repercutiu positivamente nas avaliações, mas o destaque importante é que esta participação resulta não de acordos universidade-serviços, mas da ação do controle social e sua produção para a gestão dessa política, assumida pela cidade nos termos dos seminários do CMS. Um dos depoimentos trouxe essa análise:

*Nós participamos do encontro de avaliação do Ministério da Saúde, e a gente percebeu que existem muitas dificuldades, tanto com as Universidades, como com os gestores. A nossa experiência foi considerada uma exceção. (GS – B)*

## O QUADRILÁTERO E A CONSOLIDAÇÃO DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL

O debate permanente sobre a efetividade do controle da sociedade sobre o Estado, proposto na Constituição Federal e na legislação que a sucedeu, onde se sobressai a saúde, na medida em que as instâncias propostas, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, têm caráter propositivo e deliberativo respectivamente sobre a política setorial, tem sido objeto de diversos estudos. A constatação de que os espaços formais de participação da sociedade na deliberação, controle e fiscalização da política de saúde, em especial os Conselhos de Saúde, são frágeis e destituídos de poder político, além de não raro serem espaços de manipulação e mera formalidade homologatória das ações governamentais, também é frequente em pesquisas e estudos acadêmicos.

Conclui-se, invariavelmente, nesses estudos, que os membros dos Conselhos de Saúde, isto é, os *conselheiros de saúde*, que por força das normas estabelecidas, tem nos *usuários* dos serviços de saúde o maior segmento representado, não dispõem das informações e conhecimentos suficientes e necessários a respeito do Sistema Único de Saúde, para o adequado exercício de suas funções. Nesse sentido, foram desenvolvidos, desde sempre, diversos processos de formação e qualificação de conselheiros de saúde além de já ter sido produzido vasto material para esse fim, como manuais, cartilhas etc.. A maior parte dessas iniciativas partiram de instâncias federais e estaduais, onde os cursos e oficinas eram organizados em conjunto pelos gestores e Conselhos do respectivo âmbito de governo. Em que pesem as contribuições que esses processos trouxeram para a esfera dos Conselhos de Saúde, a maior parte dos conteúdos era pré-definida e, invariavelmente, se contentava em apresentar o esboço legislativo e alguns aspectos de gestão do SUS, principalmente o financiamento.

A partir de 2006, quando se definiram as diretrizes para a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, estimulou-se a constituição de Comissões de Educação Permanente nas estruturas dos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão, com o objetivo de dar consequência às diretrizes propostas. Entre elas, destaca-se a noção de que os processos de educação permanente para os conselheiros de saúde devem ser uma

atribuição dos próprios Conselhos, numa perspectiva de que o protagonismo dos desenhos didático-pedagógicos parta de necessidades e prioridades efetivas dos conselheiros (BRASIL, 2006). Não se trata de excluir a possibilidade de que os gestores de saúde apoiem e estimulem estes processos, garantindo os recursos técnicos e pedagógicos para o bom desempenho dessas ações, mas destaca-se fundamentalmente que a autoria desses movimentos deve ter como protagonistas “aqueles que voluntariamente se inscrevem para atuar no controle social da política de saúde, em especial os usuários do SUS” (ALENCAR, 2012, p. 232).

Em Porto Alegre, a tematização dos processos de *capacitação de conselheiros* ganhou espaço a partir do debate das diretrizes nacionais propostas pelo CNS, e na medida em que as mudanças nas relações políticas com a gestão municipal haviam se alterado negativamente a partir de 2005, quando assumira um novo governo eleito. Com a finalidade de definir um planejamento estratégico para o CMS, foi proposta a realização do I Seminário de Planejamento, que teve entre as suas proposições, constituir uma Comissão de Educação Permanente. Iniciou-se a partir daí um debate interno sobre a necessidade de um *projeto* de educação permanente, que não dependesse de incentivos externos, na medida em que a gestão municipal não se mostrava aberta à participação social. A noção de *educação permanente* como um processo significativo, produzido a partir das próprias experiências cotidianas daquele espaço político de controle social, constituía-se num desafio, que exigia descortinar um arsenal metodológico novo ou até mesmo *inédito*. Eram claros para a Comissão de Educação Permanente os objetivos do programa traçado, que partiu de uma pesquisa inicial junto aos membros do Plenário sobre suas necessidades e dificuldades para o exercício da função de conselheiro. Tratava-se de uma estratégia de angariar recursos de influência e capacidade de decisão mediante reflexão sobre a prática e acesso às informações que não estavam acessíveis quer pela sua indisponibilidade efetiva quer pela incompreensão dos seus conteúdos. Nesse sentido era estratégica a socialização de informações, bem como o aprofundamento de temas e questões presentes no cotidiano das ações e projetos propostos pela gestão, que chegavam para a análise do CMS e muitas vezes “passavam batido”, como referiram conselheiros na pesquisa. Da mesma forma, era apontada a necessidade de qualificar a tomada de decisões, para que se “votasse com consciência” ao invés de simplesmente aprovar sem questionar pelo simples fato de “não se

saber direito do que se tratava”. Sobre esse dilema constante no exercício da função de conselheiro de saúde, uma das entrevistadas na pesquisa referiu que não gostava de se sentir como “uma cereja que enfeita o bolo”, deixando transparecer, na analogia escolhida, a ideia de manipulação política que percebia na atuação do próprio Conselho.

O programa desenvolvido desde então conta com diversas formas de organização das ações na perspectiva de “instrumentalizar os conselheiros para o acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, melhorando a sua interlocução e protagonismo no controle social do SUS” (ALENCAR, 2012, p.225). Dessa forma, são realizados cursos para a formação e atualização dos conselheiros de saúde, que não raro contam com a presença de estudantes e pessoas interessadas no tema, mas que ainda não participam das instâncias do CMS. Os Seminários Temáticos são alternativas adotadas, quando a temática exige aprofundamento, para o quê se costuma contar com convidados externos de reconhecida experiência no assunto, como foi o caso da Educação na Saúde, já mencionado. As Oficinas ou Grupos de Trabalho, quando se trata de analisar conteúdos mais amplos ou específicos (Plano Municipal de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde, Plano de investimentos, Planos setoriais ou temáticos, como a Política para Pessoas com Deficiência, entre outros) também são estratégias previstas no programa. Também compõem o programa sessões de Cinema e Saúde e a instituição do Prêmio Destaque em Saúde, que já teve cinco edições, e é entregue, na Plenária Solene de comemoração do aniversário do Conselho, a pessoas, instituições ou projetos que tenham se destacado no ano anterior.

O lugar e papel que o *controle social*, especialmente pelos usuários dos serviços de saúde, podem efetivamente ocupar na formulação, avaliação, definição de rumos de uma política de formação e educação na saúde, foi uma das questões pesquisadas e alguns depoimentos permitem vislumbrar reflexões e aspectos presentes nessa temática:

*Aqui, na CGAL contribuiu bastante. Eles sempre vêm, eles sempre estão aqui. Quando a gente faz capacitação vem, mas poderiam vir os demais, poderiam vir mais. Ainda está muito centralizado em uma, em duas ou três pessoas. Os demais, dos Conselhos Locais, Distritais, poderiam estar participando mais. Eu não sei se os Conselhos, os representantes, eles são muito ativos, adoro todos eles, são muito participativos, acho que eles trazem sugestões muito legais, mas não sei se isso é retornado pros Conselhos e isso é devolvido aqui pra dentro de novo. Não sei se essa interlocução tem acontecido efetivamente. (IE – B)*

*Eles [conselheiros] até participam bastante, mas às vezes eu acho que tem certas coisas que eles não entendem. (GS – A)*

*Às vezes a gente chega lá e tem um projeto e tal, mas eu quero defender a minha comunidade. Eu sou conselheiro e represento, então elas querem fazer a gente entender que, por exemplo, dessa vez é a tal outra região, e tal. A próxima vez é a minha região. Mas aí já é uma discussão pra procurar convencer o conselheiro. Então tem assim explicação, e a gente vai entender. Eu não sinto discriminação pelo fato de não ter estudo. Na universidade eles nos tratam igual a eles. Sem distinção. Pelo que a gente vê, não tem preconceito nenhum, eles até afumentam a gente pras discussões. E as coisas que a gente discute é avaliado. A gente teve um debate sobre uma questão em relação aos índios, porque eles não participam, e eles me explicaram e me convenceram de que é a cultura deles. Isso era uma coisa que eu tinha muita dificuldade de entender. Como é que eu, conselheiro, vou defender um projeto pra eles, se eles não vem participar? E o grupo fez o debate. Essa é uma questão que eu ainda não consigo digerir, mas eu sei que é a cultura deles, que eles discutem em separado, o conselho deles é separado, não é junto com o nosso. (CS – A)*

*A participação dos representantes do Conselho é visível. Há pessoas, lideranças, e não é o grupo do Conselho como um todo. Mas sempre se coloca em discussão os projetos, e isso não é uma mera formalidade. Mas quem se manifesta são pessoas isoladas, não é o grupo todo. (GS – B)*

*O grande desafio do usuário é esse, que é o desafio da cidadania. O que é ser cidadão? É ter autonomia, mas executar a sua tarefa de cidadão. Eu acho que no nosso caso, aqui, na nossa aldeia, a gente não está conseguindo, minimamente atingir essa meta (de influir, enquanto usuário, nos rumos da formação em saúde), olhando exatamente a repercussão do que acontece na vida do usuário. Primeiro, porque temos ainda poucos usuários participando. Eu fui num Seminário, e começa que não me deram o roteiro. E eu ia participar na mesa. Então na hora que começou, deram as tirinhas com os nomes. E no fim, o responsável, secretário, veio dizer pra mim: “Olha, não te esquece de agradecer às pessoas que estão aqui e dar bom dia”. Eu não falei ainda pra coordenadora, mas eu vou falar. Nada pessoal, são coisas que pra mim não atinge, mas tu imagina assim que essas relações são muito complicadas. (CS – C)*

Até o momento da edição do Pró-Saúde II e da primeira edição do PET-Saúde, os projetos de formação em serviço de alunos em ambientes de serviço eram elaborados pelas Universidades, com pouca ou nenhuma participação da SMS e nenhum envolvimento do controle social. O *fluxo de aprovação* era invariavelmente com pouco tempo hábil para um debate aprofundado das propostas, que tramitavam pelo Gabinete da SMS, pelo Núcleo de Coordenação do CMS e pela CIES metropolitana. Os projetos não chegavam à discussão pelo



Plenário, sob pena de serem vencidos os prazos e os mesmos se inviabilizarem.

