Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Luciana Melo de Souza Leão

O Pró-Saúde no curso médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço

Rio de Janeiro
2016

Luciana Melo de Souza Leão

O Pró-Saúde no curso médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L437 Leão, Luciana Melo de Souza
O Pró-Saúde no curso médico da UFPE : as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço / Luciana Melo de Souza Leão. – 2016.
158f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde – Ensino profissional - Teses. 2. Educação em saúde – Recursos humanos - Teses. 3. Saúde pública - Educação – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614:37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Luciana Melo de Souza Leão

O Pró-Saúde no curso médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 20 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Elaine Teixeira Rabello

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Mônica de Rezende

Fundação Oswaldo Cruz

_____

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2016

DEDICATÓRIA

À Lucinha, em desejo e em ato, fruto do doutorado.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pela amorosidade; esteio e solidaridade. Em quem eu me espelho e que me dou por satisfeita se conseguir, no movimento do gerúndio, aos poucos, ir me aproximando, agora neste papel, da representação de maternagem construída por ela que ficou em mim.

Ao meu pai, pela disponibilidade, o qual, entre mensagens e posicionamentos por vezes contraditórios, no final das contas, termina por nos impulsionar, acredito, para o caminho da busca.

À fratria, Liliana, Marquinhos, Léo, Larissa e Érica, pelo convite ao complexo e rico convívio na diferença.

A Rafael que é para mim o tônus e a tonalidade do vermelho. Com quem a vida, na contramão de passos tão distintos, e de alguns descompassos, tem proporcionado um bonito compasso de dois.

À Lucinha, meu ‘clown-clown’ – tesouro precioso, que me ofertou e continua a ofertar, com tamanha proporcionalidade, o peso e a leveza para seguir adiante.

A Rafaelzinho, o mais novo da família, sobrinho querido, responsável por momentos de suspensão da rotina e de alegre e suave despreocupação;

À Nayana, cuidadora de Lucinha e de nossa morada, pelo amor e pelo trabalho desprendidos. A quem deposito créditos significativos por este trabalho ter tomado corpo e que merece todo o meu reconhecimento e gratidão.

A Ruben, pela inspiração acadêmica e pela linha afetiva que nos une. Pela sua sagacidade, seu “olhar clínico” e o seu cuidado.

À Vângela e Stelinha, pelo acolhimento e pela guarida na cidade maravilhosa.

Aos participantes do estudo que, entre resistências e receptividades, desânimos e creditações, descortinaram o que para eles, naquele dado momento, estava lá, proporcionado, assim, o contato com diferentes e ricas experiências relativas ao tema em investigação.

Aos colegas do Hospital das Clínicas que, na minha presença e na minha ausência, acompanharam boa parte das etapas do doutorado e que souberam respeitar a restrição dos meus tempos para os projetos coletivos. Agradeço aqui, especialmente, a Florentino Guerra e a Marcos Aquino pela abertura e prosseguimento dos trâmites legais que permitiram o meu afastamento para a formação.

Aos pacientes do Ambulatório de Saúde Mental do HC que, pacientemente, compreenderam a minha necessidade de afastamento para fins acadêmicos.

Aos trabalhadores do IMS, mais particularmente às “meninas” da secretaria, pela comunicação e pela disponibilidade em facilitar os caminhos operacionais que me ligam ao Instituto.

À Luciana, Fátima e Joelma pelo labor de transcrição das entrevistas, pela confiança e pela hipótese de amizade construída.

Aos amigos que me acompanharam e aos que ainda me acompanham, de perto, de longe, de, de vez em quando... quando da necessidade de tempos voltados para cá.

Às funcionárias do café que passou a ser, nos últimos meses, extensão de minha casa, Albérica, Joana, Manu, Luana, Thaís, Vanessa, Fabíola e Fabiana, pela atenção e pela convivência amistosa. Ainda a Marcelo, pela acolhida e tamanha gentileza.

Aos membros da banca da qualificação, Mônica, Adriana e Martinho pelas suas valiosas contribuições, por terem permitido o início de passos um pouco menos trôpegos, a partir de então.

Tem de ser equilibrista até o final. E suando muito, apertando o cabo da sombrinha aberta, com medo de cair, olhando a distância do arame ainda a percorrer - e sempre exibindo para o público um falso sorriso de serenidade...

Fernando Sabino

RESUMO

LEÃO, Luciana Melo de Souza. O *Pró-Saúde no curso médico da UFPE:* as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. 2016, 158p. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A preocupação com a formação e com os cenários de prática dos estudantes parece acompanhar o ideário de luta de muitos atores que se debruçaram em prol de um sistema de saúde mais equânime e acessível à população. Nesse sentido, repensar e diversificar os cenários de ensino-aprendizagem pode ser uma importante ferramenta para ampliar as concepções sobre o processo saúde-doença apreendidas pelos estudantes, considerando, por outro lado, que a mudança *per se* dos espaços de inserção ao longo da formação não garante a ressignificação da lógica da saúde voltada para os interesses do mercado. Do ponto de vista das políticas voltadas para fomentar mudanças na formação, destaca-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que atua a partir de três eixos: orientação teórica; cenários de prática e orientação pedagógica. Com o recorte sobre o segundo vetor, os cenários de prática, o presente estudo buscou investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo Curso Médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços. O passo a passo metodológico contou com a revisão bibliográfica sobre o tema; o levantamento de documentos oficiais e não oficiais sobre as políticas e iniciativas que vislumbraram maior aproximação da academia com a rede de serviços e a construção de uma linha do tempo para melhor compreender e mapear cronológica e politicamente os respectivos acontecimentos. Como fonte primária, foram realizadas 24 entrevistas com roteiro semi-estruturado voltadas para atores da academia e dos serviços e uma roda de conversa com a participação de 21 estudantes do Curso Médico. A análise dos dados, por sua vez, foi realizada considerando três categorias temáticas, quais sejam: 1) rebatimentos das políticas anteriores ao Pró-Saúde em relação à integração ensino-serviço; 2) costura/pactuação entre os atores da academia e da gestão para viabilizar o Pró-Saúde e 3) efeitos do Pró-Saúde nos cenários de prática à luz da atenção integral à Saúde. Como resultados podemos afirmar que há muitos pontos em comum entre as propostas do PROMED e as do Pró-Saúde, ao passo em que a primeira versão da PNEPS apresentou baixa permeabilidade no âmbito local, influenciando as ações do Pró-Saúde mais no uso de conceitos e teorias do que na adoção de estratégias de operacionalização. A pactuação entre os atores da academia e do serviço, por sua vez, sinalizou desafios que passaram pelas questões político-partidárias; pela demanda de formação dos preceptores da rede e, ainda, pela disputa entre os princípios do SUS e os interesses do mercado. Sobre as repercussões para a atenção integral, a incidência do Programa nos fala de oportunidades criadas ao longo de sua vigência, ao passo que também foi marcado por oportunidades perdidas quando nos referimos ao curso médico, fazendo-se necessário, pois, que a integração ensino-serviço esteja amparada institucionalmente pelos os atores envolvidos nesta articulação, para além de dispositivos indutivos ao modo do Pró-Saúde.

Palavras-chave: Formação em Saúde. Integração ensino-serviço. Pró-Saúde.

ABSTRACT

LEÃO, Luciana Melo de Souza. The *Pró-Saúde Program and the UFPE Medicine Course:* the influence of the political movement for integrated teaching-service based. 2016, 158p. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Concern with education and student practices appears to go hand in hand with the ideals of many activists who call for a more equitable and accessible healthcare system. Rethinking and diversifying the settings for learning/teaching may be an important tool for broadening conceptions of the health-disease process learnt by students, given that, on the one hand, change of setting throughout education does not *per se* guarantee a rethinking of a health service rationale geared towards the interests of the market. Based on policies aiming to promote change in education, the National Program for Reorientation of Teaching in Health (Pró-Saúde) is organized around three axes: theoretical orientation; practical settings and pedagogical orientation. The present study restricts itself to the second of these and aims to investigate the process of adoption of Pró-Saúde by the Federal University of Pernambuco (UFPE) Medicine Course and its repercussions for the dialogue between academia and health services. The methodological steps involved a review of literature on the subject, consultation of official and non-official documents on policies and initiatives that envisage closer ties between academia and the health services network, and the construction of a timeline to help understand and chronologically and politically map relevant events. The primary source was 24 semi-structured interviews with university and health service stakeholders and a roundtable conversation involving 21 UFPE medical students. Data analysis was then organized around three themes: 1) the effects of policies prior to Pró-Saúde in relation to teaching-service integration 2) ties/pacts between academia and management to effect Pró-Saúde and 3) the effects of Pró-Saúde on practical settings in the light of integral health care. The results show that the PROMED and Pró-Saúde proposals have many points in common, since, while the first version of the PNEPS had low permeability at local level, it did influence Pró-Saúde more in terms of concepts and theories than in the adoption of operationalization strategies. Pacts between academia and health services have posed challenges regarding partisan politics, the need for training of network tutors, and conflicts between Brazilian National Health Service principles and the interests of the market. In terms of repercussions for integral care, the incidence of the Program indicates the opportunities created during its implementation and those missed by the Medicine Course, showing that there is a need for integration of teaching and services to be institutionally supported by the actors involved in forging these links beyond incentivizing tools such as Pró-Saúde.

Key-words: Medical training. Integration of teaching and services. Pró-Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENO	Associação Brasileira de Odontologia
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AES	Articulação Educação-Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CFM	Conselho Federal de Medicina
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COFEP	Colegiado de Formação e Educação Permanente
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DA	Diretório Acadêmico
DAMUC	Diretório Acadêmico Humberto Câmara Neto
DCE	Diretório Central de Estudantes
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DMS	Departamento de Medicina Social
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DS	Distrito Sanitário
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família

FABS	Fundamentos da Atenção Básica à Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
IVD	Índice de Valorização de Desempenho
HC	Hospital das Clínicas
HUE	Hospitais Universitários de Ensino
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NUTES	Núcleo de Telesaúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PET- Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROESF	Programa de Expansão do Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PEPS	Pólo de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP	Projeto Pedagógico
PROACAD	Pró-Reitoria para Assuntos Acadêmicos
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas

PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SIAB	Sistema de Informação sobre a Atenção Básica
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPE	Universidade de Pernambuco
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde
UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco
UNINASSAU	Centro Universitário Maurício de Nassau
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1.	**OS MOVIMENTOS PRÓ MUDANÇAS NA FORMAÇÃO: OS CAMINHOS INSTITUCIONAIS E MARGINAIS DO DIÁLOGO DA ACADEMIA COM OS SERVIÇOS**.....	20
1.1	**A pauta da formação e as concepções de saúde-doença no processo de ensino-aprendizagem**.....	20
1.2	**O papel dos projetos IDA, do programa UNI e da Rede Unida na articulação ensino-serviço**.....	28
1.3	**A Reforma Curricular e a atuação da Cinaem**.....	32
1.4	**O dispositivo do PROMED**.....	36
1.5	**A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**.....	38
2.	**O PRÓ-SAÚDE E OS DESAFIOS ATUAIS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**.....	44
2.1	**A chegada do Pró-Saúde**.....	44
2.2	**Propósitos e objetivos do Pró-Saúde**.....	45
2.2.1	Pró-Saúde II: propostas revistas e ampliadas.....	49
2.3	**O lançamento do Pet-Saúde**.....	51
2.4	**Pró-Pet: o encontro do Pró-Saúde e do Pet- Saúde**.....	52
2.5	**Os desafios da Integração Ensino-Serviço**.....	53
2.6	**Os cenários de prática e a formação para o SUS?**.....	56
3.	**O PRÓ-SAÚDE NO CURSO MÉDICO DA UFPE**.....	59
3.1	**O Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE**.....	59
4.	**OS PASSOS METODOLÓGICOS**.....	71
4.1	**Abordagem do espetáculo: a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva à luz do construcionismo social**.....	71
4.2	**O objeto da dança ou o que busca a coreografia?**.....	75
4.3	**Área do estudo e sujeitos: o palco e os bailarinos**.....	78
4.4	**Fontes de Informação: a inspiração e a edificação do espetáculo**.....	80
4.5	**Construção da análise: a trilogia que rege a dança**.....	82
5.	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**.....	84