Exemplo emblemático desses movimentos encontra-se na apresentação da experiência da UFRGS no Pró-saúde II, onde há o relato de que em 2007, a partir da definição interna de apresentar um projeto para concorrer ao Edital, o grupo de professores daquela Universidade definiu qual o território da cidade seria objeto do projeto. Após essa definição, havia a necessidade de aproximação com o município. O relato apresentado indica que a entrevista com a SMS foi agendada quando “faltavam dois dias para expirar o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde (...) [o] diálogo foi de 15 minutos” e a proposta foi aprovada na íntegra (BUENO; TSCHIEDEL, 2011, p. 12). A partir do debate que se estabeleceu nos dois Seminários organizados pelo CMS entremeados pela Conferência, esse tema não poderia mais *passar batido*.

Em 2010, a partir de uma ação articulada com o MPE, que resultou em Ação Judicial onde o Conselho Municipal de Saúde teve atendida a reivindicação de que a gestão da SMS elaborasse e apresentasse um Plano Municipal de Saúde (PMS), iniciou-se também uma nova gestão na Secretaria. A implementação do PMS 2010-2013, num importante processo de *mudança de rota*, trouxe desafios que também contribuíram para o debate da educação permanente para o controle social, na medida em que a tarefa de gestão exigia qualidade, capacidade técnica e experiência política, deixando evidentes os poucos investimentos nessa área. Uma das estratégias implementadas foi a de constituir em cada Gerência Distrital de Saúde, em número de oito em Porto Alegre, um Grupo de Monitoramento e Avaliação, responsável pela discussão dos dados e informações em saúde de cada região, pelo seu acompanhamento monitorado e avaliativo, visando ao estabelecimento de metas e indicadores que deveriam contribuir para o planejamento das ações estratégicas em cada território assistencial. Esses grupos contam, em sua composição, com a presença e participação de usuários, indicados pelos Conselhos Distritais de Saúde.

Em 2012, quando foi lançada a terceira edição do Pró-Saúde, que reuniu entre suas ações projetos PET-Saúde em áreas definidas como estratégicas pelo MS, esse debate chegou à CPES e foi proposto que as Instituições de Ensino apresentassem propostas que dialogassem diretamente com as necessidades e ações estratégicas de seus territórios de atuação, as quais já eram de domínio do colegiado que acompanha e debate os indicadores locais. Para

esta edição do Pró-Saúde, a partir de iniciativa da coordenação executiva da CPES, incluiu-se o Centro Universitário Metodista, concorrendo, assim, ao Edital, quatro projetos para o município de Porto Alegre, que continham, em sua estrutura, demandas e estratégias originadas da vibração dos quatro vértices da Educação na Saúde. Essas propostas, pela primeira vez, foram submetidas à avaliação e aprovação do Plenário do CMS. A partir de então, formalizaram-se os quatro DDA, aos quais devem seguir-se outros, na medida em que vai se descortinando uma política que tem diretrizes e princípios alinhados aos do Sistema Único de Saúde. Isso foi verbalizado num dos depoimentos:

*Eu comecei a entender melhor o SUS quando comecei a trabalhar nesses projetos. Muita coisa eu não conhecia, não estava ao meu alcance. Me encantava, mas estava distante, era teórico. Hoje, quando eu falo disso numa sala de aula, eu sei de onde eu estou falando. Eu sei da importância de um Conselho, eu sei porque é que isso é importante, enquanto eu cidadã, enquanto eu fazendo parte de uma sociedade, eu fazendo parte de uma área da saúde. Antes disso, mesmo eu lendo uma Lei Orgânica, eu sabia que era importante, mas era distante. (IE – B)*

O estabelecimento de princípios não é exatamente pacífico, ou *líquido e certo* no interior da CPES ou no diálogo com as Instituições de Ensino. Percebe-se ainda resistência em definir os limites do território de atuação por parte das Universidades. A SMS, por sua vez, nem sempre assume o papel ordenador de modelagens das práticas e da identificação das necessidades estratégicas, tanto em relação aos Editais pré-concebidos pelo gestor federal, como das propostas ainda pré-concebidas pelas instituições formadoras. No âmbito dos serviços, verificam-se mudanças importantes, na medida em que locais que eram tradicionalmente ocupados por alunos de graduação ou pós-graduação, bem como do ensino técnico, como o HPS, por exemplo, cujos fluxos e processos caracterizavam-se com frequência por informalidades e acordos pessoais, passam por uma profunda mudança nos processos de integração ensino e serviço. Essas ações estavam anteriormente centralizadas em duas áreas distintas: a Comissão Científica, que atuava no âmbito dos processos exclusivamente relacionados aos médicos, e o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa em Enfermagem, que respondia pela área da enfermagem. A partir da atuação da CPES, que passou a coordenar as relações interinstitucionais para a formalização dos Termos de Cooperação com as Instituições de ensino, esse debate ecoou no interior daquele serviço, tendo sido acolhido pela sua direção, o que resultou na constituição de uma estrutura

unificada, em pleno processo de formalização. Fruto desse mesmo processo é o projeto apresentado na CPES de criação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência para o HPS, que iniciou sua primeira turma em 2014, planejada com a parceria da UFRGS e colocada em andamento com a parceria do IPA. As transformações que começam a *movimentar* os processos de formação e ensino no HPS apareceram entre os depoimentos:

*A gente tem transitado por esse espaço como multiprofissional, a gente tem vivenciado coisas maravilhosas, como, assim, uma expectativa que eu nunca teria. Na semana passada, um neurocirurgião veio me dizer: “nós temos que ver qual o dia da semana em que uma vez por mês nós vamos discutir casos com todos juntos”. O interessante é que o convite veio dele. É esse olhar, que ninguém quer de ninguém, que ninguém quer ocupar, é um espaço que efetivamente querem todo mundo. É o espaço do sentimento, que não está sendo de ninguém, que não é preocupação, e isso faltava num hospital muito duro como o nosso. (SS – B)*

No HMIPV foi criado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança com transversalidade em violência e vulnerabilidades, iniciada pela interface com a UFRGS, que simplesmente aderiu ao projeto municipal, uma inversão incomum. Este Programa teve início no primeiro semestre de 2014 e incluiu, de forma inédita, uma disciplina sobre controle social em seu currículo. A aceitação da UFRGS se deu com base na aceitação pelo HMIPV de fazer uma residência da cidade de Porto Alegre, assim estaria nos territórios da cidade, junto ao controle social da cidade, junto às redes intersetoriais da cidade, nas ruas e nos serviços da cidade.

## POSSIBILIDADES EM MOVIMENTO NO CALEIDOSCÓPIO, A TENTATIVA DE CONCLUIR

Para a construção conceitual do Quadrilátero da Educação na Saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) partiram da consideração de que o SUS e as instituições formadoras têm como tarefa problematizar a realidade do trabalho e das organizações de saúde e ensino, para que se possa “construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes” (p. 46). Os autores ressaltam que a concepção de integração ensino-serviço não pode estar restrita à noção de práticas de atenção, na medida em que a realidade a ser reconhecida pelo estudante corresponde a uma complexa estrutura de condução da política de saúde, que compreende também a gerência do sistema e a organização de conhecimentos do setor. O estudante não está em treinamento de habilidades assistenciais, mas apropriando-se do trabalho, seus fazeres e sua produção social. Da mesma forma, salientam que *atenção* não pode dizer respeito somente ao domínio de habilidades em fisiopatologia ou busca de evidências, na medida em que os usuários das ações e serviços de saúde e suas necessidades ocupem lugar central, quer seja na produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, quer seja na promoção de melhor qualidade de vida. Postulam ainda o termo *comunidade* como algo diferente de interação com a população, reconhecendo na formação tecnoprofissional relevância e responsabilidade social. Consideram que “a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social” (p. 47). Nesse caso, as instituições de ensino devem estar abertas à avaliação, regulação, formulação e proposição de mudanças que ecoem da sociedade. No componente *formação* do Quadrilátero, os autores introduzem de forma destacada o espaço dos estudantes, cujo protagonismo como movimento político deve ser incentivado, identificando nesse movimento potencialidade de inovar tanto no ensino como nos serviços de saúde.

Em Porto Alegre, a identificação do movimento traçado na *vibração* de cada um dos vértices do Quadrilátero da Educação na Saúde, e que era objetivo do presente estudo, permitiu verificar *fatores* ou *forças de resistência*, que por vezes parecem sobreviver ao que é postulado nos espaços de decisão da política de saúde e mesmo do ensino, demonstrando a *vitalidade* com que operam as visões hegemônicas sobre a formação em saúde. Podemos

identificar que ao mesmo tempo em que ocorrem iniciativas importantes para ampliar ou aprofundar a integração ensino-serviço, como a iniciativa surgida em uma universidade tradicional como a UFRGS, de criar uma instância própria, como a Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde), em 2004, *desfaz* a possibilidade de integração ensino-serviço inaugurada na UBS Santa Cecília, na medida em que insiste no modelo de formação sem integração, uma vez que a unidade-escola não interage, ou interage pouco, com o sistema municipal onde está inserida. A CoorSaúde surgiu da experiência do Pró-Saúde, sendo uma estrutura capaz de responder à necessidade de ações conjuntas e integradas entre os cursos e o debate da formação nas diversas áreas da saúde, mas especificamente a sua Faculdade de Medicina, em articulação com o HCPA, em lugar de aprofundar a mudança no modelo de gestão, atenção, formação e participação, preserva distâncias *segmentares* e persiste na fragmentação com as instâncias municipais de controle social *como sempre*. Em recente reunião da CPES, cuja pauta era a ampliação do território do DDA da UFRGS para o Distrito Centro, o representante da Faculdade de Medicina reivindicou a construção de mais unidades-escola, pois o espaço na UBS Santa Cecília “está ficando insuficiente”.

A definição do DDA da UFCSPA foi também, e ainda é, um processo caracterizado com muitas resistências, na medida em que a Universidade não compartilha da ideia de atuar em um território delimitado, reivindicando *mais espaço* para a atuação dos seus alunos, ao mesmo tempo em que estabeleceu *parceria* com o GHC, que também é uma Instituição de Ensino no âmbito da pós-graduação e formação de nível técnico, mas que estabelece cooperação com diversas outras Instituições formadoras, atuando *todos* no espaço restrito de suas 12 Unidades de Saúde e seus quatro hospitais. Não se integra, dessa forma, a política *formulada* no âmbito municipal com as pretensões e expectativas da Universidade, que ainda não desistiu de constituir a *sua* Clínica-Escola. Em reunião da CPES, que tinha por finalidade avaliar a proposição de criação de uma Residência Médica em Saúde da Família por parte da UFCSPA, o debate da gestão caminhou no sentido de identificar, dentro do DDA respectivo, os serviços que tivessem as melhores condições de acolher a proposta, isto é, por parte da SMS, a preocupação era a de que os residentes pudessem se somar a Equipes de Saúde da Família com perfil e desempenho diferenciados, tanto do ponto de vista da formação dos profissionais médicos que ficariam responsáveis pela tutoria, como pelas condições físicas das Unidades de Saúde.

O caminho escolhido pela Universidade, aparentemente semelhante, no decorrer do debate foi se descortinando em desacordo e permitindo revelar que as escolhas a respeito dos campos já estavam *definidas* e que o pactuado seria o *ajuste possível*. Interessante neste debate foi a argumentação da Instituição de Ensino, de que um movimento, por parte da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, pretende estabelecer uma normativa sobre as condições necessárias para que serviços de saúde recebam residentes médicos nessa área de especialização, estabelecendo uma espécie de *ranking* ou *pontuação* que passaria a ser o norteador para a definição das unidades-escola. Independente da consistência dessa informação, o que se pode destacar é que apesar de todos os movimentos em curso na ampliação da integração e aproximação da educação com o trabalho em saúde, ainda é forte e persistente o espírito corporativo, mesmo quando se trata de uma das áreas mais avançadas dentro da formação médica, como a Medicina de Família. Os depoimentos trouxeram esses movimentos de resistência:

*As pessoas apoiam, querem. Alguns cursos, não. Tipo a medicina, a pediatria. Os médicos até querem os alunos. Os alunos é que têm uma outra visão, não sei, há conflitos. Quando eles chegam, parece assim que eles reclamam muito, tem o problema do espaço físico, mas os médicos, quando estão com a enfermagem, então é como se estivesse assim... [gestos de desdém] não sei, e são alunos, então tem bastante ruído. (GS – A)*

*A gente vê vários projetos que não chegam até nós, sempre a desculpa é que falta ambiência. Mas acho que ambiência se resolve. Mas principalmente profissionais que queiram estar trabalhando na rede. Porque é longe, porque é na vila, porque a população é pobre. Entre eles [universidade e gestão] a universidade tem mais poder, é lógico. Eles chegam e ditam a regra. Até perguntam pra Secretaria, mas já vem pronto. Esse poder ainda não tá democrático. Eu sinto que a Universidade tá chegando com os projetos e dizendo como tem que ser. No posto, eu acho que eles chegam lá, “eu vim aqui pra usar e deu”. Tem alguns “todo poderoso”. Eu digo sim, é o que passa pra gente, sim. Eles tão aqui à parte, não tão dentro. Eles tão fora. (CS – B)*

Do ponto de vista da gestão do SUS, ao mesmo tempo em que se saiu de uma política de ações desarticuladas para uma política de programas com possibilidade de formulação locorregional, a falta de estrutura de apoio por parte das Secretarias Estaduais de Saúde aos municípios traduz-se na realidade inoperante das CIES. Ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde destina recursos importantes para o financiamento de ações com potencialidade de transformar as práticas de ensino no âmbito dos serviços do SUS,

operacionaliza essa política por meio de Editais que *convocam* as Instituições de Ensino a apresentarem projetos, que deverão ter a *anuência* do gestor local do SUS e de instâncias de controle social, onde se *misturam* atribuições, pois tramitam igualmente por Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES: regional ou estadual), Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>10</sup> e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Há inconsistência na operação da política de educação na saúde, consideradas as diferenças entre os entes federados, a diversidade de instâncias que se substituem e a frágil noção de integração ensino-serviço (ainda como cenários de treinamento de habilidades). O que mais chega ao controle social é o pedido de homologação de projetos para concorrer a Editais, onde o prazo para a apresentação das propostas, quase sempre é exíguo para uma adequada discussão e formulação *conjunta e integrada* das mesmas. A definição dos temas prioritários e estratégicos a serem apresentados nos projetos não é feita pela prática da interação ensino-gestão-atenção-participação. O que se verifica é a decisão do gestor federal em detrimento do debate locorregional, e a decisão das IES, desde seu ideário, em projetar sua ação a partir do seu debate curricular. Esse aspecto foi destacado por um dos depoentes:

*O controle social, por enquanto, só tá pra assinar. O que é uma pena. E eu acho que a Universidade tá pecando, também. A gente só tá conseguindo ir lá, levar os projetos pro controle social aprovar. (IE – B)*

Em contrapartida, e ao mesmo tempo, talvez a mesma *vitalidade* possa ser identificada no movimento de *desconstrução* do modelo hegemônico, na medida em que se instauram novos espaços de decisão e formulação da política pública, onde surgem novos atores que portam visões e falas de realidades excluídas dos programas e projetos destinados a formar os profissionais de saúde. É o caso das referidas Comissões Gestoras Locais do Pró-Saúde que, em Porto Alegre, passaram a Comissões de Gestão e Acompanhamento Local. Elas têm sido espaços ricos para o debate, mesmo que com dinâmicas e inserções diferenciadas dos atores envolvidos, especialmente dos usuários, nos quatro DDA já constituídos. Isso também ficou bem evidente nos depoimentos:

---

<sup>10</sup> A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é a instância que reúne o gestor estadual do SUS e a representação dos gestores municipais de saúde na mesma unidade federada. Representa a instância de pactuação para a implementação das decisões da instância de controle social estadual em saúde, o Conselho Estadual de Saúde.

*O controle social foi fundamental e estruturante. Em vários momentos tivemos embates. A academia sempre teve a ideia de que ela é sabedora, e chega num local e “bom, agora eu vou dominar” e o papel do controle social é justamente mostrar onde está o verdadeiro poder, que a meu ver está junto aos usuários de saúde que, ao estarem ali e se fazerem representar, está todo o poder de debate de construção da saúde. A discussão do auditório foi simbólica. Se queria que as pessoas daqui utilizassem. Os usuários têm que se reconhecer, e a discussão foi importante na definição das janelas, persianas, das cadeiras. Contribui para que a gente tenha a representação do mundo real, de como ele é, o outro lado, que a gente nem sempre conhece. Os profissionais de saúde nem sempre veem a fala do controle social. (IE – A)*

*Na relação com os serviços, acho que temos um bom vínculo com eles [conselheiros], mas já a Faculdade, não sei, porque até a gente, às vezes sente uma resistência. Tem coisas que a gente conversa, senta e conversa, fica tudo acertado, mas depois vem um e-mail “ah, nós decidimos assim”. A faculdade decidiu assim, então a gente está tendo alguns embates, porque quando tá definido assim, não é muito fácil de mudar. (GS – A)*

*Nós participamos nesse papel que a gente faz lá [CGAL]. É muito importante. Por que a nossa opinião eles até instigam mais. A nossa opinião mais do que a deles, dos técnicos, dos profissionais. A gente fica quieto, qualquer coisa, eles perguntam: “quero ver a tua opinião”. Não é só votamos, concordamos. Não. A coordenadora chega e pergunta pra nós: “quero ver a resposta dos conselheiros”. E a gente fala, cobra e aprende muito uns com os outros, principalmente os que têm mais experiência. Muita coisa que um não percebe, o outro vai lá e salta e cobra. E a Universidade acolhe. A única dificuldade que a gente acha é quando a gente vai pra lá e a gerência já leva as coisas mais ou menos prontas. Já vai tipo decidido. Uma gerente com a outra gerente. (CS – A)*

*Eu acho que há democratização, nos perguntam o que a gente acha, a gente é ouvido, dá a nossa opinião. As reuniões são sempre tranquilas. Eles [a Universidade] não chegam a interferir ou sugerir coisas tão amplas [para a gestão]. Eu vejo eles cobrando a falta de salas. Eu acho que eles vão contribuir sim, no relatório final, eles vão mostrar como está a rede, porque está muito carente. Na discussão dos projetos... Eu vou falar o que eu sinto. A gente é coadjuvante. A gente tá ali pra assinar. Eles me ouvem, eu pergunto, eu até questiono alguma coisa, às vezes fico na minha, mas vou ser bem sincera. O controle social ali, na participação, a gente é necessário. E isso é tanto da parte da Universidade quanto da Gerência. Tipo assim, só vai vir pra nós, nós só vamos ganhar se tiver a participação que tem que ter. Ou algum questionamento na escolha, por exemplo, de qual tema que será usado. Por exemplo, eu me manifestei, seria as drogas, que na nossa região é muito alto. Aí até uma professora falou que já tinham até um grupo com trabalho pronto. A Secretaria não achou conveniente, e parece assim que a coisa já tá prontinha. Foi como eu entendi. (CS – B)*



*A minha participação, eu tenho contribuído, eu sempre tive escuta. É validado, e essa é a dificuldade que eu vejo em relação a outras pessoas. Como eu estou há mais tempo nesse negócio, e não saí, estou tendo continuidade, eu sei que contribuí. Mas ainda se sente um ranço, principalmente esse povo de escalão mais superior. Eles ainda têm um ranço, entre eles mesmos. A gente percebe, na experiência. E depois em relação a mim mesmo. Aconteceu agora mesmo, tinha reunião em dezembro e tinha reunião em janeiro. Não me avisaram que a reunião foi cancelada. E eu fui as duas vezes no lugar. Mas isso é um detalhe importante. A mim não vai desmotivar, mas tu imaginas assim pra outras pessoas de menos compreensão. Ela vai pra uma reunião e não avisam que não tem. É um detalhe simples, mas às vezes na cabeça dela ela está construindo uma coisa lá, que, bom, se não me avisaram não é pra mim participar. Esse tipo de situação é que constrange a participação das pessoas. E isso, lamentavelmente, às vezes é premeditado. (CS – C)*

*O Conselho, lá na CGAL, é respeitado. No caso, nós somos representantes. Nós somos respeitados, somos escutados, é debatido, quando a gente não concorda, eles escutam. E muda, porque várias coisas foram mudadas naquele trabalho que a gente fez, em que foi bem discutida principalmente aquela parte da população negra. Foi discutido, a gente debateu muito, trocou muitas ideias. (CS – D)*

No âmbito da gestão municipal, constituiu-se a CPES, consolidada como instância interna de debate e condução da política de integração ensino-serviço. A composição da própria Comissão foi se ampliando na medida em que esta política se consolida e outros setores começam a conhecer e compreender o seu papel. A CGVS, que inicialmente tinha uma representação tímida, passou a ser representada pelo seu coordenador, e um dos frutos dessa inserção foi a criação, em 2014, de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Vigilância em Saúde, inédito em nosso meio. Mais recentemente, o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS também reivindicou e ganhou assento naquele colegiado, na perspectiva de que esse tema, o das pesquisas, ocupe a agenda do debate dos serviços de saúde.