5. 1. **Os rebatimentos de políticas e programas anteriores ao Pró-Saúde: o olhar sobre o PROMED e sobre a primeira versão da PNEPS**..... 84
5.1.1 As Incidências do PROMED no Pró-Saúde do Curso Médico da UFPE..... 84
5.1.2 Vestígios da PNEPS (1° versão) no Pró-Saúde do Curso Médico da UFPE..... 87
5.2 **O processo de pactuação entre os atores da academia e da gestão com a chegada do Pró-Saúde**..... 94
5.2.1 Os desafios da integração ensino-serviço: o que há e o que escapa ao Pró-Saúde?. 100
5.2.2 Qual o papel atribuído ao Pró-Saúde no processo de integração ensino-serviço no Curso Médico da UFPE?..... 110
5.3 **Em busca de uma formação que se aproxime da abordagem biopsicossocial**... 112
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 122
REFERÊNCIAS..... 125
APÊNDICE A - Roteiros de Entrevista..... 135
APÊNDICE B - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido..... 141
APÊNDICE C - Roteiro da Roda de Conversa..... 155
ANEXO - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... 156

INTRODUÇÃO

> Temas de investigação não fazem fila democrática para serem estudados. Somos nós que lhe damos vida ao formularmos nossas perguntas. Ou seja, as escolhas que fazemos de temas e as questões que lhes dão forma são, em última instância, opções políticas.
>
> *Spink & Spink*

A preocupação com a formação dos estudantes da área da saúde parece acompanhar o ideário de luta de muitos atores que se debruçaram em prol de um sistema de saúde mais equânime, acessível e preparado para responder às 'necessidades'[1] de saúde da população.

Alguns desses atores buscaram refletir sobre a importância da educação na saúde e de sua relação com os serviços, para se galgar, em última instância, a constituição de novos sujeitos. Novos sujeitos que, ao longo da formação, pudessem entrar em contato, não apenas com a estrutura hospitalocêntrica equipada para o ensino, mas com a vida em sua dinâmica, suas demandas, contingências e contradições.

Investigar, pois, a dinâmica dessas costuras pode representar a oportunidade de se refletir sobre o processo de formação dos futuros profissionais de saúde e sobre os cenários de prática construídos como dispositivos de aprendizagem, os quais, via de regra, costumam simbolizar a perspectiva de sujeito vigente, a organização do sistema de saúde em curso, assim como, os interesses e as concepções dos grupos que ocupam a gestão das pastas relativas ao campo da educação na saúde.

Nesta esteira, é possível perceber que a atual ideia de integração ensino-serviço ou integração ensino-trabalho, como propõem algum autores, foi adubada por diversas iniciativas e experimentações influenciadas pelas concepções do processo saúde-doença da respectiva época e pelas disputas políticas travadas neste campo.

Considerando que as nossas vivências e inserções profissionais guardam estreita relação como o que nos move e impulsiona no plano das ideias e curiosidades acadêmicas, minha inserção como estagiária de uma ONG logo no início da graduação em psicologia, desenvolvendo ações de formação para 'dentro' e para 'fora' da instituição, certamente permitiu o contato e o descortinamento de um vasto campo de práticas e experiências que

---

[1] Sobre a concepção de necessidade tomaremos emprestada a perspectiva de Camargo-Borges (2014, p. 353) ao afirmar que: há diversas versões de necessidades, característica de um contexto particular, vivenciada e compartilhada por pessoas que coordenam suas práticas discursivas e constroem seus diálogos. Também partilhamos da preocupação apontada por Camargo Junior (2003) ao apontar que a ideia de 'necessidades de saúde' imprimida por agentes socialmente reconhecidos como os médicos pode tentar camuflar interesses dos setores da indústria e do comércio da saúde em busca da expansão de seus mercados.

muito enriqueceram a minha formação básica e o meu olhar sobre as coisas da vida e parecem estar fortemente atreladas ao caminho teórico-metodológico escolhido neste momento.

A experiência como professora substituta do Departamento de Medicina Social (DMS) da UFPE também foi outra vivência 'divisora de águas' na aproximação e interesse pelo tema. Os relatos dos estudantes, ao visitarem instituições governamentais e não governamentais que desenvolviam atividades junto a populações vulneráveis, pareciam muito potencializadores e propulsores de reflexões críticas acerca do processo saúde-doença dos respectivos grupos visitados.

Levei, inclusive, certo tempo para perceber que o *lócus* dos hospitais se constituía como um campo de prática da formação. Por ser tão nauralizado no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, os hospitais não me chamavam a atenção como um espaço de interlocução dos conteúdos teóricos com o exercício das práticas. A 'parte prática', para mim, dizia respeito aos encontros dos estudantes com experiências que ultrapassassem o universo da academia, especialmente aqueles pouco comuns ou pouco valorizados nas disciplinas mais ortodoxas dos cursos de saúde - encontros com pessoas e situações que comumente não fazem parte do universo de estudantes de classe média, comumente, pouco 'porosos' à realidade e ao cotidiano dos não considerados como 'seus'.

Aqui me apercebo, quase desapercebidamente, de uma certa contradição ou de um borramento de processos – trabalho como psicóloga/ sanitarista de um hospital de ensino (HC-UFPE) e neste âmbito, além de realizar acompanhamento psicológico no setor de saúde mental, costumo orientar estagiários que tem as suas atividades desenvolvidas no próprio hospital, por outro lado, também é verdade que elas são complementadas e enriquecidas com inserções 'do mundo de fora'. Bom, de todo modo, a questão sobre qual o papel dos hospitais de ensino no processo formativo também será tocada neste estudo.

Por fim, não poderia deixar de mencionar as disciplinas de Pesquisa-ação e Estágio Básico em Psicologia Social que ministro atualmente em uma faculdade privada, as quais também concorrem para a minha creditação na importância das interlocuções "extra-muros".

Eis então o desafio, como atrelar o desejo de estudar o papel e o engendramento desses 'encontros' na formação dos estudantes a um escopo teórico-metodológico que o sustentasse? Considerando essa busca, expressões emitidas como os "as oficinas dos Pólos de Educação Permanente", "reunião do Pró-Saúde[2] com o pessoal do serviço", "é o pessoal do

[2] Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

PROMED[3]", escutadas até então, desinteressadamente, no espaço do DMS, passaram a aguçar a curiosidade e a darem pistas dos possíveis caminhos a seguir.

No debruçamento sobre o tema, chamou a minha atenção a 'descoberta' de tantas iniciativas que pautavam a integração do ensino com os serviços: a Integração Docente-Assistencial (IDA); a proposta UNI, a criação da Rede Unida, o movimento pela Reforma Curricular, o lançamento do PROMED, a experiência dos Pólos de Educação Permanente e, mais recentemente, a chegada do Pró-Saúde.

O 'borramento' e a heterogeneidade dos atores envolvidos nessas propostas também merecem relevo. Departamentos acadêmicos, fundações de fomento na área da saúde, representantes da sociedade civil, gestores e profissionais dos Ministérios da Saúde e da Educação, são algumas das vozes que, com maior ou menor poder de vocalização, vem tecendo iniciativas e experiências neste vasto campo.

Merece destaque, entretanto, a discussão que desvela a existência de dois posicionamentos sobre a formação em saúde: um que tem a expectativa de que os processos formativos sejam revistos a partir das transformações na organização do sistema de saúde e o outro que postula as mudanças a partir de 'dentro', ou seja, defende que as mudanças na formação sejam criadas para, então, incidir sobre o modelo de atenção e sobre as concepções hegemônicas de cuidado e assistência na saúde (REZENDE, 2013).

Nesse sentido, a autora acima localiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a criação dos Pólos de Educação Permanente (PEPS) como estratégias que traduzem a corrente defensora da mudança 'por dentro', especialmente por buscarem inovar em relação ao que vinha sendo pensado e traçado no campo da formação na arena governamental.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde nasceram com a proposta de agregar e articular, através de uma gestão colegiada, diferentes atores: instituições de ensino; serviços de atenção, estruturas de gestão da saúde, órgãos de controle social e de um modo de fazer calcado em uma metodologia dialógica e horizontalizada (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Considerando a respectiva configuração, uma das marcas do caminho trilhado pela PNEPS foi a tentativa de não polarizar o universo da formação e o universo do trabalho, nesse sentido cabe destacar a influência do movimento da Rede Unida que, ao pautar a viabilidade e

[3] Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas.

a importância do diálogo entre a academia e os serviços levou para o plano governamental a experiência acumulada até então (REZENDE, 2013).

O modo como as ações eram financiadas também foi revisto quando da vigência da Política de EPS – não havia o lançamento de editais, como de costume. O recurso chegava a partir da construção coletiva da proposta nas rodas dos Pólos e a equipe do Ministério da Saúde tinha a perspectiva de atuar junto aos atores para contribuir com o aporte técnico e pedagógico.

Nesta esteira, também é importante ressaltar a existência de duas "versões" da Política Nacional de Educação Permanente[4], uma que se inicia com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003 e se estende até 2005 e a outra que passa a vigorar a partir deste período. As mudanças nos rumos da PNEPS se deram a partir da mudança do então ministro da saúde e, como rebatimento, toda a equipe técnica da SGTES foi substituída.

Assim, a implementação dos Pólos, a mudança no modo de apoio financeiro e as concepções que acompanharam tais dispositivos, localizados na primeira "versão" da respectiva política, foram revistas pelo novo grupo. Este grupo foi o responsável, dentre outras propostas, pela criação do Pró-Saúde.

Voltado para fomentar mudanças tanto no processo de trabalho, como no processo formativo, o Pró-Saúde foi, entre 2005 e 2014[5], o programa da SGTES responsável pelas iniciativas de diálogo entre os universos do ensino e do serviço e, segundo a política do Programa trata-se "da maior e mais consistente iniciativa de mudanças de ensino em curso no mundo" (BRASIL, 2007, p. 06), assim, pelo lugar institucional que ocupa frente a este debate, assumiu o interesse do presente estudo.

Considerando que o Programa não opera no plano local do "zero", mas a partir de um caminho construído, o estudo buscou investigar se houve repetição das estratégias anteriormente lançadas (a exemplo das iniciativas do PROMED e da PNEPS em sua primeira

[4] A adoção das expressões 1° e 2° versão da PNEPS se baseou na discussão de Rezende (2013), a qual, por sua vez, não tem o propósito de esvaziar as intencionalidades e as iniciativas que conferem especificidades a tais políticas, como apontam Baptista & Mattos (2011, p. 68): "assumimos que a identificação de um enunciado de política não pode se militar ao tempo imediato do enunciado, mas aos sentidos, saberes, e práticas históricas que dão sentido ao enunciado no tempo. Os enunciados de uma política podem ser melhor compreendidos se reconhecermos as disputas históricas em torno dos conceitos, pois todo enunciado de política tem uma história, uma trajetória; um enunciado de política não aparece do nada".

[5] É importante registrar que no respectivo período três editais do Programa foram lançados (2005; 2007 e 2011)com propósitos que foram se adequando à conjuntura operacional, política e ideológica de cada momento.