A constituição de novas estruturas dentro das Universidades, que agregam os cursos da área da saúde, como ocorreu com a Coordenadoria de Saúde na UFRGS e ocorre com a Coordenadoria de Projetos Especiais na PUCRS representam outros espaços de articulação importante com potencialidade de construir processos de mudanças e inovação no ensino numa perspectiva de ensino interdisciplinar. Lembrança presente nos depoimentos:

*A Universidade conseguiu compreender a importância de agregar as áreas da*

*saúde, porque antes cada área da saúde, cada faculdade, era cada uma por si. Quando a gente tinha que juntar os cursos pra montar os projetos, ninguém se falava, era um horror porque todo mundo se sentava ao redor de uma mesa, cada um pensava muito pra si, não pensava no coletivo. E esse foi o grande diferencial, o pulo do gato. Se tivesse continuado cada faculdade pensando isoladamente, provavelmente esses projetos não teriam crescido da forma como cresceram hoje. E isso foi muito importante como política institucional. (IE – B)*

As diversas edições do Projeto VER-SUS realizadas desde 2004, têm tido a capacidade de mobilizar, de forma integrada, atores nos quatro vértices do Quadrilátero, que a cada edição, a partir da própria experiência, passam a compreender a relevância de uma política de formação profissional para o SUS. Nos depoimentos, essa experiência foi destacada:

*Até me surpreendi com os alunos do VER-SUS, achei interessante que alguns deles já tinham muita noção de rede, tinham bastante corrida. (CS – C)*

*A gente tem feito ações bem importantes no sentido de mobilizar e sensibilizar cada vez mais professores. Não só da área da saúde coletiva, mas de outras áreas também, pra que entendam todo esse processo e pra que não digam em sala de aula “ah, isso é pra quem trabalha em postinho, ou pra quem trabalha lá na Vila”, mas que ele entenda que ele faz parte desse processo, mesmo que ele trabalhe dentro de uma UTI. No ano passado, no seminário de capacitação docente, nós fizemos, junto com o pessoal dos Distritos, um “VER-SUS docente”. Foi um piloto e foi dez. Pegamos um ônibus e durante uma tarde inteira fizemos uma visita a serviços da região. Havia pessoas que nunca tinham pisado numa Unidade de Saúde da Família, numa UBS. E nessa visita eles receberam da gestão e da conselheira da região toda uma explicação de como é essa organização, hierarquização do sistema. O retorno foi bellissimo, alguns disseram – “eu não sabia que os alunos vinham até aqui, não sabia como era isso”. Profissionais de saúde. Todo professor que ingressa na Universidade passa por uma capacitação docente, e nós estamos planejando que todo o professor da área da saúde faça essa capacitação também. (IE – B)*

A inserção dos estudantes na rede assistencial é hoje uma realidade bastante superior que a qualquer tempo, a participação do controle social de maneira geral nas questões de formação também é uma realidade bastante superior e ascendente ao longo dos últimos anos. Esses fatos, por si só, não significam o desejado giro de 180 graus para que as profundas e necessárias mudanças na formação profissional em saúde se configurem de forma plena. Não é irrelevante a quantidade de apostas, normativas e ações políticas em favor das mudanças: novas diretrizes curriculares nacionais, Pró-Saúde, PET-Saúde, VER-SUS, Pró-Residências, programas de formação docente, programas de formação pedagógica para

trabalhadores de saúde, Comissões de Integração Ensino-Serviço, distritos docente-assistenciais etc.. A presença dos estudantes na rede em lugar de clínicas-escola e hospitais de ensino pode ser um passo fundamental, entre outros, mas o que identificamos é que a inclusão desta agenda no controle social é crucial, pois escuta denúncias e pode construir melhores e mais potentes destinações, aprova projetos e pode deslocar-se do lugar homologatório para o lugar da reorientação política de propostas e ações, realiza a educação permanente para o controle social e pode qualificar a relação com as instituições de ensino. A presença dos estudantes na rede foi enunciada nos depoimentos:

*A gente saía da faculdade sem conhecer o SUS. E agora os alunos estão chegando assim, no primeiro semestre da faculdade. E isso é uma surpresa. Uma surpresa boa. Eles relatam assim que 'ah, não imaginava que o SUS fazia isso, tinha isso pra oferecer". Então isso está sendo muito positivo. (SS – A)*

*Eu acho que isso contribui muito, e muito mesmo, porque hoje em dia, as faculdades formam os alunos, mas não mostram o que é o SUS. Tem que entender o que é o SUS. A pessoa vai se formar na medicina ou qualquer tipo de área da saúde, ela tem que entender como é que funciona o SUS, pra poder participar e ter um olhar diferente. Porque no SUS tu tem que ter um olhar diferente. (CS – A)*

*E eu percebo claramente que há algum tempo atrás, tinham alguns cursos, como odontologia, onde havia muita dificuldade de se conseguir alunos para as Unidades que ficavam mais na periferia, mais longe e de difícil acesso. Até pela questão do carro. Os estudantes normalmente não pegam ônibus. E hoje, com a mudança curricular, com a inserção mais precoce na Atenção Básica, a gente não tem mais aquela dificuldade lá no final do curso, quando fazem uma optativa, ou a cadeira de comunidade, dessas pessoas se deslocarem pra essas Unidades. Eu vejo alunos lá do início, eu lembro de uma aluna que foi estagiária, depois bolsista PET e hoje é residente lá na nossa Gerência. (GS – B)*

Em que pese não haver uma condição homogênea, tanto na presença como na participação dos conselheiros nos espaços de controle social formal, comissões participativas e grupos de monitoramento e avaliação, os debates lá estabelecidos proporcionaram uma nova condição de interlocução, por parte dos trabalhadores e conselheiros, sobre as ações, projetos e intervenções no âmbito dos seus territórios de atuação. O que surpreende, pela primazia e pela proeminência, é o vértice do Controle Social, de homologatório a ator, de tomador de ciência a propositor, de instância final à instância transversal, de instância burocrática à instância política, de deliberativo formal à propositivo, entre outras distâncias e

aproximações inéditas. Da falta de respostas convictas à construção de modelos de resposta com base em agendas de estudos e interfaces, construção de desenhos organizativos e de fluxos entre parceiros, inclusive o respeito aos tempos de aprender sobre controle social da parte das instituições de ensino. Estas passaram a incluir a temática do controle social nas suas agendas curriculares, para as quais são convidados, de forma cada vez mais frequente, os conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde.

A presença do tema da participação e do controle social no arcabouço dos currículos e das atividades de ensino hoje é algo visível na cidade. A cada semestre o Conselho de Saúde tem seus membros convidados a participar de aulas inaugurais, ou seminários sobre o SUS e suas diretrizes. Mais recentemente, o CMS se transformou, ele próprio, em campo de prática, recebendo alunos em estágio final dos cursos de graduação em Políticas Públicas e em Saúde Coletiva. No Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do HMIPV a disciplina denominada Controle Social no SUS apresenta como uma de suas tarefas a participação dos residentes nos espaços de debate do próprio CMS.

A ideia de um quadrilátero como imagem descritora das relações e interações que engendram objetivamente os processos de formação e desenvolvimento tecnoassistencial no SUS remeteu, entretanto, à necessidade de visualizar essa figura em movimento e de forma multidimensional. Relações e interações são movimento, energias circulam entre seus vértices, em infinitas possibilidades de direção e sentido, bem como é possível imaginar e perceber na realidade aqui visitada, como o movimento, *per si*, acumula forças que o retroalimentam.

Ceccim, Bravin e Santos (2009), ao tratarem das possibilidades interacionais dos Polos de Educação Permanente em Saúde, utilizaram a imagem-referência da *mandala*, ressaltando o permanente e recíproco *agenciamento dentro-fora*, onde a territorialização dos processos seria o esquadramento necessário, ao mesmo tempo que a *dimensão do fora* que o circunda, o desterritorializa permanentemente. Se utilizarmos a Física como modelo explicativo, poderemos visualizar um *campo energizado* onde forças se acumulam num determinado vértice reverberando sobre os demais. Se tomarmos a filosofia na determinação de *espaço*, como trata Deleuze (2004), "que procede por vizinhanças, de modo que as conexões de um pequeno pedaço com outro se fazem de uma infinidade de maneiras

possíveis e não são pré-determinadas” (p. 154), sendo espaços desconexos, percebe-se que os fluxos não seguem uma sequência linear. Conforme o autor, “o importante nunca foi acompanhar o movimento do vizinho, mas fazer seu próprio movimento” (p. 156).

Ceccim e Feuerwerker (2004) ao formularem a imagem do quadrilátero da política de formação e desenvolvimento em saúde, apontaram as diferentes vibrações e fluxos emanados de cada face, identificaram que cada uma “libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações” (p. 47). Cada vértice “comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões” (p. 47).

Os *territórios* que já constituíram seu Distrito Docente-Assistencial não vibram com a mesma frequência e intensidade, se comparados entre si. Da mesma forma, a energia que pulsa em *cada vértice*, como categoria de força, não vibra de forma homogênea e linear, e a imagem que se pode produzir e propor como recurso descritivo é a do caleidoscópio, multifacetado, em movimento permanente de mutação. O entendimento deste Estudo foi de que o Quadrilátero da Educação na Saúde só existe em movimento, movimento que, da perspectiva do controle social, enuncia-se como um campo de possibilidades, que é caleidoscópico. Do ponto de vista ou da ação concreta do controle social o Quadrilátero é a reunião de peças estratégicas ao SUS, compondo-se, ativando conexões, abrindo passagens, reivindicando lugares e colocando em cena um ensino-aprendizagem que se faz no e pelo *controle social*, não apenas no e pelo *trabalho*. Talvez o dimensionamento do trabalho em saúde que tem como tripé atenção-gestão-participação possa ser a chave e a beleza de uma educação na saúde que diga respeito às necessidades sociais, à integralidade e à participação. Sabemos que esse enunciado, a participação, ainda é inédito, por isso é desafio e é tarefa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Heloisa Helena Rousselet de. *A educação permanente no âmbito do controle social no SUS – a experiência de Porto Alegre*. Saúde e Sociedade, v. 21, supl. 1, 2012, p. 223-233.

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

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2008. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei 11.741, de 16 de julho de 2008, Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 335*, de 27 de novembro de 2003. CNS, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 1.996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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

CAMPOS, Francisco Eduardo; PIERANTONI, Célia Regina; VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FARIA, Regina Martha Barbosa; HADDAD, Ana Estela. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde* (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), v. 3, n. 1, 2006, p. 41-54.