“versão”); se houve a introdução de novos aspectos ou se não houve alteração quando nos referimos às políticas de articulação da academia com os serviços.

Para tanto, algumas perguntas acompanharam o respectivo processo investigativo: qual a relação entre os atores, em especial os do curso médico, que fizeram parte da história de revisão dos currículos e dos Pólos de Educação Permanente (UFPE), com a atual proposta do Pró-Saúde? Quais as intercessões entre a Política Nacional de Educação Permanente e o lançamento do Pró-Saúde, considerando as costuras e os possíveis dissensos? Como o Pró-Saúde incide nos cenários de práticas adotados e na pactuação da academia com os serviços?

O conjunto das questões acima se voltou para o contexto local - como o Curso Médico da UFPE foi afetado com o lançamento do Pró-Saúde, considerando o conjunto de atores, seus interesses e perspectivas político-ideológicas sobre o SUS, buscando compreender assim, como as inflexões deste Programa rebateram nas costuras e negociações locais, com ênfase na questão da integração ensino-serviço.

Em síntese, o objetivo geral deste estudo procurou investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo Curso Médico da Universidade Federal de Pernambuco e seus rebatimentos no diálogo da academia com os serviços e, como objetivos específicos se propôs a: 1) descrever as iniciativas de mudanças na formação em saúde, anteriores ao Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço; 2) analisar a proposta do Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE e seus rebatimentos sobre as costuras e negociações locais, com ênfase na questão da integração ensino-serviço; 3) apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

O caminho metodológico, por sua vez, contou com a revisão bibliográfica sobre o tema; o levantamento de documentos oficiais e não oficiais sobre as políticas e iniciativas que aspiravam maior aproximação da academia com a rede de serviços, assim como, com a construção de uma linha do tempo para melhor compreender e mapear cronológica e politicamente os respectivos acontecimentos. Ademais, foram realizadas 24 entrevistas voltadas para atores da academia e dos serviços e uma roda de conversa com a participação de 21 estudantes do Curso Médico.

Por fim, a estrutura deste trabalho está dividida em cinco capítulos. O primeiro deles, voltado para a compreensão dos principais movimentos pró-mudança na formação em saúde, com destaque para as iniciativas relacionadas à integração ensino-serviço; o segundo capítulo busca localizar a proposta do Pró-Saúde e seus desdobramentos políticos e operacionais; o terceiro, por sua vez, descreve a experiência do Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE, contando, já neste momento, com a contribuição dos participantes da pesquisa e o quarto e o

quinto capítulos dizem respeito, respectivamente, ao desenho metodológico adotado no estudo e aos resultados e discussão dos achados do “campo”, seguidos das considerações finais.

1. OS MOVIMENTOS PRÓ MUDANÇAS NA FORMAÇÃO: OS CAMINHOS INSTITUCIONAIS E MARGINAIS DO DIÁLOGO DA ACADEMIA COM OS SERVIÇOS

1.1 A pauta da formação e as concepções de saúde-doença no processo de ensino-aprendizagem

Para Albuquerque *et al*. (2008) a reorganização dos sistemas de saúde, a reforma da universidade e o processo de descentralização político administrativo do Estado podem ser apontados como fatores decisivos para um movimento de readequação da formação e do trabalho dos profissionais de saúde na América Latina.

No Brasil, há mais de duas décadas, é possível perceber que as questões relativas à formação ocupam lugar de relevo tanto nas conferências nacionais de saúde como nas conferências de recursos humanos, além de se imprimir nos textos legais do SUS:

> As preocupações com a formação de recursos humanos para o setor público de saúde esteve presente no cenário político de concepção do Sistema Único de Saúde, incluindo na Constituição Federal de 1988, a atribuição da saúde em ordenar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nas graduações e a importância da integração ensino-serviço (DIAS *et al*., 2013, p. 1615).

Rezende (2013) afirma, entretanto, que a 4ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1967, já sinalizava preocupação com a problemática da formação na agenda governamental, sendo considerado um importante momento para a conformação deste campo. Segundo a autora, a respectiva conferência ocorreu em meio à ditadura militar, se voltou mais para as questões do curso médico e contou com grande participação das universidades e dos atores da educação, sob forte influência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

É possível perceber, nesse sentido, que a pauta da formação não é recente, por outro lado, a experiência acumulada ainda aponta para a necessidade de mudanças nas estratégias de ensino e na adequação desses profissionais à realidade dos sistemas de saúde (NEVES & SPINELLI, 2008). Nesta esteira, Machado; Vieira e Oliveira (2015) afirmam:

> Se não há dúvidas no tocante às significativas conquistas obtidas nos planos jurídico, administrativo e institucional, com o objetivo de sustentar o SUS, é certo também que persiste uma formação inadequada dos profissionais que atuam ou que irão atuar no sistema. Decorridos tantos anos e acumuladas seguidas intenções em relação à construção do SUS, perduram as dificuldades para desenvolver as práticas integrais de promoção, prevenção e atenção à saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA 2015, p. 300).

Temos, por outro lado, muitos autores que reforçam a importância da seara da formação frente ao seu potencial de inovação e produção de novas práticas apostando, para tanto, na contramão do que se encontra na maior parte dos cursos de saúde – perspectivas de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde (CECCIM & CARVALHO, 2001; ALMEIDA *et al.*, 2007).

Considerando as possibilidades de revisão do modelo formativo, parece que o diálogo entre o ensino e o serviço e as incursões práticas previstas nas disciplinas dos cursos de saúde foram, podemos dizer, se ampliando ao longo do tempo a partir de iniciativas mais locais como os projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) até experiências mais abrangentes, como a expansão da Atenção Básica no Brasil, requerendo, assim, novos olhares sobre os cenários de prática possíveis o que, por sua vez, também tem rebatido na necessidade de reflexão sobre o processo saúde-doença que os acompanha.

Dentre as críticas aos entendimentos sobre o processo saúde-doença que ainda incidem nos cursos de graduação em saúde, Cecim e Carvalho (2011), por exemplo, chamam a atenção para a ideia de ‘corpo’ que perdurou nos séculos XVII e XVIII na Europa. O ‘corpo’ neste período era considerado instrumento de produção, suscetível a todo um protocolo de procedimentos e condutas de intervenção. A comparação do corpo com o funcionamento de um relógio ou de um carro, advém desta época, revelando a forte análise mecanicista e organicista de tal concepção.

Ao balizar as concepções de ‘corpo vivo’ e de ‘corpo morto’, os autores acima afirmam que a maior parte dos currículos oferecem as disciplinas biológicas antes daquelas que poderiam suscitar a compreensão dos sentidos e da subjetividade que acompanham os sinais e sintomas da doença. Assim, o ‘corpo morto’, é desvelado e privilegiado nas disciplinas de anatomia, através dos quais toca-se e apreendem-se dos corpos seus órgãos e sua citologia, não sua dinâmica, seus estados, seus afetos:

> O estudante observa, toca, analisa e discute a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica, em detrimento dos afetos, das implicações e das inscrições da experiência do viver (CECCIM & CARVALHO, 2011, p. 71).

O contato e a interação com o ‘corpo vivo’ aparecem apenas no final do currículo, expressos através dos estágios supervisionados, internatos e treinamentos clínicos. O vínculo tardio com a dinâmica das ações e serviços de saúde terminará, segundo os autores, por enfraquecer a construção de práticas cuidadoras que prezem pelas compreensões, alegrias e necessidades do ‘corpo vivo’.

Seguindo esta linha de entendimento, Ribeiro (2000) ressalta que no cotidiano das escolas parece se sobressair um outro contexto, tecido nos cenários das enfermarias e das salas de aula, sobre os quais pouca permeabilidade se apresenta às contradições do mundo lá fora.

Certamente, tal paisagem retrata a tradição pedagógica que persiste na formação dos cursos da área da saúde, a qual foi fortemente influenciada pelos estudos de Flexner, desenvolvidos nas décadas de 1910 e 1920. Mais conhecido como o Relatório Flexner, este documento, segundo Pagliosa & Da Ros (2008) rebateu decisivamente sobre a mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos, com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

Na América Latina, foi a partir da década de 50 que as faculdades de medicina passaram a incorporar as diretrizes e os conteúdos do modelo Flexeneriano. Nesta esteira, com o advento da Reforma Universitária, implementada em 1968 em meio ao regime militar, “oficializou-se a separação entre o currículo básico e o profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos, favorecendo a lógica do complexo médico-industrial” (KOIFMAN, 2001, p. 56). E quais eram as principais linhas de pensamento deste modelo?

> Desde o relatório Flexner temos na seleção dos conteúdos, metodologia e formas de avaliação a hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino da saúde, uma educação dos profissionais de saúde marcada por uma ciência das doenças, um corpo entendido como um território onde evoluem as enfermidades e uma clínica como o método experimental da restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos (CECCIM & CARVALHO, 2011, p. 71).

Para Koifman (2001), uma vez explicado pela química e pela física, o modelo biomédico não se utiliza do vocabulário das ciências sociais e humanas para compreender o processo saúde-doença. A abordagem técnica da saúde, baseada na concepção mecanicista do organismo humano, parte da ideia de que a doença é uma avaria mecânica e, portanto, passível de ser ‘consertada’ através da ciência e das tecnologias médicas.

Partindo desta perspectiva, consolida-se o modelo hegemônico da prestação e da organização da assistência à saúde, concentrando-se nos hospitais o *locus* das práticas

orientadas pela busca constante da unicausalidade das doenças (KOIFMAN & SAIPPA-OLIVEIRA, 2006; 2011; CECCIM & CARVALHO, 2011) além de defendê-los, segundo Ribeiro (2000), como espaços capazes de ofertar os melhores recursos de que a ciência dispõe para os seus pacientes.

Por outro lado, surgem também nos EUA, outros movimentos, a exemplo da medicina preventiva, da medicina integral e da medicina comunitária que alcançaram repercussões distintas no Brasil (PEREZ, 2004) e que, em maior ou menor grau e a partir da adoção de diferentes caminhos, terminaram por reproduzir a perspectiva da racionalidade médica científica

Sobre a medicina preventiva, é importante ressaltar o papel de indução da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no sentido de estimular o movimento preventivista[6], tanto na América Latina como no Brasil (SOBRINHO, 1995, p. 38). Este movimento, segundo Perez (2004) passou a ter, no nosso país, forte repercussão e grande institucionalização especialmente através da criação generalizada de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas, após a reforma universitária, ocorrida em 1968.

Por outro lado, em que pese a importância das disciplinas oferecidas por alguns destes departamentos para o desenvolvimento de uma prática médica mais coerente, calcada numa visão integral do indivíduo, tais iniciativas conseguiram rebater muito pouco nos currículos médicos, não alcançando assim, mudanças significativas no conteúdo ou na orientação da prática médica (PEREZ, 2004).

> Na competição interna, muitas vezes não explicitada, entre as disciplinas especializadas de grande apelo e dominadoras do mercado e o discurso teórico, com freqüência, pouco efetivo, da área de preventiva e social, não foi difícil identificar o lado vitorioso. O que se verificou, de fato, foi o isolamento dessa área nos cursos como um todo, assim como a frágil aproximação com os serviços, sem atingir o impacto desejado no modelo de formação e na atenção à saúde (BRASIL, 207, p. 15).

É importante destacar que alguns departamentos de medicina preventiva desenvolveram críticas ao modelo de história natural da doença, trazendo para o debate a questão da história social, ou melhor, o reconhecimento da determinação social da doença.

---

[6] Perez (2004. p.09) discorrendo sobre as origens do movimento preventivista aponta que: para Arouca, em "O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva", o discurso da medicina preventiva, surge como herdeiro de três vertentes: a higiene, no século 19, relacionada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 30 e 40 do século XX; e a da redefinição das responsabilidades médicas na educação profissional. Considerando a difusão de interesses que confluem para o nascimento da medicina preventiva, Mattos (2011) chama a atenção para a importância de se diferenciar o uso prudente das técnicas e estratégias de prevenção, daquelas que buscam expandir, sem pudor, o uso de prescrições, de bens e serviços de saúde em nome da boa prática médica.

Tais visões críticas se associaram a uma retomada da medicina social e se desenvolveram muito nas pós-graduações de medicina preventiva e social (residências e estrito senso). Contudo, no que tange à graduação, tais disciplinas não conseguiram superar o isolamento já mencionado.

Sobre o movimento da medicina integral no Brasil, associada num primeiro momento à medicina preventiva, Mattos (2001) afirma que, dentre outros aspectos, buscava colocar em cheque a postura pouco abrangente dos médicos frente aos seus pacientes:

> Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram. Isso significava ao mesmo tempo a impossibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes (MATTOS, 2001, p. 47).

Ademais, o foco das discussões do movimento da medicina integral girava em torno do ensino médico, com críticas voltadas a um ensino fortemente alinhavado a um currículo que privilegiava o laboratório e o hospital como *locus* privilegiado de aprendizado (MATTOS, 2001).

Partindo deste entendimento, a revisão e a reforma dos currículos despontam como caminhos importantes a fim de proporcionar a "formação de médicos com atitudes menos reducionistas e menos fragmentárias, médicos que fossem capazes de aprender com seus pacientes e suas necessidades de modo integral" (MATTOS, 2001, 47).

Porém, o movimento da saúde coletiva, influenciado pela medicina integral, pela medicina preventiva e pela medicina social, chama a atenção de que a postura e o comportamento dos médicos não devem ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas, como ressalta Mattos (2001):

> Uma das premissas básicas da saúde coletiva era a de considerar as práticas em saúde como práticas sociais e, como tal, analisá-las. Ao fazê-lo, a saúde coletiva foi reconfigurando o eixo de interpretação típico da medicina integral: o comportamento dos médicos (e suas atitudes fragmentárias e reducionistas) não deveriam ser atribuídos exclusivamente às escolas médicas. Quer através de uma matriz de base no pensamento marxista, que ressaltava as mudanças nas relações de trabalho – a crise de uma medicina tipicamente liberal e o crescente assalariamento dos médicos -, quer através de uma leitura das articulações entre Estado, serviços de saúde e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos – cristalizada na noção de complexo médico-industrial - , o peso atribuído às escolas médicas na produção daquela fragmentação e naquela postura reducionista foi sendo relativamente minimizado (MATTOS, 2001, p. 48).

Surgem a partir daí dois movimentos polares, que defendem, por um lado, a necessidade de superação da racionalidade médica - baseada na medicina anátomo-patológica a qual, segundo o autor acima, não se produz, mas se reproduz na escola médica e, no outro extremo, o movimento que apostava na desconstrução interna, realizada por dentro das instituições de ensino defendendo, como um dos caminhos nesse sentido, as mudanças curriculares.

O debate acima parece particularmente relevante para o presente estudo, uma vez que coloca em relevo a discussão sobre os limites da formação, considerando seus conteúdos, orientações pedagógicas e também cenários de prática. Entretanto, partimos do entendimento de que mudanças nesta arena, ou seja, na educação médica e na prática dos profissionais de saúde podem representar, como afirma Perez (2004) partes integrantes do movimento de transformação da própria saúde da população.

Voltando à linha do tempo, a década de 70, por sua vez, desponta com a tentativa de resgatar a história das comunidades no ensino da saúde, considerando a importância de se buscar compreender as expressões culturais locais e os respectivos rebatimentos no processo saúde-doença das comunidades (CECCIM & CARVALHO, 2011) servindo, inclusive, de inspiração para que alguns departamentos de medicina preventiva buscassem construir campos de prática alternativos ao sistema de saúde vigente. Sobre tal movimento, o da medicina comunitária, Perez (2004) acrescenta que:

> Para conter os custos da medicina com a explosão tecnológica e a multiplicidade de especializações, surge nos EUA o movimento da medicina comunitária, como política social, cujo propósito é atender os grupos sociais de baixa renda, que se encontravam excluídos do acesso à assistência médica. Esse movimento difunde-se na América Latina, no início de 1970, com o apoio de agências internacionais de saúde, visando o cuidado médico relacionado às necessidades da população. Ao compatibilizar a extensão de serviços com os custos crescentes da assistência médica, reconhece a necessidade da simplificação tecnológica nas práticas de atenção à saúde, considerando as evidências epidemiológicas que apontam para a maior prevalência de doenças mais simples nas populações. A essa altura, as escolas médicas que se orientam para a formação de especialistas, não dão conta em atender às demandas dos serviços que carecem de médicos de formação geral (PEREZ, 2004, p 10).

É neste momento, de acordo com Rezende (2013) que começa a aparecer a discussão em torno dos cenários de prática voltados para a formação dos futuros médicos, considerando especialmente a ausência de integração dos Hospitais Universitários de Ensino (HUE) com a rede de atenção à saúde. Para a autora:

> O argumento principal utilizado para defender a integração à rede de serviços, por intermédio dos planos de saúde de âmbito estadual ou regional, era o de que, na

> ausência dessa integração, ficavam os serviços universitários sujeitos à solicitação premente de doentes que ali apareciam espontaneamente, sem nenhuma triagem anterior, que não podiam ser considerados de particular interesse para o ensino e a pesquisa, tampouco se incluíam entre os mais indicados para atendimento em unidades tão caras e complexas. Disso resultava considerável baixa no rendimento dos serviços, atravancados de pacientes que seriam melhor atendidos se freqüentassem unidades na própria vizinhança, onde a assistência necessária seria mais simples e barata (REZENDE, 2013, p. 70).

Outro aspecto, nesse sentido, tratava-se do fato das faculdades de medicina, a partir da década de 60, estarem recebendo turmas cada vez maiores, em detrimento do número de leitos mantidos com dotação orçamentária própria, o que poderia afetar a proporção aluno-leito e comprometer as oportunidades de aprendizado. Assim, a possibilidade de ampliar as atividades de ensino-aprendizagem via a utilização dos serviços comunitários, sem onerar significativamente as despesas, passou a ser ventilada (REZENDE, 2013).

É importante ressaltar aqui que antes da interlocução dos cursos médicos com os serviços "menos complexos" da rede de atenção, a relação com os serviços prestados no próprio hospital também foi sendo revista no decorrer do tempo. Nesse sentido, inúmeros convênios e portarias[7] foram criados a fim de resignificar a perspectiva hospitalocêntrica – fortemente influenciada pelo hábito dos professores selecionar casos raros e sofisticados que respondessem aos interesses científicos e pedagógicos do ensino médico, muitas vezes inclusive comprometendo a habilidade dos futuros profissionais em lidar com pacientes acometidos por doenças mais freqüentes - bem como de, segundo Wanderley & Moreira (2012, p. 10) "ampliar a cooperação dos hospitais de ensino com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas aí realizadas".

Deste modo, vale destacar que a maior aproximação com o ensino ambulatorial e o paulatino exercício de práticas 'extra-murais' apontam que o processo de integração ensino-serviço foi acontecendo de maneira gradual, muito antes das iniciativas do PROMED e do

---

[7] Dentre as quais destacamos: a portaria MEC/MPAS (Nº 15, de 22/5/87) que estabelece, no âmbito do Convênio MEC/MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho (IVD), voltados para hospitais universitários e de ensino a fim de expandir a participação nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e em programas de intensivo extra-murais, assim como para estimular a formação de médicos gerais; a portaria SNAS/MS (Nº 15, de 08/01/91) que cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS); a portaria SAS/MS (Nº 95, de 9/6/94) que determina que o fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS, utilizado para os hospitais universitários - PRT/SAS/MS Nº 32/93 - cabe à totalidade dos hospitais de ensino que se adequarem aos critérios estabelecidos; a portaria GM/MS (N° 2.892, de 9/6/98) que dispõe sobre a gestão dos Hospitais Universitários do SUS; a portaria GM/MS (N° 3.459, de 14/8/98) – estabelece que os Hospitais Universitários e de Ensino - HUES - que recebem FIDEPS podem integrar os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, recebendo o adicional de 50% e o FIDEPS simultaneamente, mas não cumulativamente. Além das portarias mais recentes que versam sobre o processo de certificação dos hospitais universitários.

Pró-saúde, que aparecem com o propósito de fortalecer, especialmente, o cenário da atenção básica.

Do ponto de vista do contexto histórico, muitas forças, ideológicas e políticas, coexistiram nesse período – havia a presença viva da ditadura no país, traduzida na concepção e na prática do "assujeitamento dos corpos", por outro lado, junto aos ditames do pensamento militar também existia a contracorrente representada por alguns sanitaristas que colocavam em cheque determinadas práticas profissionais no campo da saúde. Nascia aí, de acordo com Ceccim & Carvalho (2011) o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Diferentemente da corrente da Saúde Pública que não colocou em relevo questões relacionadas às desigualdades sociais, o movimento da Reforma Sanitária procurava se posicionar criticamente sobre os recursos abundantes para o setor privado e sobre a qualidade da assistência oferecida aos usuários, especialmente aos mais pobres.

Para ilustrar este período, cabe aqui o depoimento de uma militante, ex-aluna de Sergio Arouca, que viveu nesta época e que construiu junto ao seu grupo de pares experiências significativas de resistência:

> [...] De repente você tem um grupo aqui, de repente você tem um projeto de Medicina Comunitária institucionalizado apoiado pela Kelloggs, apoiado pela OPAS, com um conjunto de forças que eu diria progressistas, mas que estavam enfrentando a Ditadura, articulados com outros núcleos no país, então se fazendo realmente uma frente pela democracia (LAVRA, 2005, s/p.).

Parecia forte na saúde comunitária a preocupação em capilarizar os princípios da educação popular em saúde e em semear a cidadania para as pessoas e as populações. Nesse sentido, as bases dessa reforma puderam ser assistidas através de muitos projetos de extensão universitária sem, no entanto, conseguirem alterar de maneira significativa os currículos da formação. Para Ceccim & Carvalho (2011) geraram até mesmo uma certa dicotomia entre a área da *Clínica* e a área da *Saúde Pública* – a primeira responsável pelas ações individuais e a segunda voltada para as ações coletivas, de caráter preventivo e de promoção da saúde das populações.

Ao fim e ao cabo, no anos 80 identificamos um número maior de atores que passam a propor vivências que ultrapassassem o universo dos hospitais e se aproximassem das unidades básicas de saúde, valorizando assim, a noção de saúde integral, bem como, a incorporação de conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares.

Vejamos nesse sentido algumas iniciativas que brotaram nesse período e que muito contribuíram para o movimento crítico de se pensar a formação nas escolas médicas, movimento este imbricado com o movimento da reforma sanitária e o da saúde coletiva.

1.2 **O papel dos projetos IDA, do programa UNI e da Rede Unida na articulação ensino-serviço**

A partir da década de 80, pois, ao nos reportamos ao diálogo da academia com os serviços, localizamos com destaque a então denominada Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) frente à sua participação na expansão das experiências desta natureza (CECCIM & CARVALHO, 2011; BARBIERI, 2006).

Segundo Barbiere (2006), havia diferentes fóruns de discussão no cenário nacional e internacional, advindos de órgãos governamentais e não governamentais com interesse de repensar a formação dos cursos de saúde e, nesse contexto, a Rede IDA passa a ser reconhecida como um espaço privilegiado de ideias e propostas para o respectivo campo de integração.