CARVALHO, Maria do Carmo Albuquerque. *A participação social no Brasil hoje*. São Paulo: Pólis Assessoria, Formação e Estudos em Políticas Sociais, 1998 (Cadernos Pólis, 2).

CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi. Avaliação do ensino médico em nova fase. Disponível em: [www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/cinaem.htm](http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1998/0898/cinaem.htm)

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2004, p. 41- 65.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leindens Correa de; BILIBIO, Luiz Fernando Silva; MORAES, Maurício; SANTOS, Naiane Dartora. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008, p. 1567-1578.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA Jr., Aluísio Gomes (Org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010, p. 131-154.

CECCIM, Ricardo Burg; BRAVIN, Flávio Pereira e SANTOS, Alexandre André dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, n. 28, 2009, p. 159-180.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, v. 4, n. 7, 2002, p. 18-49.

CÔRTEZ, Soraya Maria Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, 2009, p. 1626-1633.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, Evelina (org.). *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 103-115.

DELEUZE, Gilles. Os Intercessores. In: DELEUZE, Gilles: *Conversações: 1972-1990*. São Paulo: Ed. 34, 2004, p.151-168.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de e TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & saúde coletiva*, v. 18, n. 6, 2013, p. 1613-1624.

FERRAZ, Fabiane et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciência & saúde coletiva*, v. 18, n. 6, 2013, p. 1683-1693.

FONSECA, Cristina M. O. A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade e SANT'ANNA, José Paranaguá de (Org.). *Saúde coletiva como compromisso – a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 21-41.

LIMA, Nísia Trindade e SANT'ANNA, José Paranaguá de. Apresentação. In: LIMA, Nísia Trindade e SANT'ANNA, José Paranaguá de (Org.). *Saúde coletiva como compromisso – a trajetória da Abrasco*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 9-20.

LOPES, Ricardo Dantas. *O ensino da saúde para a integralidade da atenção: mobilização de imaginários*. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre.

MARTINS, Gilberto de Andrade. *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde & sociedade*, v. 15, n. 2, 2006, p. 72-87.

MERHY, Emerson Elias. *Modelo de atenção à saúde como contrato social*. Texto Apresentado na. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000 (mimeogr.).

MOREIRA, Marcelo Rasga e ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, n. 3, 2009, p. 795-805.



MOURA, Abigail; LIBERALINO, Francisca Nazaré; Silva, Francisca Valda da; GERMANO, Raimunda Medeiros; TIMÓTEO, Rosalba Pessoa de Souza. SENADEn: expressão política da educação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. spe, 2006, p. 441-453.

OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. Participação, saúde e direito na Assembléia Nacional Constituinte: um resgate do debate. *Anais do XIV Encontro Nacional do CONPEDI*. 2005. Disponível em: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br)

RODRIGUES Neto, Eleutério. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Os Discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à psicologia social. *Estudos de Psicologia*, v. 4, n. 1, 1999, p. 393-599.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1 – Roteiro para a entrevista**

### **I – IDENTIFICAÇÃO:**

Vértice: IE ( ) GS ( ) CS ( ) SS ( )

Tempo de participação em projetos/programas/ações no campo da Educação na Saúde:

Menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) Mais de 2 anos ( )

### **PARA OS SUJEITOS DO VÉRTICE IE**

### **II – MOTIVAÇÕES/ENVOLVIMENTO**

- a) quais as principais motivações para a sua participação ou envolvimento nos programas ou projetos de integração ensino-serviço desenvolvidos hoje por sua IE?
- b) você é melhor remunerado(a) ou avaliado(a) internamente por isso?
- c) como você avalia o envolvimento de sua IE nesta política?

### **III – PERCEPÇÕES E AVALIAÇÕES**

- a) você identifica na sua IE mudanças curriculares ou pedagógicas capazes de formar profissionais para responder às necessidades do SUS? Poderia citar exemplos?
- b) em sua IE existem experiências que visem a mudanças nas práticas profissionais? Poderia citar exemplos?
- c) você considera que sua IE tem contribuído para a implementação da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS?
- d) como você avalia que seja a contribuição dos trabalhadores da rede de saúde (assistencial, vigilância e gestão) para a formação profissional em saúde?
- e) como você avalia que seja a contribuição dos gestores do SUS para a formação profissional em saúde?

### **IV – A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

- a) qual é a sua experiência com espaços de controle social do SUS?
- b) qual você considera que seja o papel dos conselheiros de saúde/usuários na elaboração e avaliação de projetos de educação na saúde?
- c) você identifica a participação dos usuários na sua experiência/vivência profissional? Poderia dar exemplos?

## **PARA OS SUJEITOS DO VÉRTICE GS**

### **II – MOTIVAÇÕES/ENVOLVIMENTO**

- a) quais as principais motivações para a sua participação ou envolvimento nos programas ou projetos de integração ensino-serviço desenvolvidos hoje pela SMS ou SES?
- b) você é melhor remunerado(a) ou avaliado(a) internamente por isso?
- c) como você avalia o envolvimento da SMS ou SES nesta política?

### **III – PERCEPÇÕES E AVALIAÇÕES**

- a) você identifica contribuição da gestão do SUS nas experiências de integração ensino e serviço? Poderia citar exemplos?
- b) em seu espaço de gestão do SUS você identifica experiências que visem a mudanças nas práticas profissionais? Poderia citar exemplos?
- c) você considera que a SMS ou SES tem contribuído para a implementação da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS?
- d) como você avalia a contribuição das Instituições de Ensino para apoiar e melhorar a qualidade da gestão do SUS?
- e) como você avalia a contribuição dos trabalhadores dos serviços de saúde para apoiar e melhorar a qualidade da gestão do SUS?

### **IV – A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

- a) qual é a sua experiência com espaços de controle social do SUS?
- b) qual você considera que seja o papel dos conselheiros de saúde/usuários na elaboração e avaliação de projetos de educação na saúde?
- c) você identifica a participação dos usuários na sua experiência/vivência profissional? Poderia dar exemplos?

## **PARA OS SUJEITOS DO VÉRTICE SS**

### **II – MOTIVAÇÕES/ENVOLVIMENTO**

- a) quais as principais motivações para a sua participação ou envolvimento nos programas ou projetos de integração ensino serviço desenvolvidos hoje na cidade?
- b) você é melhor remunerado(a) ou avaliado(a) internamente por isso?
- c) como você avalia o envolvimento do seu SS nesta política?

### **III – PERCEPÇÕES E AVALIAÇÕES**

- a) você identifica contribuição dos profissionais dos serviços de saúde nas experiências de integração ensino e serviço? Poderia citar exemplos?
- b) em seu SS você identifica experiências que visem mudanças nas práticas profissionais? Poderia citar exemplos?
- c) você considera que seu SS tem contribuído para a implementação da Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para os Trabalhadores do SUS?
- d) como você avalia a contribuição das Instituições de Ensino para apoiar e melhorar a qualidade do atendimento em saúde?
- e) como você avalia a contribuição da gestão do SUS para apoiar e melhorar a qualidade do atendimento em saúde?

### **IV – A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

- a) qual é a sua experiência com espaços de controle social do SUS?
- b) qual você considera que seja o papel dos conselheiros de saúde/usuários na elaboração e avaliação de projetos de educação na saúde?
- c) você identifica a participação dos usuários na sua experiência/vivência profissional? Poderia dar exemplos?

### **PARA OS SUJEITOS DO VÉRTICE CS**

#### **II – MOTIVAÇÕES/ENVOLVIMENTO**

- a) quais as principais motivações para a sua participação ou envolvimento nos programas ou projetos de integração ensino serviço desenvolvidos hoje na cidade?
- b) como você avalia o envolvimento do CMS nesta política?

#### **III – PERCEPÇÕES E AVALIAÇÕES**

- a) em sua experiência nos projetos de integração ensino e serviço você identifica experiências que visem mudanças nas práticas profissionais? Poderia citar exemplos?
- b) você considera que as IE podem contribuir para melhorar a qualidade da gestão e do atendimento em saúde?
- c) você considera que a gestão da SMS ou SES pode contribuir para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde?

d) você considera que as equipes dos serviços de saúde podem contribuir para melhorar a qualidade da gestão e da formação dos profissionais de saúde?

#### **IV – A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE**

a) você identifica contribuição dos usuários/conselheiros de saúde nas experiências de integração ensino e serviço? Poderia citar exemplos?

b) qual você considera que seja o papel dos conselheiros de saúde/usuários na elaboração e avaliação de projetos de educação na saúde?

c) você tem tido dificuldades para a sua participação? Quais?

d) como você percebe que a participação da comunidade nos projetos de integração ensino e serviço é considerada por parte das IE, da gestão da SMS e das equipes dos serviços de saúde?

e) como você avalia/compreende que a rede SUS seja uma rede-escola?

f) como você acha que a sua comunidade pensa/se sente em relação a ser atendida num serviço que também é campo de ensino?

## **APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido**

---

**Título da pesquisa:** Construções na formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde: controle social no município de Porto Alegre.

**Campo temático:** Saúde Coletiva, Educação.

**Pesquisadora responsável:** Heloisa Helena Rousselet de Alencar.

**E-mail:** heloalencar@hotmail.com

**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Telefone: (51) 3308-4131.

**E-mail:** ricardo@educasaude.org

**Instituição:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

**Comitê de Ética:** Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Telefone: (51) 3308-3738. E-mail: ética@propesq.ufrgs.br.

**Instituição:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Comitê de Ética:** Comitê de Ética em Pesquisa SMS – Telefone: (51) 3289-5517. E-mail: cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

---

A pesquisa integra o objeto de estudo de um projeto de dissertação em Saúde Coletiva da pesquisadora e tem como objetivo conhecer a inclusão da instância de controle social na aprovação e destinação das práticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, em especial a constituição das relações entre Universidade e Sistema de Saúde.

### **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como informante. Fui esclarecido pela pesquisadora sobre a mesma, os procedimentos nela envolvidos, os direitos de receber qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa, de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo e de não ser identificado, além de ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade, se não emitir expressa autorização em contrário. O uso de gravador de voz será utilizado com a minha permissão, com finalidade documental. Declaro, ainda, que fui informado do endereço e das formas de contato com a pesquisadora e com o orientador, caso desejar esclarecer qualquer dúvida (Av. Paulo da Gama, 110, prédio nº 12.201, 4º andar, sala 409, Porto Alegre, RS).

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Data de recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

**ANEXOS**



## **ANEXO 1 – Resolução CMS nº 38/2009**

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelas Leis Federais 8080/90 e 8142/90 e Lei Complementar 277/92, e considerando:

- as competências definidas em seu Regimento Interno, Art. 2º, item VII;
- a constituição, através da Portaria SMS nº 061/09, de Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência, e que encaminhou Parecer Técnico nº 01/09 ao CMS, em Reunião Ordinária do dia 19 de novembro de 2009,

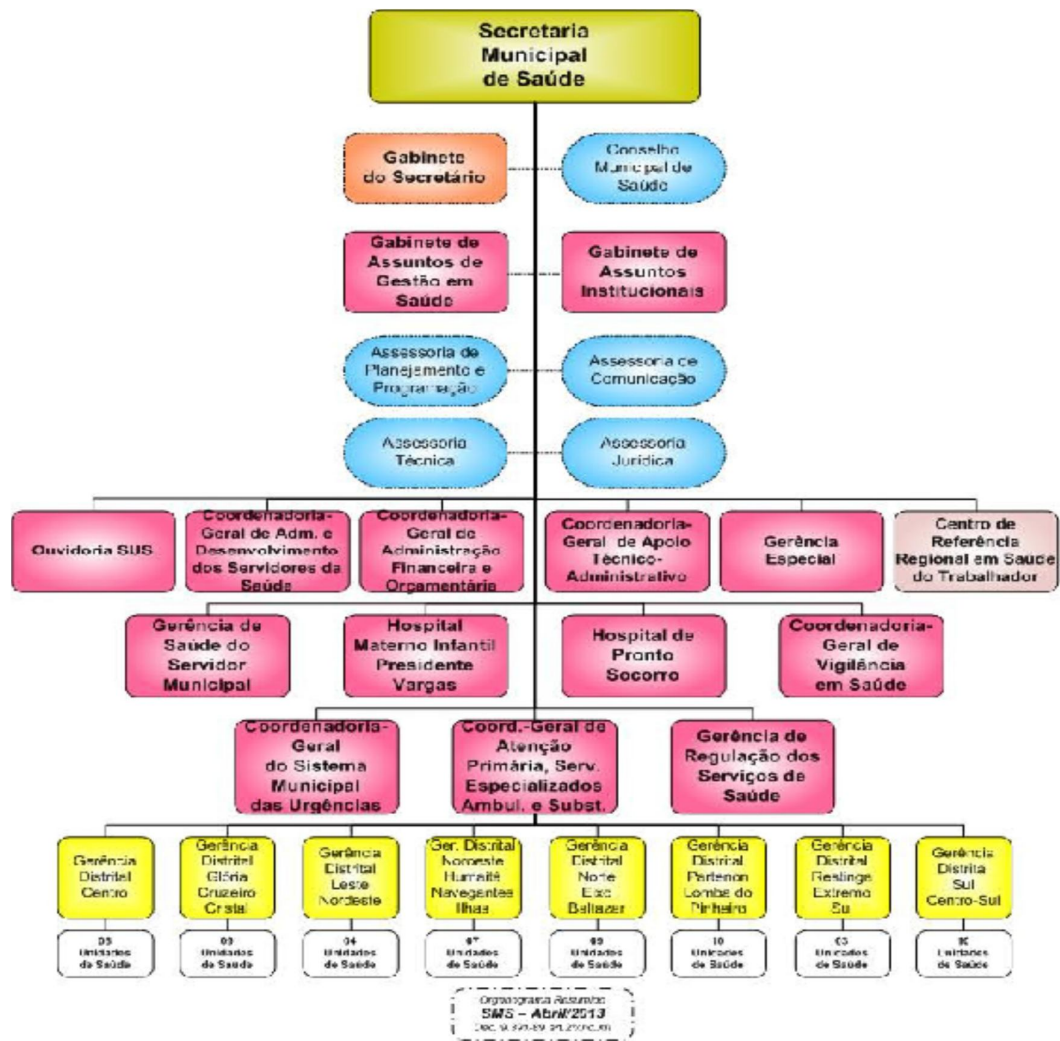
### **RESOLVE:**

- que os espaços destinados a compor a Rede Escola venham abrigar os alunos na condição de aprendizes;
- que os locais devem proporcionar as condições técnicas e estruturais para as atividades pedagógicas, estando as atividades práticas inseridas na rotina do Serviço, fazendo parte da Agenda;
- que as equipes de saúde devem estar preparadas para acolher os alunos, garantindo-lhes as condições técnicas para sua inserção no trabalho diário e integrando-se nos momentos coletivos de avaliação.
- que não se estabeleça a atuação isolada dos alunos num espaço específico do Serviço de Saúde, diferenciado do restante da Rede, sob pena de criar conflitos de eventuais privilegiamentos, desconstituindo a Rede Assistencial e não contribuindo para o aprendizado nas ações de Gestão Pública na área de saúde.

Porto Alegre, 19 de novembro de 2009.

María Letícia de Oliveira Garcia  
Coordenadora do Conselho Municipal de Saúde

## ANEXO 2 – Organograma da Secretaria Municipal De Saúde



### **ANEXO 3 – Relatório Final do I Seminário sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre**

#### **RELATÓRIO**

O Seminário desenvolveu-se em dois dias, tendo como roteiro o histórico da política nacional de educação 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.

As proposições resultantes do debate puderam ser agrupadas em cinco eixos:

#### **1 – Do reordenamento dos processos formativos no âmbito das Instituições de Ensino:**

- incentivo à montagem de disciplinas intercursos e práticas de ensino multiprofissionais integradas;
- devolução, para a população, dos aprendizados oportunizados, por meio da organização e realização de mostras por regiões/distritos, com o consolidado dos trabalhos e ações realizadas, contemplando a avaliação das experiências e seus resultados;
- criação de grupo de trabalho de fonoaudiologia para expansão da oferta de cobertura fonoaudiológica integrada à expansão da formação em fonoaudiologia, contemplando a fonoaudiologia no PET-Saúde;
- construção uma política de incentivo e implantação da educação técnica e tecnológica, aprofundando a discussão sobre o perfil demandado aos profissionais e à formação.

#### **2 – Do reordenamento dos processos de residência médica e em área profissional da saúde, no âmbito das IES e dos Hospitais de Ensino:**

- acompanhamento dos processos de formação especializada na área da saúde por meio de comissões de acompanhamento da contratualização dos hospitais de ensino, incidindo sobre o quantitativo, bem como perfil e qualidade estrutural dos programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde, multi ou uniprofissionais;
- construção de propostas de residência no sentido da transformação/renovação de práticas, implicando os trabalhadores com a renovação do seu trabalho para atuar na formação;
- construção de uma política própria municipal para residências em toda a rede municipal de saúde, formulada no sentido do desenvolvimento das linhas de cuidado entre os serviços da rede de saúde e com oferta multiprofissional;
- construção de um perfil do egresso dos programas de residências, adequado às necessidades do SUS em Porto Alegre e ao perfil epidemiológico da população da capital;
- divulgação e participação em Audiências e Debates Públicos realizados no Rio Grande do Sul a respeito da Comissão Nacional de Residência - Multiprofissional - em Saúde;
- adoção de práticas de incentivo e indução à formação de médico de família e

comunidade para concretizar este paradigma no trabalho médico junto às redes básica e de atenção integral à saúde na cidade;

- criação de políticas de absorção no trabalho para egressos de programas de residências integradas médicas ou multiprofissionais no SUS.

### **3 – Do âmbito de responsabilidade da gestão da SMS:**

- trabalhar na direção da construção da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço de Saúde municipal e de instâncias distritais com função similar;
- organizar uma prática e política de Vivências-Estágio no Sistema Único de Saúde (VER-SUS) no município, tendo em vista os estudantes de toda a área da saúde e a integração com o controle social no SUS municipal;
- politização do trabalho nos processos de educação permanente em saúde com os trabalhadores da rede;
- investir na preparação/qualificação dos servidores/trabalhadores da saúde para receber estudantes na rotina do trabalho;
- adotar políticas de desenvolvimento dos trabalhadores conforme perfil do trabalho discutido pelo controle social na cidade, de modo que o trabalho responda ao interesse social de defesa do SUS e da qualidade de vida na cidade;
- estabelecer proximidade com os conselhos de saúde e movimentos sociais para o desenvolvimento de práticas formativas no interesse da educação popular em saúde.

### **4 – Do âmbito de responsabilidade do CMS:**

- avançar e aprofundar a proposição da Resolução 38;
- realizar Seminário sobre Humanização;
- propor conteúdos e estratégias como mínimos na composição de projetos a serem apresentados ao controle social municipal - conselhos distritais, locais e municipal de saúde;
- realizar o II Seminário Municipal sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre para aprofundamento deste I;
- fortalecer a educação permanente para o controle social em saúde.

### **5 – Do âmbito de responsabilidade da SMS, integrada às Instituições Formadoras e ao CMS:**

- construir a conceitualização de “distrito docente-assistencial”, atendendo no seu redesenho os dispositivos de vínculo e responsabilização por parte das redes de referência;
- reconstituir a regionalização e os distritos geoeducacionais, estabelecendo e priorizando Linhas de Cuidado na cidade;
- avançar na busca da integralidade da atenção, a partir do quadrilátero da educação permanente em saúde: atenção, formação, gestão e participação popular com controle social;
- realizar o diagnóstico e a composição da rede-escola, identificando as capacidades e as necessidades pedagógicas da rede municipal de saúde e construindo espaços adequados à formação nos serviços;
- estruturar a rede-escola para atender às necessidades de integração ensino-serviço-

gestão-participação e de acordo com as necessidades e o perfil epidemiológico, demográfico e situacional da população;

- construção participativa de perfis do egresso da educação formal para subsidiar currículos e eleição de cenários de prática;
- investir os recursos financeiros dos programas de incentivo à mudança na formação para equipar e reformar os serviços de saúde tendo em vista torná-los bons ambientes de ensino em serviço e para o estudo da elaboração e implantação das Linhas de Cuidado interserviços da rede de saúde da capital;
- investir em espaços de educação popular em saúde e de aprendizado com a população sobre suas necessidades em saúde.