O repertório das ações da Rede IDA[8] envolveu a inserção de estudantes em trabalhos voltados para grupos populacionais específicos, tais como, crianças, adolescentes e idosos, envolveu iniciativas junto à atenção primária em espaços urbanos e rurais, assim como também apareceram projetos preocupados com o desenvolvimento de tecnologias de gestão para o processo da Reforma Sanitária (ARAÚJO *et al*., 1996).

Feuerwerker & Marsiglia (1996) chamam a atenção de que o movimento IDA incorporou indicadores sociais e epidemiológicos às abordagens teóricas e impulsionou, a já citada, inserção extramural dos estudantes, considerando aí tanto os centros de saúde, como os hospitais. Os autores ressaltam também a existência de dispositivos legais a fim de estimular maior integração entre o ensino e os campos de prática, a exemplo da Portaria Interministerial do MEC/MPAS de 1987, apontada anteriormente, a qual previa incentivo financeiro para os hospitais através de um índice denominado: Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar. Nesse sentido, acrescentam:

---

[8] Segundo Chaves & Kisil (1999 *apud* DIAS, 2013, p. 1615) "o IDA contou com 86 projetos distribuídos por redes de programas no Brasil e em outros países da América Latina, ao longo da década [80]".

> Posteriormente foi definido um incentivo financeiro às unidades de ensino que desenvolvessem atividades fora do hospital universitário. Essa mesma portaria conjunta delegava à classificação dos hospitais para fins de recebimento do índice e recomendava que os convênios MEC/MPAS só fossem aplicados às unidades hospitalares que realmente desenvolvessem atividades conjuntas de ensino, assistência e pesquisa, e estivessem vinculadas a universidades, faculdades e escolas médicas. Na mesma ocasião, decidiu o MEC que os diretores de Centro de Ciências da Saúde das universidades deveriam gerenciar os recursos provenientes do Índice Adicional de Valorização – IAV e Capacitação Extramural, que incentivava as atividades das unidades de ensino fora do hospital. Esse dispositivo nunca chegou a efetivar-se e acabou provocando múltiplos atritos entre a direção dos hospitais universitários e as faculdades da área de saúde, no que diz respeito à utilização de recursos (FEUERWERKER & MARSIGLIA, 1996, p. 25).

Apesar dos dispositivos institucionais, na perspectiva de alguns autores, a resistência em ampliar os cenários de prática persistiu e, no entendimento dos mais críticos: "a grande maioria dos projetos permaneceram vinculados a uma atividade extensionista[9], de caráter experimental, complementar ao modelo hegemônico" (ARAÚJO *et al*. 1996, p. 89).

Os autores acima, recorrendo ao estudo realizado por Marsiglia (1995) chamam a atenção para o fato de que, quase 30% das propostas IDA se resumiam à própria universidade, no máximo, em diálogo com os hospitais universitários e, para além das restritas trocas intersetoriais também foi revelada a escassez de experiências que contemplassem a multiprofissionalidade.

Por outro lado, nas questões relativas às mudanças na formação, o impacto sobre o ensino foi o que mais apareceu nos resultados do estudo, especialmente na região sudeste, a qual congregava a maior parte das experiências e de combinações de apoios financeiros. Tais achados versaram sobre mudanças:

> Quanto ao modelo de ensino, currículo, novas unidades [de estágio], integração, relação aluno/paciente, capacitação docente, teses, ênfase na dimensão social do conhecimento (MARSIGLIA, 1995, p. 69).

---

[9] Em que pese possíveis limitações das atividades extensionistas, a depender de como são concebidas, parece bastante sugestivo o posicionamento de Bodernave (s/ano, p.02): ao defender: "a idéia de que a extensão universitária, por muitos considerada apenas como uma atividade quase que filantrópica que alivia o remorso sentido pela universidade de ser um micro clima privilegiado no meio de um mar de pobreza, desemprego e violência, a extensão univer-sitária na verdade é uma parte essencial da formação do estudante e, por conseguinte, deveria ser um componente estratégico e obrigatório do currículo. Neste sentido, a extensão universitária não seria um favor que a universidade concede à comunidade mas um favor que a comunidade oferece para a universidade ao permitir que os alunos, como parte de sua formação integral, aprendam a conviver com a realidade. Com isto, a universidade evita formar profissionais alienados e pouco realistas, o que termina comprometendo sua eficácia profissional, especialmente naquelas profissões como a medicina, a enfermagem, a sociologia, a agronomia, etc., que implicam um contato estreito e freqüente com pessoas e grupos sociais".

Ao mapear os caminhos percorridos pelos projetos IDA ao longo de 10 anos de vida, as autoras, integrantes da coordenação executiva da Rede à época, ressaltaram a importância de se investir no diálogo entre os projetos, privilegiando diferentes linhas de trabalho, tais como: *informação, gerência, avaliação, modelos assistenciais e comunicação social*, com o objetivo de dinamizar o processo de mudança das práticas pedagógicas e sanitárias, uma vez que:

> O sentido maior desta concepção é reduzir a distância entre a universidade e os serviços e destes com a Comunidade, não apenas em uma perspectiva racionalizadora de adequação mútua de processos institucionais (ensino-serviço) para garantir mais eficácia na relação destes com a população usuária, senão que isto seja um aspecto de mudança estrutural e comportamental das relações entre a Universidade, o sistema de serviços de saúde, as organização da sociedade civil e a população em geral (ARAÚJO *et al*., 1996, p. 92).

Parece que as ações e reflexões sobre as propostas IDA, no espaço de tempo de uma década, tomaram novos contornos. Afinal, o olhar sobre a comunidade e a sua respectiva participação nas iniciativas propostas, estavam presentes ou não? Se retomarmos a citação acima, parece muito claro o entendimento sobre a importância das aproximações academia-serviços-comunidade para o processo de redefinição da formação em saúde, por outro lado, também é possível sugerir que tais caminhos foram adotados ao longo da própria trajetória firmada.

Trajetórias estas, é importante ressaltar, fortemente apoiadas pela Fundação Kellogg[10]. Ao longo das décadas de 60 a 90, muitos projetos no campo da saúde foram selecionados e fomentados pela fundação com propostas que visavam um sistema de saúde mais equânime e participativo e uma formação que privilegiasse a troca entre diferentes saberes desde a graduação. Segundo Chaves & Kisil (1994), a partir dos anos 90, após a avaliação de trabalhos desenvolvidos pelos departamentos de Medicina Preventina, Social e Comunitária, houve um redesenho institucional na Kellogg a fim de estimular maior integração entre o ensino, o serviço e a comunidade. Entra em cena o Programa UNI (denominado de uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde: união com a comunidade), sobre o qual Barbiere (2006) ressalta:

> As inovações dos projetos UNI eram, para muitos, a continuidade dos projetos da Rede (IDA), era o desenvolvimento, a possibilidade de encontrar caminhos. Não houve rupturas na transição dos projetos, o que aconteceu foi o acréscimo de

[10] A Fundação Kellogg atua na América Latina desde 1942, procurando identificar e contribuir com projetos que visem o desenvolvimento social dessa região através de apoio aos em seus respectivos processos de mudança (CHAVES & KISIL, 1994).

> pessoas e ideias que contribuíram para a consolidação de um novo panorama para os serviços e o ensino\aprendizado (BARBIERE, 2006, p. 78).

Feuerweeker (1998), por sua vez, chama a atenção para o lugar de relevo que o projeto UNI assume na literatura sobre o tema. Diversos autores o apontam como um marco na busca pelo ideário e concretização dos princípios do SUS, especialmente por incorporar, com mais ênfase, uma terceira dimensão nas experiências de integração ensino-serviço: a comunidade.

Para Feuerwerker & Sena (2002), os projetos UNI buscaram desenvolver caminhos integrados, calcados no diálogo entre diferentes saberes e que proporcionasse, desde o início da formação, o contato com os serviços de saúde e com a população

A experiência acumulada a partir de então impulsionou o corpo docente e discente a buscarem alternativas pedagógicas que incidissem em novas metodologias de ensino-aprendizagem, em novos sistemas de avaliação, em modos de participação na vida acadêmica mais porosos e menos coorporativos e citam como exemplo, nesse sentido, a mobilização de determinados atores para a revisão das diretrizes curriculares dos cursos médicos (ARAÚJO *et al*., 1996).

Por outro lado, os autores acima também ressaltam que a restrição de alguns avanços relativos à iniciativa dos projetos IDA e UNI estava, naquele momento, relacionados a elementos como: a) o tímido interesse do MEC em apoiar projetos de integração ensino-serviço; b) a reprodução do modelo biomédico por parte da universidade; c) resistência em adotar estratégias de ensino-aprendizagem que entrassem em desacordo com o modelo tradicional de ensino. Pelo *sim* e pelo *não*, Gonzalez & Almeida (2010) afirmam:

> A Rede IDA e os Projetos UNI são grandes exemplos de movimentos pró-mudança na formação superior dos profissionais de saúde, que buscavam responder aos anseios da população insatisfeita com os serviços de saúde prestados por profissionais formados de maneira não condizente com a realidade do SUS. Esses movimentos obtiveram êxitos limitados, mas se apresentaram como importantes avanços em seus momentos (GONZALEZ & ALMEIDA, 2010, p. 560).

Em meados da década de 90, os projetos UNI foram, paulatinamente, conquistando adeptos da Iniciativa Docente-Assistencial, culminando assim na chamada Rede Unida (UNI-IDA).

Para Ceccim & Carvalho (2011), a Rede Unida ‘nasce’ com o intuito de refletir criticamente sobre os rumos das profissões de saúde, propondo mudanças do ponto de vista da interface entre elas, sugerindo trocas contínuas através das multiprofissionalidades e chamando a atenção para a importância de uma gestão participativa, na qual os usuários

pudessem ser ouvidos e contemplados. Além disso, apontam para a necessidade de maior interlocução entre a formação, o sistema de saúde, a gestão e os movimentos sociais.

Nessa perspectiva, a Rede Unida passa a focar sua missão em três planos: formação de recursos humanos, transformação do modelo assistencial e participação social, contribuindo significativamente para fomentar o diálogo entre as universidades, a gestão do SUS e usuários, assim como teve uma participação decisiva na reformulação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde respondendo assim, ao papel de articulador político e promotor de ações necessárias para a instituição de mudanças no ensino (BARBIERE, 2006).

Gonzalez & Almeida (2010) endossam o papel de articulador da Rede – tanto as instituições de ensino que iniciavam seus debates acerca das mudanças curriculares de forma isolada, como outros setores da saúde, foram convidados e impelidos ao diálogo em prol da definição do perfil profissional mais adequado às 'necessidades' de saúde da população. Nesse sentido Feuerwerker *et al.* (2000) chama a atenção para o movimento 'por fora' trilhado pela Rede:

> Considerando que o SUS deveria cumprir o papel de ordenar a formação de recursos humanos em saúde e não vinha cumprindo este papel, a Rede e outros atores significativos, como a ABEM e ABEn, pressionaram insistentemente alguns dos importantes atores da saúde (CNS, CSMS, Coordenação de Recursos Humanos do MS etc.) para que se posicionassem no debate, apresentando sugestões a respeito do perfil do profissional de saúde (FEUERWERKER *et al*., 2000, p.15).

1.3 **A Reforma Curricular e a atuação da Cinaem**

A partir de tais movimentos e organizações, o debate sobre os currículos dos cursos de saúde ganha força e passa a sinalizar a necessidade de resignificar concepções, valores e cenários de práticas de uma formação relacionada, até então, à intensa valorização do conhecimento sistemático e científico em detrimento do que Koifman & Saippa-Oliveira (2011, p. 112) denominam de 'arte de atuar'.

A clivagem entre a teoria e prática, segundo os autores acima, costuma traduzir currículos que hierarquizam os conteúdos, apresentando, inicialmente as ciências clássicas, seguidas então, das especializadas. Nesse sentido, os autores destacam que "a ideia inerente a essa concepção sustenta que, primeiro o aprendiz sustenta a teoria, para depois entender a prática e a realidade. A prática é vista como comprovação da teoria".

Como conseqüência deste modo de organização, muitas vezes os estudantes sentem dificuldades de articular e construir nexos entre os conteúdos oferecidos pelas diferentes disciplinas porque nem sempre há a preocupação e o cuidado de integrá-las no currículo ao longo da formação. Além disso, quando a realidade cotidiana não é incorporada, os saberes podem parecer descontextualizados e menos ricos e complexos do que poderiam ser (SANTOMÉ, 1998). Nesta esteira, de acordo com Pinheiro e Ceccim (2011) para os estudantes que se encontram sob a égide da organização curricular tradicional:

> Fica o desafio de encontrar um eixo integrador dos conteúdos ou o trabalho das diferentes disciplinas, uma vez que estas se apresentam claramente separadas umas das outras, fragmentando e isolando o conhecimento. Difunde-se um conhecimento que produz saberes descontextualizados e que desconsideram o cotidiano, sobretudo daqueles que deveriam ser o centro da "comunidade epistêmica" da saúde: o usuário, o cidadão, a saúde (PINHEIRO & CECCIM, 2011, p. 30).

Eis então a importância do movimento de revisão dos currículos que foi capaz de congregar diferentes atores e propostas e que tomou fôlego com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no ano 1996. De acordo com Cecy (2001. p.53) "achou o Conselho Nacional de Educação que era hora de acabar com a camisa de força que se impunha ao ensino superior, há muito tempo, engessado pelos currículos mínimos"

A partir de então, passa-se a incorporar a perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), indicando, de um modo geral, maior liberdade e flexibilidade para as Instituições de Ensino Superior sobre a organização de seus respectivos cursos - sua carga horária; campos de estudo e cenários de ensino aprendizagem - com foco no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001a):

> A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) representa um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007a, p. 09).

As DCNs do curso médico[11], por sua vez, apostam em uma formação que proporcione o perfil de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar, a partir de

[11] Em 2014, as DCN do curso médico, instituídas em 2001, foram revogadas e a partir da nova resolução, o texto se apresenta mais amplo e rico apontando com maior ênfase a questão do compromisso social do médico; da ética profissional e da importância de se compreender a diversidade dos diferentes grupos sociais, com clara preocupação em estimular iniciativas capazes de favorecer a autonomia do usuário, considerando o seu cenário sócio-econômico, político e cultural e seus direitos de cidadão e cidadã. Do ponto de vista da integração ensino-serviço, passa-se a considerar, claramente, a rede de serviço como espaços de aprendizado e a possibilidade de inserção nos seus três níveis de atenção. Além disso, também aparece com mais recorrência

princípios éticos, no processo de saúde-doença nos três níveis de atenção, considerando as ações ligadas à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde sob a óptica da integralidade da assistência; guiado, para tanto, pelo senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, tidos como pilares da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001b).

As diretrizes avançam também nos aspectos que dialogam mais estreitamente com o objeto de estudo desta pesquisa. Nesse sentido, no artigo 12 que dispõem sobre a estrutura do curso de graduação em medicina, chamam a atenção os incisos descritos abaixo:

> V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
>
> VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
>
> VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e
>
> VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

É importante ressaltar que as proposições que constituem as DCN do curso médico foram gestadas junto à Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, a conhecida Cinaem. A respectiva Comissão iniciou os seus trabalhos em 1991 com o intuito de discutir e propor uma reforma da educação nas ciências da saúde, mais particularmente nas ciências médicas. Seu trabalho costurou a interlocução com diferentes segmentos, buscou a contribuição dos docentes e dos profissionais da saúde e se fortaleceu em 1999 com a ampliação das representações dos gestores do SUS. Ademais também inovou em relação às iniciativas anteriores ao buscar a aproximação com os estudantes (MERY & ACIOLE, 2003; CARVALHO & CECCIM, 2011).

---

nesse novo documento a diretriz de se inserir o estudante desde os primeiros semestres do curso (BRASIL, 2014).

A Cinaem foi oficialmente constituída a partir da iniciativa da Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) junto com mais nove instituições relacionadas[12]. Seus passos seguiram três importantes etapas, como pontuado abaixo:

> A primeira fase buscou um perfil das escolas médicas brasileiras por meio de um protocolo de avaliação das escolas médicas brasileiras elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde modificado pela Cinaem. Na segunda fase foram estudados três segmentos sinalizados na primeira fase: o médico formado, o corpo docente e o modelo pedagógico. Nesta segunda fase, que se constituía uma pesquisa-ação, foram realizadas oficinas de trabalho para o treinamento de docentes e discentes das escolas médicas participantes (SANTOS, 2009, p. 28).

Para Mery e Aciole (2003), além de ter se fortalecido e se legitimado a partir do desenvolvimento dessas duas fases de trabalho, a Cianem se consagrou, nas palavras dos autores, ao seguir o caminho do diálogo e da construção coletiva e, ao optar por esta via, possibilitou a abertura, e também transformação, de muitas escolas médicas.

A partir dessas iniciativas houve a entrega de um relatório endereçado aos ministros da Educação e da Saúde contendo os resultados dos trabalhos junto a um conjunto de propostas que recomendavam os caminhos das mudanças almejadas. Logo após, em 1998, se inicia a terceira fase de atuação da Cinaem, intitulada a '*Transformação do Ensino Médico no Brasil'* que buscou proporcionar a construção de uma proposta para a transformação da escola médica de acordo com os novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas, estimulando a formação de núcleos de educação médica nas escolas e a socialização de experiências inovadoras entre as IES (PIERUCCI, 2010).

Assim, é possível atribuir ao processo disparado pela Cinaem, o movimento de revisão dos currículos em muitas escolas médicas. Nessa esteira, ao analisar, por exemplo, o processo de reforma curricular do curso médico da Universidade Federal Fluminense (UFF), Koifman (2001) ressalta que algumas mudanças podem ser atribuídas à respectiva reforma: o oferecimento de disciplinas com atividades práticas desde o início do curso; a ampliação do campo de estágio, para além do Hospital Universitário, possibilitando o contato do estudante com um universo distinto e, certamente, mais rico do que a restrita inserção hospitalar e a

[12] Conselho Federal de Medicina; Associação Médica Brasileira; Associação Nacional dos Médicos Residentes; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Federação Nacional dos Médicos; Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior.

introdução do ser humano como núcleo organizador das disciplinas, em detrimento das partes do corpo, como na grade curricular anterior:

> Assim, ao conhecer uma comunidade e sua população desde o começo do curso, o aluno talvez venha a ter mais condições de assimilar os conteúdos teóricos, na perspectiva da compreensão do ser humano em sua totalidade e não mais dividido em partes, como acontecia com o tipo de formação anterior. Conseqüentemente, deverá adotar uma postura mais ética na relação médico-paciente e estar melhor qualificado para enfrentar as dificuldades cotidianas de sua profissão (KOIFMAN, 2001, p. 69).

A autora afirma, por outro lado, que o aumento da carga horária decorrente da reforma pode ser considerado um aspecto desfavorável. Segundo ela, os estudantes terminam por não terem tempo para estudar, processar o aprendizado e viver a vida extra-acadêmica, o que prejudica a sua saúde física e mental. Ademais, também chama a atenção para a não participação de alguns departamentos, ainda na fase de discussão da proposta, sinalizando assim, a dificuldade do diálogo interdisciplinar e a contradição com a perspectiva adotada nas bases da reforma, qual seja, a de diminuir as fronteiras entre os saberes através da criação de espaços de ensino-aprendizagem multi e interdisciplinares.

1.4 **O Dispositivo do PROMED**

Considerando o cenário da educação médica e as necessidades de mudanças apresentadas pela Cinaem, o Ministério da Saúde, da Educação e a Opas, junto ao apoio da Abem e da Rede Unida, lançam, em 2001, o Programa de Incentivo à Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), com o propósito de:

> Oferecer cooperação técnica e/ou operacional às escolas de graduação em Medicina que se dispuseram a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque para as necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, *et. al* 2008, p. 335).

No ano seguinte ao seu lançamento, houve a convocação das escolas médicas que deveriam, respondendo a um edital, apresentar, pois, projetos de mudanças no ensino submetendo-se a uma seleção a fim de obter apoio à sua implantação. As propostas deveriam descrever: a situação atual do curso, as estratégias de mudanças e a imagem objetivo. Sobre o respectivo processo, Padilha (2002) acrescenta:

> Foram convidadas 88 escolas médicas habilitadas a participar do Programa. Dessas, 55 enviaram pré-propostas, das quais 48 preencheram os requisitos básicos. A análise inicial das pré-propostas mostrou grande variabilidade tanto no entendimento dos eixos como na própria capacidade de elaboração e apresentação do projeto (análise da situação atual, estratégias e imagem objetivo) (PADILHA, 2002, p. 160).

A variabilidade no entendimento dos "eixos" citados acima se refere às três dimensões contidas no edital, consideradas estratégicas para transformar as práticas educativas e profissionais nesse campo, sendo estas relacionadas à orientação teórica; à abordagem pedagógica e aos cenários de prática. Para cada eixo, há o desdobramento de vetores que sinalizam as respectivas áreas de atuação (PADILHA, 2002).

Nesse sentido, considerando o objeto do presente estudo, chama a atenção a reflexão sobre a vivência prática surgida no debate sobre as mudanças no ensino – supera a perspectiva de mera aplicação da teoria "e passa a ser entendida como um dos eixos fundamentais da construção do conhecimento ao longo de toda a formação". Além disso, também parte-se da compreensão de que "os cenários de prática representam todos os cenários em que se produzem cuidados à saúde e que são ambientes relevantes de aprendizagem e desenvolvimento de competências profissionais*"* (PADILHA, 2002, p. 159).

Ainda sobre o advento do PROMED, é importante ressaltar que o mesmo também foi influenciado pelo lançamento, em 1993, do Programa de Saúde da Família (PSF) o qual, segundo Koifman (2011, p. 57) se inscreve a partir dos pilares do "trabalho comunitário; da territorialização da prática de saúde; da resolubilidade no nível de atenção primária (APS) e da educação em saúde".

Neste caminho, Trindade e Almeida (2012) ressaltam que o campo da APS[13] se caracteriza como um espaço privilegiado para o exercício das habilidades e competências propostas pelas Diretrizes Curriculares ao estudante do curso médico - tanto às ligadas à atenção à saúde, como também às ligadas à tomada de decisão, liderança, comunicação, administração, gerenciamento e educação permanente. Para os autores, do ponto de vista da 'atenção à saúde', na APS, há amplas oportunidades de contato e costura com os preceitos da

[13] A expressão Atenção Primária à Saúde costuma ser utilizada nos documentos e políticas internacionais e está ligada a uma estratégia de reorganização da atenção à saúde que busca "responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades". No Brasil, a partir de sua incorporação pela Reforma Sanitária, convencionou-se chamar a respectiva estratégia em Atenção Básica à Saúde (ABS) (MATTA & MOROSINI, 2009). Para maiores detalhes, ver a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011)

atenção integral que podem terminar por favorecer uma ressignificação da perspectiva anterior, calcada na assistência curativa e hospitalocêntrica.

Não é à toa, assim, que muitas políticas ligadas à Educação na Saúde passam a apostar nesse cenário de prática como *lócus* privilegiado de fomento às mudanças almejadas a partir dos preceitos defendidos pelas DCS do Curso Médico.