## ***ANEXO 4 – Relatório Final do II Seminário sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre***

### **RELATÓRIO**

Nesta edição, optou-se por aprofundar os debates através de trabalhos em pequenos grupos, que foi sistematizado posteriormente, numa perspectiva de avaliar e atualizar os encaminhamentos já firmados nos debates anteriores (I Seminário e 6ª Conferência). Assim, as proposições se organizaram também em eixos:

#### **1 – Dos conceitos gerais da política de gestão da educação e do trabalho no Sistema Municipal de Saúde**

- Reiterar o SUS como Rede-escola e como formador dos trabalhadores da saúde.
- Fortalecer compromisso da Universidade com o SUS.
- Formular uma política de Integração Ensino-Serviço que valorize e incentive a qualificação de preceptores por meio de oportunidades para a Educação Permanente e avaliação.
- Adoção de práticas de incentivo e indução à formação de Médicos de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional junto às famílias para concretizar este paradigma no trabalho dos profissionais junto às Redes Básica e de Atenção Integral à saúde na cidade.
- Realizar discussões sobre as competências profissionais em todas as áreas, embasando análises sobre projetos e iniciativas de educação permanente e gestão do trabalho no sistema municipal de saúde.
- Criar um sistema de regulação dos Cursos de Graduação que fortaleça a formação de qualidade e com perfis adequados às demandas do SUS.
- Criar um sistema de contrapartida por parte dos alunos das Universidades Federais após a conclusão do Curso.
- Ampliar investimentos em cursos de pós-graduação e residências multiprofissionais em áreas de interesse dos sistemas locais de saúde.

#### **2 – Do âmbito de responsabilidade da gestão da SMS:**

- Adotar políticas de desenvolvimento dos trabalhadores da saúde capazes de fortalecer o perfil do trabalho discutido pelo controle social na cidade e indicado no Plano Municipal de Saúde, de modo que o trabalho responda ao interesse social de defesa do SUS e da qualidade de vida na cidade.
- Capacitar em gestão participativa os trabalhadores de saúde da Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde.
- Realizar seminários e oficinas nos Distritos abordando conceitos e conteúdos de interesse dos trabalhadores e da população.
- Exigir a participação dos médicos nas capacitações sobre humanização e dar visibilidade a não-participação.
- Contratar e/ou nomear profissionais como fonoaudiólogo, educador físico, terapeuta ocupacional e odontólogo para complementar equipes e ampliar a oferta de ações

desses profissionais nos serviços do sistema municipal.

- Realizar investimento em espaços físicos e ambiência e no fortalecimento das ações de matriciamento nos serviços de saúde.
- Inclusão da Humanização, através do Humaniza-SUS, como um elemento de extrema importância.

### **3 – Do âmbito de responsabilidade do CMS**

- Trabalhar o papel do controle social na saúde com os professores, alunos, usuários, trabalhadores e gestores, expandindo também para os programas.
- Discutir indicadores de avaliação dos resultados nos processos de formação na relação Universidade/Serviço.
- Realizar processos periódicos de acompanhamento e avaliação permanente das iniciativas de integração do ensino com o sistema municipal de saúde.
- Inclusão das regulamentações dos estágios na pauta de discussão da Plenária, considerando a CPES Municipal como espaço privilegiado para essa discussão.
- Ampliar a disseminação de documentos e do conteúdo das discussões do CMS para todas as redes, instituições da saúde e demais Municípios.

### **4 – Do reordenamento dos processos formativos no âmbito das Instituições de Ensino**

- Incentivo à montagem de disciplinas intercursos, práticas de ensino multiprofissionais integradas e atividades de extensão e pesquisa envolvendo diferentes cursos e áreas do conhecimento.
- Devolução para a população e para os trabalhadores dos aprendizados oportunizados aos estudantes nas atividades junto ao sistema municipal de saúde, por meio da organização e realização de mostras por regiões/distritos e informativos socializados nos locais de atuação, com o consolidado dos trabalhos e ações realizadas, contemplando a avaliação das experiências e seus resultados.
- Realizar avaliação dos trabalhos desenvolvidos pelos alunos nos serviços e instituições do sistema municipal de saúde por parte da população/usuários.
- Incluir no PET o critério de atenção integral, envolvendo todas as áreas do conhecimento, assegurando vagas para estudantes mesmo de áreas profissionais não contempladas pelas Instituições de Ensino.
- Realizar prestação de contas trimestrais para a comunidade nos Conselhos Distritais dos resultados dos programas desenvolvidos no sistema municipal de saúde pelas Instituições de Ensino.
- Formulação de políticas para qualificação de preceptores.

### **5 – Do âmbito de responsabilidade da SMS, integrada às Instituições Formadoras e ao CMS**

- Fomentar uma política nacional de incentivo e reconhecimento dos trabalhadores das instituições de ensino e dos serviços que desenvolvem atividades de pesquisa e extensão na integração ensino-serviço.
- Formular critérios para inclusão e incorporação de atividades/projetos/pesquisa no

sistema municipal de saúde que também repercutam na formação permanente dos professores.

- Proposição para as Instituições de Ensino da criação de linhas e projetos de pesquisa e construção de conhecimento em temas prioritários e/ou relevantes ao sistema municipal de saúde envolvendo também trabalhadores e conselheiros de saúde.
- Envolver os Conselhos Distritais nas discussões e elaboração de projetos para os programas Pró-Saúde, PET-Saúde e outros relativos à integração do ensino com o sistema municipal de saúde e garantir a devolução dos resultados em termos de aprendizado oportunizado pelos programas para a população, na comunidade e nos serviços.
- Criação de um Grupo de Trabalho de Fonoaudiologia para expansão da oferta de cobertura fonoaudiológica integrada à expansão da formação em fonoaudiologia, contemplando a fonoaudiologia no PET-Saúde e nos demais serviços como NASF e Atenção Psicossocial, com base em diagnósticos apontando as carências das demais competências.



**ANEXO 5 – Portaria SMS Nº 681/2009**

**DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE** – Edição 3607 – Segunda-feira, 21 de Setembro de 2009.

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, CRIA** Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, bem como para analisar Termos de Cooperação entre Instituições de Ensino e a Secretaria Municipal de Saúde que envolvam os interesses da municipalidade, para tanto designando os seguintes membros, que escolherão entre si uma Coordenação: Ana Luiza Tonietto Lovato - Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde; Denise de Castro Oliveira – Equipe de Estágios CGADSS/ Secretaria Municipal de Saúde; José Mário D’Ávila Neves - Equipe de Desenvolvimento da CGADSS / Secretaria Municipal de Saúde; Oscar Paniz – Conselho Municipal de Saúde; Heloisa Helena Alencar – Conselho Municipal de Saúde; demais membros necessários para a análise específica de projetos em questão, como Conselhos Distritais de Saúde; Conselho Local de Saúde; Coordenação dos Serviços Envolvidos e representante dos trabalhadores serão designados pelos membros titulares, de acordo com as diferentes Regiões Distritais de Saúde, quando houverem Termos de Cooperação entre Instituições de Ensino, através da Portaria 681 de 9.9.09 (processo 1.16609.09.3).

## **ANEXO 6 – Portaria SMS Nº 38/2011**

**DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE** – Edição 3954 – Quarta-feira, 16 de fevereiro de 2011.

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, ALTERA**, nos termos do processo administrativo nº 001.016609.09.3, a Portaria 681/2009, de 21.09.2009, alterando o nome do Grupo de Trabalho para Comissão Permanente de Ensino e Serviço da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, bem como para analisar Termos de Cooperação entre Instituições de Ensino e a Secretaria Municipal de Saúde que envolvam os interesses da municipalidade, para tanto designando os seguintes membros:

- Coordenação da Comissão: Carolina Santana – Secretária Adjunta – matric. 101233.9 – Titular; Juliana Giorgetta Proença – ED/CGADSS – matric. 16419.0 - Suplente.

### **Membros Permanentes:**

- Heloísa Helena Alencar – CMS – matric.786692.3 - Titular; Maria Letícia de Oliveira Garcia – CMS – matric. 26230.7 – Suplente;
- Heraida Cyreli Raupp – Assepla – matric. 50310.4 – Titular; Susana Luiza Weber Backes de Leon – Assepla – matric. 31304.2 – Suplente;
- Iuri da Silva Paiva – Assejur – matric. 959598.1 – Titular; Fabiano Brum Beresford – Assejur – matric. 78536.0 – Suplente;
- Marli Terezinha F. da Rosa – Equipe de Estágios/CGADSS – matric. 42116.1 – Titular; Moema Peres Milorança – Equipe de Estágios/CGADSS – matric. 41550.1 – Suplente;
- José Mário D’Ávila Neves – ED/CGADSS – matric. 22987.0 – Titular; Lília Maria Woitikoski Azzi – ED/CGADSS – matric. 23116.0 – Suplente;
- Ana Luiza Tonietto Lovato – HMIPV – matric. 60176.0 - Titular; Alice Falcão Pereira – HMIPV – matric. 26297.6 – Suplente;
- Luiz Alexandre Borges – HPS – matric. 12460.9 – Titular; João Carlos Guaragna – HPS – matric. 6847.3 – Suplente;
- Rosane Mortari Ciconet – CMUE – matric. 22842.7 – Titular; Miria de Moraes Patines – CMUE – matric. 23286.8 – Suplente;
- Christiane Nunes de Freitas – CGRAPs – matric. 42103.5 – Titular; Denise Castro de Oliveira – CGRAPs – matric. 29000.5 – Suplente;
- Anita Marques – CGVS – matric. 46158.4 – Titular; Vera Maria Santos Rodrigues – CGVS – matric. 7376.6 – Suplente;
- Maria Augusta Moraes Soares – NEPEnf – matric. 53593.2 – Titular; Susana Maria Endres – NEPEnf – matric. 20201.3 – Suplente.

Demais membros necessários para a análise específica de projetos em questão, como Conselhos Distritais de Saúde; Conselho Local de Saúde; Coordenação dos Serviços Envolvidos e representante dos trabalhadores serão designados pelos membros titulares, de acordo com as diferentes Regiões Distritais de Saúde, quando houver Termos de Cooperação entre Instituições de Ensino, através da Portaria 39/2011, de 10 de janeiro de 2011.

## **ANEXO 7 – Resolução SMS Nº 1/2011**

**DIÁRIO OFICIAL DE PORTO ALEGRE** – Edição 3965 – Quinta-feira, 03 de março de 2011.

**O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições, com fulcro nas disposições da Lei Federal 8080/90 e,

Considerando as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, bem como a necessidade de analisar Termos de Cooperação entre Instituições de Ensino e a Secretaria Municipal de Saúde que envolvam os interesses da municipalidade;

Considerando que a Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA, através da Secretaria Municipal de Administração, possui Termos de Acordo de Cooperação Técnica firmado com as Instituições de Ensino de nível médio, técnico e superior do Município, para amparar a circulação de estudantes de todos os cursos (inclusive os da Saúde) nos espaços de responsabilidade da Prefeitura, para fins da prática de estágio remunerado e voluntário;

Considerando que os cursos da saúde, utilizam os serviços de saúde da PMPA como cenários de prática para realização de estágio curricular, não remunerado, se faz necessário firmar Termos de Acordo de Cooperação Técnica, entre a Secretaria Municipal de Saúde do Município e as Instituições de Ensino de nível médio, técnico e superior;

Considerando os tipos de atividades de integração ensino e serviço: Estágio (nível técnico e graduação), Residências (médica e multiprofissional), Especialização, programas do Ministério da Saúde: PRO-SAÚDE, PET-SAÚDE, pesquisa, extensão etc.;

Considerando que os processos serão separados em duas categorias, conforme o nível de ensino: técnico/ graduação e pós-graduação (residência, especialização, mestrado profissional, pesquisa ligada a pós-graduação);

Considerando o disposto no art. 27, inciso I da Lei Federal nº 8.080/90, no que se refere à organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

### **Baixa a seguinte Resolução:**

Art.1º. A presente resolução regulamenta o fluxo de tramitação dos processos de Estágio, Residências (médica e multiprofissional), Especialização, programas do Ministério da Saúde: PRO-SAÚDE, PET-SAÚDEs, pesquisa, extensão, e qualquer outro programa que se enquadre na formação de recursos humanos, junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CPES, nos seguintes termos:

§1º. Abertura de expediente no protocolo central pela Instituição de Ensino (IE) que conste: ofício de solicitação de Acordo de Cooperação Técnica - ACT da Instituição de ensino ao Secretário de Saúde, proposta de plano de trabalho e demais documentos (listagem de

documentos, conforme consta no site da PMPA/SMS);

§2º. O expediente será enviado para o Gabinete do Secretário da Saúde, sendo distribuído para a Coordenadora da CPES;

§3º. A Coordenadora da CPES encaminhará o expediente para o CGADSS para análise do objeto, identificação do demandante, bem como a solicitação de campo etc.;

§4º. A CGADSS distribui os processos para: Equipe de Estágio se Instituição de Ensino – nível técnico e graduação e para a Equipe de Desenvolvimento – nível de pós-graduação;

§5º. A CGADSS encaminhará o expediente para CPES para discussão ao enquadramento nos parâmetros e interesses da SMS e identificação da área técnica da SMS envolvidas no projeto;

§6º. As Áreas técnicas realizarão análise aprofundada da proposta do plano de trabalho da IE e manifestação quanto ao aceite da IE;

§7º. Após análise pela área técnica, o expediente será devolvido à CPES para ciência sobre a manifestação da área técnica e emissão de parecer;

§8º. O parecer da CPES será enviado para o Conselho Municipal para conhecimento e demais providências que entender pertinentes;

§9º. Após deliberação final do expediente pela CPES será informada a Instituição de Ensino sobre o posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde sobre o pedido formulado.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 27 de janeiro de 2011.

CARLOS HENRIQUE CASARTELLI, Secretário Municipal de Saúde.

## ***ANEXO 8 – Relato Resumido das Visitas de Avaliação do Ministério da Saúde, sítio eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre***

### **MINISTÉRIO AVALIA RESULTADOS DE PROJETOS DA SAÚDE**



Técnicos avaliam projetos Pró-saúde e PET Saúde

Técnicos do Ministério da Saúde estão em Porto Alegre para avaliar os projetos Pró-Saúde e PET-Saúde (Programa de Educação Tutorial), desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Desta quarta, 30, até sexta-feira, 1º de novembro, os técnicos irão avaliar os projetos. O principal objetivo das iniciativas é formar profissionais preparados para lidar com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

**UFRGS** - Os alunos da UFRGS desenvolveram atividades de ensino, pesquisa e extensão nos serviços de saúde dos Distritos Docente-Assistenciais Centro e Glória/Cruzeiro/Cristal (DDA Centro e DDA GCC). Atualmente, são realizados 15 projetos-ação:

- Promoção da Saúde, Prevenção e Cuidado de Doenças Crônico-Degenerativas: Atividades Físicas/Práticas Corporais
- Alimentação Saudável/Cultura Alimentar, Manejo do Diabetes e Hipertensão na Atenção Primária
- DST/HIV/AIDS na Rede de Atenção Primária em Saúde
- Articulação dos serviços de Urgência/Emergência e Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde para o Cuidado Integral e Continuado em Porto Alegre/RS
- Rede de Atenção Psicossocial a Usuários de Drogas
- Observatório de Saúde: Vigilância de Indicadores de Monitoramento e Avaliação de Programas e Participação da Comunidade
- Gestão das Ações de Integração Ensino-Serviço e Educação Permanente em Saúde na Rede Cegonha
- Vigilância e Gestão Clínica do HIV/AIDS
- Violência
- Avaliação da Descentralização da Assistência da Tuberculose em Serviços da Atenção Básica em uma Gerência de Saúde de Porto Alegre
- Rede de Urgência e Emergência
- Implantação de Linha Guia de Critérios e Orientações para Abordagem Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
- Cegonha Amamenta
- Rede de Atenção Psicossocial - Linha de Cuidado em Saúde da Criança e do Adolescente
- Rede de Atenção Psicossocial - Cuidados em saúde mental, álcool, crack e outras drogas do jovem e do adulto

**UFCSPA** - As atividades dos alunos da UFCSPA são desenvolvidas nos serviços de saúde do Distrito Docente Assistenciais Norte e Eixo Baltazar (DDA NEB). Atualmente, são realizados nove projetos-ação:

- Saúde Escolar
- Assistência Farmacêutica
- Biossegurança na comunidade
- Nascer Saudável
- Atenção Primária à Saúde/Trabalho em Equipe
- Fortalecimento, ampliação e integração das ações de vigilância em saúde com as redes de atenção à saúde no DDA NEB
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Docente-Assistencial Norte/Eixo Baltazar (Porto Alegre): fortalecimento da atuação integrada de seus componentes
- Rede de Atenção Psicossocial: o uso do álcool, crack e outras drogas
- Rede Cegonha: integrando e fortalecendo a rede de atenção à saúde materno-infantil na Gerência Distrital Eixo Norte-Baltazar da cidade de Porto Alegre

No encontro, que reuniu professores tutores, profissionais da rede e alunos envolvidos nos projetos, foram apresentadas e avaliadas as atividades em desenvolvimento. Os consultores manifestaram grande satisfação com os projetos apresentados e destacaram a qualidade da parceria entre a SMS, as instituições de ensino e o controle social. Os consultores do Ministério da Saúde, Eliana Cyrino e Cesar Vinicius Miranda Lopes, também visitarão os serviços nos quais os projetos estão sendo desenvolvidos e realizarão um encontro final para a devolução da avaliação.

### **Visita de Avaliação pelo Ministério da Saúde**

Projetos do Programa de Reorientação Profissional em Saúde desenvolvidos na Secretaria em parceria com a Pontifícia Universidade Católica



Nos dias 10 e 11 de outubro o Ministério da Saúde (MS) realizou visita de avaliação dos projetos Pró-Saúde e PET Saúde – Programa de Educação Tutorial desenvolvidos na Secretaria em parceria com a PUC, junto aos Distritos Docentes Assistenciais (DDA) da região Leste e Nordeste (LENO) e Partenon Lomba do Pinheiro (PLP). Esses projetos têm como objetivo principal a reorientação da formação profissional para as reais necessidades do SUS. Primeiro ocorreu a apresentação dos projetos em execução, com a presença dos alunos, dos professores tutores e dos profissionais da rede que atuam como preceptores. Atualmente são desenvolvidos os seguintes projetos:

- Rede Cegonha Cuidando da Mãe e da Criança
- Promoção em Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis: Academia de Saúde como Estratégia de Modificação de Estilo de Vida

- Diagnóstico e Intervenção da Tuberculose, HIV/AIDS e Sífilis na Atenção Básica
- Integração entre Atenção Básica e Educação: a escola como espaço de promoção de saúde
- Vigilância, Prevenção e Controle da Dengue
- Rede de Atenção Psicossocial: intervenção com gestantes e puérperas usuárias de crack e outras drogas
- Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
- Atenção à Saúde Indígena/Criança e Adolescente
- Atenção a Saúde Indígena Doenças Prevalentes

A seguir foi realizada reunião com o Comitê de Gestão e Acompanhamento Local do DDA. A representante do MS, Dra. Fátima Lima, ressaltou a sua satisfação em constatar a presença e a participação ativa do Controle Social neste processo, reconheceu a importância da transversalidade do tema do cuidado com a população negra nos projetos, destacou o projeto dirigido à população indígena e parabenizou a todos os envolvidos pelo conjunto do trabalho. A visita ocorreu também nos serviços e gerências onde os projetos são desenvolvidos.

### **Visita de Avaliação pelo Ministério da Saúde**

Avaliação dos projetos PRÓ-PET SAÚDE desenvolvidos em parceria com o IPA em Porto Alegre



Formar um profissional preparado para lidar com a realidade do SUS é o principal objetivo dos projetos PRÓ-SAÚDE e PET-Saúde (Programa de Educação Tutorial) desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o Centro Universitário Metodista (IPA), com recursos do Ministério da Saúde. Os projetos, em que alunos desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão nos serviços de saúde dos Distritos Docente-Assistenciais Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas (DDA NHNI-IPA), recebeu a visita de acompanhamento de representantes do Ministério da Saúde (MS) nos dias 23 e 24 correntes. Atualmente, são desenvolvidos cinco projetos:

- Diagnóstico e Sistema de Monitoramento da População Idosa e sua Rede de Cuidados
- Rede de Grupos de Promoção, Prevenção e Educação em Saúde
- Plantão de Emergência em Saúde Mental do Centro de Saúde Vila IAPI (PESM-IAPI) como unidade sentinela para análise da rede de atenção psicossocial e linha de cuidado em álcool e drogas
- Identificação, Sensibilizações e Encaminhamentos quanto ao uso abusivo de álcool por idosos em unidades da Rede de Atenção Primária
- Qualificação da Alta e Mapeamento do Itinerário Terapêutico na Atenção a homens Vítimas de Trauma no Hospital de Pronto Socorro e Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre

A consultora do Ministério, Juliana Luporini do Nascimento, visitou os serviços nos quais os projetos estão sendo desenvolvidos e participou de um encontro no Auditório Oscar Machado, do IPA, que foi aberto pelo Senhor Secretário Adjunto Jorge Luiz Cuty da Silva, pelo Reitor do IPA, Sr. Roberto Pontes da Fonseca e pelo representante do Controle Social, Sr. Gilberto Binder. Nesse encontro, que reuniu professores tutores, profissionais da rede e alunos envolvidos nos projetos, foram apresentadas e avaliadas as atividades em desenvolvimento. A consultora manifestou grande satisfação com os projetos apresentados e destacou a qualidade da parceria entre a Secretaria, a Instituição de Ensino e o Controle Social.