1.5 **A Criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Diferentemente da iniciativa do PROMED que atingiu um número definido de escolas médicas, a primeira versão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) aparece com uma proposta de maior capilaridade e interlocução, tanto em relação às áreas dos cursos da saúde, como dos atores envolvidos em cena.

Instituída em 2004, a partir da criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES), como parte da estrutura da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a respectiva política defende que os princípios do SUS sejam implementados a partir da agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre os serviços e a gestão setorial e entre a atenção e o controle social (BRASIL, 2004a).

Partindo desse entendimento, a PNEPS elegeu como dispositivo de gestão os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). A ideia dos Pólos era proporcionar, a partir da premissa da locoregionalidade, o encontro de diferentes atores: instituições de ensino; serviços de atenção, estruturas de gestão da saúde e órgãos de controle social - calcados em uma metodologia dialógica e horizontalizada (CECCIM & FEUERWERKER, 2004). Na PNEPS, os Pólos são considerados (BRASIL, 2004a, p. 11) como:

a) espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;

b) lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Para Ceccim (2005), um dos idealizadores da política, a compreensão sobre a Educação Permanente em Saúde pode assumir diferentes conotações, dentre elas, a que a considera como desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde. Mudanças na formação tanto daqueles que já estão nos serviços como para aqueles inseridos na educação formal.

> A escola tem que formar para o trabalho, mas não é porque ela forma um prático. Ela forma para o trabalho porque ela está implicada com o desenvolvimento do processo de trabalho; ela é implicada com a capacidade de respostas do ambiente do trabalho. [...] Por isso que a gente não ver tanta fronteira entre o espaço da escola e o espaço do serviço. Pensar que o curso é um curso que se resolve por si mesmo... se o curso não traz como questão o trabalho... Sempre a acusação que a gente tem é que, então, eu estaria formando um prático, um técnico, alguém tecnicista, porque é só o trabalho. Mas eu entendo o trabalho... Encaro como produção subjetiva, como produção cidadã, como produção política. Eu não entendo o trabalho como uma operação de técnicos [...] Eu consigo ver educação permanente que é o desenvolvimento dos trabalhadores e ao mesmo tempo o desenvolvimento do próprio trabalho. É o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo. A educação permanente compõe um modo de pensar a gestão de trabalho [...] Consigo ver na graduação quando eu digo que a graduação vai expor, tão precoce quanto possível e ao longo do curso inteiro, os estudantes aos cenários de trabalho ou aos cenários da rua; cenários onde as necessidades sociais e de saúde podem ser detectadas. E, isso interfere também no seu processo formativo, se dá nessa exposição. [14]

Pode-se perceber, nesse sentido, uma aposta de maior trânsito entre o ‘mundo do trabalho’ e o ‘mundo do ensino’, a tradicional dicotomia entre esses dois espaços passa a ser revista e reorientada. Nesse sentido, um dos possíveis rebatimentos deste novo modo de pensar a formação foi a suspensão do oferecimento de cursos ‘prontos’ a fim de se instituir, através das rodas dos Pólos, o diálogo e a escolha da ação mais adequada, considerando a definição conjunta dos conteúdos; da forma e da metodologia a ser adotada (BRASIL, 2004a).

Outro aspecto que merece relevo em relação à PNEPS se refere ao financiamento das ações voltadas para a educação em saúde, o qual procurou romper com a “lógica de relação de balcão ou de banco” com as instâncias governamentais. Para tanto, em vez do lançamento de editais, o princípio adotado foi o de contemplar as propostas costuradas nas instâncias dos Pólos com a oferta da contribuição técnica por parte do Ministério da Saúde, como descrito abaixo:

> No sentido de explorar o campo da micropolítica, da produção de diferentes encontros com múltiplos atores, o Deges/SGTES procurou organizar seu trabalho através da construção de equipes que atuariam apoiando o desenvolvimento da política em cada locorregião. Tradicionalmente, o MS atua como ente que idealiza

[14] Trecho de entrevista concedida por Ricardo Ceccim para o estudo de Rezende (2013, p. 178) sobre a trajetória da articulação educação-saúde (AES) no país.

> uma proposta e constroí mecanismos normativos com o sonho de que isso garantirá a materialização da proposta idealizada pelos outros atores, principalmente através de indução, condicionando o repasse de recursos financeiros. Este direcionamento deriva da tese de que a maior parte dos estados e municípios tem baixa capacidade de formulação de políticas, portanto, cabe ao MS, cujo poder de formulação é maior, cumprir esse papel. A política do Deges/SGTES, propunha que era necessário apoiar a capacidade de formulação dos demais atores e não formular por eles (CAVALCANTI, 2012, p. 112).[15]

Havia, entretanto, a proposição de alguns indicadores a serem considerados quando da elaboração dos projetos realizados pelos Pólos:

a) apresentação da previsão de impactos: nas ações e nos serviços de saúde, na gestão do SUS, na educação técnica, na graduação, na pós-graduação, na educação popular e na produção e disseminação de conhecimento;
b) definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo: gestores, controle social, estudantes, instituições formadoras e hospitais de ensino ou outros serviços credenciados como de ensino;
c) apresentação da amplitude das inclusões propostas: contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;
d) formulação de abordagens e estratégias integradas de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos, reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional;
e) explicitação das necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;
f) explicitação da relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, o princípio de atenção integral à saúde e da cadeia de cuidados progressivos[16] à saúde na rede do SUS;
g) explicitação das mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde;
h) explicitação da multiprofissionalidade e da transdisciplinaridade nas propostas;

---

[15] O autor não deixa de enfatizar, entretanto, a existência de uma tensão que entremeou a política de EP no campo nacional e no campo local de seu estudo (Estado da Paraíba) caracterizada por "um desejo de democracia intenso em alguma medida, frustrado por práticas políticas que não permitiam alcançá-lo e, às vezes, o contradiziam".

[16] A ideia de cadeia de cuidados progressivos à saúde "pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações" (BRASIL, 2004, p.12).

i) indicação dos responsáveis pela implementação de cada uma das ações previstas (instituição formadora, secretaria municipal, secretaria estadual etc.) com custos e plano de aplicação.

A PNEPS sugere ainda que, para colocar a Educação Permanente em marcha, é necessário se ater às áreas estratégicas e prioritárias na organização da rede de atenção à saúde, em cada território, considerando para tanto as 'necessidades' de saúde população, a perspectiva da cadeia de cuidados progressivos à saúde, citada anteriormente, e a importância da participação efetiva das Secretarias Municipais[17] e Estaduais de Saúde (BRASIL, 2004a).

Considerando mais especificamente os cenários de prática e o processo de integração ensino-serviço[18], os Pólos:

> Por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores aqui mencionados (BRASIL, 2004, p. 14).

Além dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, neste momento também se capilarizaram importantes propostas, tais como: as vivências e estágios para estudantes da graduação na realidade do SUS (VER-SUS); o debate do SUS e os cursos de graduação na área da saúde (Aprender-SUS) e a pesquisa sobre o ensino da integralidade em Saúde (EnsinaSUS). (CECCIM & CARVALHO, 2011).

O projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) foi anunciado na proposta da PNEPS como uma estratégia de fortalecimento da Educação Permanente em Saúde e, como o próprio nome sugere, trata-se do aprendizado dos princípios e das diretrizes do SUS através de vivências práticas, contando com o período de 15 a 20 dias, na rede de atenção pública (BRASIL, 2004). Segundo Torres (2005 *apud* Dias *et al*., 2013, p. 1616):

> A sua implementação contou com um projeto piloto, no início de 2004, que envolveu 10 cidades da Rede de Municípios colaboradores de Educação Permanente em Saúde e 99 estudantes. Em 2005, duas edições do projeto VER-

---

[17] A PNEPS (2004a) chama a atenção para o papel dos Municípios, uma vez que é nesta esfera onde se desenvolve a maciça parte das ações de saúde e do trabalho das equipes de saúde e também onde se localizam os docentes e os estudantes, protagonistas no processo de ensino-aprendizagem.

[18] Havia também a expectativa de estimular interlocuções mais estreitas entre a academia e os serviços, a ponto de que cada serviço pudesse ser considerado parte integrante de uma rede escola. Vejamos assim o que nos aponta o inciso IV da portaria (n° 198, 2004) que institui a PNEPS: articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, 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, 2004c).

> SUS/Brasil envolveram, respectivamente, cerca de 50 municípios de 19 estados e milhares de estudantes; e 10 municípios de seis estados, com aproximadamente 250 estudantes.

Para Torres (2013) as vivências proporcionadas pelo VER-SUS favorecem a apreensão de uma consciência sanitária por parte dos estudantes, dando-lhe oportunidade de fortalecer a formação a partir de temas relevantes como ensino, extensão e residência profissional. Além disso, a autora também aponta que as experiências de estágio possibilitam o contato com diferentes profissões da saúde em busca de objetivos comuns, o que certamente pode contribuir para atuações mais permeadas pela multi e interdisciplinaridade.

Considerando o interesse do presente estudo, parece bastante salutar possibilidades de inserção no serviço que transcendam aos cenários de prática previstos ao longo do curso e que também sejam costuradas por políticas de governo, capazes, por sua vez, de abranger um maior e mais diverso número de escolas de saúde.

Em relação ao Aprender SUS, caracteriza-se como um dispositivo de mudança na formação dos profissionais de saúde voltado para o ensino nas graduações, tendo como eixo a atenção integral à saúde e também, como desafio, estreitar os laços entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, uma vez que envolve diretamente as instituições de ensino superior e os serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

O desenvolvimento e o desdobramento do Aprender SUS contou com três ações: 1) Curso de Educação à Distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; 2) Implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança; e 3) Apoio à produção de conhecimento sobre processos de mudança (BRASIL, 2004b).

O curso de ativadores de mudança foi proposto a partir da articulação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES); da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Rede Unida. Para González & Almeida (2010):

> Esse curso se diferencia das ações anteriores por ter sido construído coletivamente e por se caracterizar como um incentivo qualificador dos atores envolvidos e não apenas uma ação financiadora de grupos isolados (GONZÁLES & ALMEIDA, 2010, p. 564).

Dias *et al*. (2013) citando dados do relatório do MS (2006), afirmam que o Curso, oferecido até recentemente pela Fiocruz por meio da Universidade Aberta do Brasil (UAB) do ME formou, até 2006, 597 especialistas ativadores de mudança em todo o país, com apoio de, aproximadamente, nove milhões de reais.

Por fim, é importante ressaltar também a criação, em 2004, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), composto por diferentes entidades que representam os cursos neste campo. Segundo informações do seu próprio site, o FNEPAS busca favorecer o processo de reforma curricular, amparado na defesa da atenção integral e, para tanto, busca dialogar com atores institucionais e da sociedade civil envolvidos, de alguma forma, em experiências de mudanças na formação.

2. **O PRÓ-SAÚDE E OS DESAFIOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

2.1 **A Chegada do Pró-Saúde**

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi instituído pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação através, respectivamente, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Educação Superior (SESu), contando também com a participação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2005; 2007a)[19].

E qual o contexto político de sua criação? Considerando a necessidade de recomposição da coligação de apoio ao governo Lula, em função da crise desencadeada pelas denúncias do que ficou conhecido como 'mensalão', o Ministério da Saúde, anteriormente sob responsabilidade do PT, passou a ter um ministro do PMDB, resultando na mudança das equipes de coordenação do DEGES e da SGTES que foram, a partir daí, substituídas. Os novos gestores, por sua vez, optaram por retomar, em grande parte, experiências anteriores de incentivo às mudanças na formação inspirados na iniciativa do PROMED, implicando, ao final de 2005, no lançamento do Pró-Saúde, que se limitava, à época, aos cursos de enfermagem, odontologia e medicina (GONZÁLEZ & ALMEIDA, 2010).

Como já pontuado, o grupo à frente da SGTES mudou, bem como as suas prioridades e programas, mas a política posta em marcha pela DEGES - a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) - permaneceu com a mesma nomenclatura.

Dentre, então, as especificidades desta segunda versão da PNEPS, podemos localizar a grande afinidade entre as pastas da Educação e da Saúde na gestão da SGTES no período que se iniciou em 2005 e terminou em 2010[20] (REZENDE, 2013). Neste intervalo de tempo foi estabelecida a Portaria Interministerial n° 2.118, de novembro de 2005, que instituiu a cogestão entre esses dois Ministérios, sendo, a partir de então, criadas a Comissão Técnica

---

[19] Segundo o primeiro documento institucional elaborado sobre o Programa: "A construção do Pró-Saúde contou também com a participação de representantes do Conasems, Opas, CFM, CFO, Cofen, Abem, Abeno, ABEn, ABO e das IES que fazem parte do Promed e participaram do Seminário de Avaliação do Promed realizado no Rio de Janeiro e da Oficina do Pró-Saúde realizada em Brasília em setembro de 2005" (BRASIL, 2005, p. 07).

[20] A autora chama a atenção para o fato de existir uma relação de parentesco entre o Ministro da Educação e a diretora da DEGES/SGTES, que eram casados à época.

Interministerial (2005) e a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2007) a fim de facilitar o diálogo em busca de objetivos comuns:

> O que nós estamos falando é de fato você partir para um sistema de cogestão. Ou seja, uma coisa não apenas do interesse acadêmico nem apenas do interesse do serviço; ideia que gera uma profunda resistência no Brasil e é muito difícil fazer. (...) É quando você começa a colocar dentro da agenda interesses comuns, que são os interesses assistenciais juntamente com os de ensino e pesquisa. Eu acho que essa é a diferença que a gente faz aqui no Brasil (CAMPOS *apud* REZENDE, 2013, p. 183).[21]

Em relação à potencialidade deste momento de maior articulação entre as respectivas pastas, Rezende (2013) destaca os esforços tecidos para a concretização da parceria, mas questiona se não houve grande centralidade da proposta no alto escalão do governo e sua sustentação em relações pessoais, o que pode, no entendimento da autora, se mostrar frágil e vulnerável às mudanças de gestão.

2.2 **Propósitos e objetivos do Pró-Saúde**

Voltando aos propósitos do Pró-Saúde, o Programa[22] conta como eixo central de atuação a integração ensino-serviço, buscando a inserção do estudante no cenário real das práticas através da Rede SUS com vistas à "incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para a abordagem integral do processo saúde-doença" (BRASIL, 2007, p. 05). Como objetivos específicos do Programa, destacam-se:

a) reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à incorporação do SUS;

[21] Trecho de entrevista concedida por Francisco Eduardo Campos para o estudo de Rezende (2013, p. 186) sobre a trajetória da articulação educação-saúde (AES) no país.

[22] Para Bernardes & Guareschi (2007, p. 464) "as políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes." Neste caso, particularmente temos uma política de EPS que, na sua primeira versão aposta, especialmente, na iniciativa dos Pólos e, com as mudanças de gestão, passa a adotar o Pró-Saúde como um de seus principais disparadores.

b) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde na graduação e na educação permanente;
c) incorporar no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;
d) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços públicos de saúde, mecanismo fundamental para transformar o aprendizado, com base na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira.

O foco do Pró-Saúde é o fortalecimento da Atenção Básica, porém, na segunda versão do Programa, em 2007, com a incorporação das demais áreas da saúde, houve maior preocupação com os outros níveis de atenção. Nesse sentido, a Rede composta pelos serviços próprios das IES – hospitais universitários; ambulatórios especializados e clínicas odontológicas passou a ser inserida na Rede de cuidado, intensificando assim, a articulação dos gestores educacionais com os gestores do SUS (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde trata-se de um Programa com eixos pré-estabelecidos nacionalmente, mas que se desenvolve a partir de uma dinâmica instituída no âmbito local. No desenvolvimento da proposta, segundo a PNEPS, é necessário levar em conta a importância da integralidade das ações, assim como a dimensão individual e coletiva, com a preocupação de se transformar a visão curativa, hospitalocêntrica e dissociada do contexto social que ainda persiste no processo formativo (BRASIL, 2005; 2007).

Em relação ao que se espera dos projetos das IES interessadas no apoio do Pró-Saúde:

> Deve ter como ponto de partida uma exposição sucinta do processo de auto-avaliação que inclua o corpo discente e desenvolva reflexões sobre a situação atual, incluindo informação sobre a estrutura curricular e o processo de ensino, a capacidade instalada de recursos humanos e materiais, a participação nos serviços assistenciais e os problemas identificados. Com base nessas reflexões, a IES formulará, em conjunto com o serviço público de saúde, a proposta a ser apresentada ao Pró-Saúde, valorizando-se especialmente a possibilidade de que essa mesma IES inclua a ampla participação dos seus diversos segmentos e serviços (BRASIL, 2005, p. 22).

Assim, com o propósito de direcionar o processo de reorientação da formação, são propostos três eixos para o desenvolvimento do programa, cada um deles com três vetores específicos, apresentados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Eixos e vetores do Pró-Saúde

ORIENTAÇÃO TEÓRICA	CENÁRIOS DE PRÁTICA	ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA
A. 1 Determinantes de saúde e doença A. 2 Pesquisa ajustada à realidade local A. 3 Educação permanente	B. 1 Integração ensino-serviço B. 2 Utilização dos diversos níveis de atenção B. 3 Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde	C. 1 Integração básico-clínica C. 2 Análise crítica dos serviços C. 3 Aprendizagem ativa

Fonte: BRASIL (2007).

Como observado neste quadro, cada um dos eixos é decomposto em outros três vetores, os quais servem para orientar os parâmetros que devem, conjuntamente, nortear o respectivo eixo. Há também a necessidade de escalonar os níveis de estágios desenvolvidos por cada escola - que podem partir de uma situação mais tradicional ou conservadora no estágio 1 até alcançar, no estágio 3, a situação e o objetivo desejados (BRASIL, 2007a).

Ao discorrer sobre cada um dos eixos, as recomendações que aparecem no segundo momento do Pró-Saúde são:

Eixo A – Orientação Teórica

a) devem ser destacados aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico-social da doença, estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde-doença e de redirecionar protocolos e intervenções;
b) devem ser ainda pesquisados os componentes gerenciais do SUS, no estabelecimento de práticas apropriadas de gestão, visando alimentar processos de tomada de decisão e estimular a conformação de redes de cooperação técnica;
c) oferta de pós-graduação e de processos de educação permanente aos serviços para a área da atenção básica, incentivando-se a incorporação de modalidades de educação a distância, bem como oferta de vagas de cursos de pós-graduação

em áreas estratégicas ou com carências de profissionais qualificados para o SUS.

Eixo B – Cenários de Práticas

a) os cenários em que se desenvolve o aprendizado prático durante a formação profissional devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, equipamentos educacionais e comunitários;
b) a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes, como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia;
c) na formação profissionalizante será sempre preferível trabalhar sobre fatos reais a perpetuar práticas de simulação que, quando muito, imitam a realidade, sem chegar a reproduzi-la na dimensão complexa da integralidade humana.

Eixo C – Orientação Pedagógica

a) o processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, nesse sentido, um conceito chave do modelo pedagógico é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da clássica seqüência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação;
b) pretende-se a integração entre os ciclos básico e clínico. A problematização orientará a busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva;
c) a aplicação de juízo crítico durante o processo de aprendizagem, no caso das profissões da saúde, implica em uma permanente atenção à rotina de atividades, especialmente no processo assistencial, questionando a razão da escolha de determinado procedimento e as decisões tomadas em cada caso e na rotina do serviço em seu conjunto.

Considerando os eixos acima, é possível afirmar que o escopo da integração ensino-serviço se imprime mais fortemente no eixo voltado para os cenários de prática, o qual, ao contemplar a diversificação dos cenários; a inserção na rede de serviços desde os primeiros anos de curso e a preferência pelas práticas 'reais' de ensino-aprendizagem, em detrimento de situações simuladas, certamente responde a algumas das demandas dos grupos que militam no campo da educação na saúde.

2.2.1 Pró-Saúde II: propostas revistas e ampliadas

A partir de 2007 surgem novos arranjos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a intenção de adequar as suas diretrizes operacionais ao regulamento do Pacto pela Saúde, instituído no ano anterior. Assim, segundo a portaria 1.996, a política nacional de formação passa por novas restruturações e os Pólos de Educação Permanente em Saúde cedem lugar aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (BRASIL, 2007b).

Enquanto os Colegiados de Gestão Regional (CGR) são considerados espaços de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) tem a atribuição de participar da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, respeitando a participação de:

a) gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes;
b) trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas;
c) instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos;
d) movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Para Cavalheiro & Guimarães (2011) o estabelecimento das CIES, na esteira da segunda etapa do Pró-Saúde[23], foi um dispositivo importante capaz de possibilitar o fortalecimento e o avanço das articulações relativas à integração ensino-serviço em diferentes locais do país.

O compartilhamento de saberes por diferentes atores da universidade, junto aos gestores governamentais passou, assim, da estrutura dos Pólos para a das CIES, por outro lado, a perspectiva de cuidados progressivos; da atenção integral, entre outros entendimentos e conceitos, continuaram permeando o vocabulário adotado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Entretanto, parece que os caminhos escolhidos para tentar viabilizar as propostas das respectivas políticas (na sua primeira e segunda versão) foram diferentes.

Nesse sentido, é importante nos questionarmos se o que localizamos nesse sentido trata-se da defesa comum de determinados princípios com a adoção de estratégias distintas, ou, se a escolha por determinadas estratégias em detrimento de outras, *per se*, já seria capaz de caracterizar ou traduzir o posicionamento político-ideológico dos respectivos grupos à frente de cada um desses momentos.

Rezende (2013, p. 181) neste sentido, traz o depoimento de um ator envolvido no campo da educação na saúde que discorre sobre o fato do nome da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não ter sido rebatizado quando da troca do grupo à frente da gestão da SGTES:

> Então você tem dois modelos que não tem continuidade. O segundo modelo institucionaliza mesmo; leva para dentro do SUS. Correto. Faz isso no âmbito do pacto pela vida, pela saúde, fez uma grande consertação. Politicamente tudo correto, mas não evolui para uma discussão por dentro da matriz para assegurar as bases da educação permanente e descamba... Hoje em dia o que se faz é uma série de cursos nos estados que se apresentam, novamente, burocratizando uma relação

[23] Sobre a respectiva etapa, Campos *et al*. (2010) & Dias *et al*. (2013) ponderam que houve uma ampliação de natureza quantitativa e qualitativa nas propostas contempladas entre o Pró-Saúde I e o Pró-Saúde II. Enquanto no primeiro edital foram selecionados 90 cursos, sendo 38 de Medicina, 27 cursos de Enfermagem e 25 de Odontologia, o segundo contemplou 354 cursos, com a aprovação de 68 projetos integrados, envolvendo diferentes cursos da área da saúde. Do ponto de vista das questões que transcendem os números, Campos *et al*. (2010) afirmam: "vale ressaltar que na evolução do primeiro para o segundo processo seletivo de projetos para o Pró-Saúde, não houve apenas uma ampliação quantitativa e dos cursos envolvidos. Na segunda etapa, passamos aceitar um único projeto por Instituição de Ensino. Isso fez com que todos os cursos de graduação da área da saúde interessados tivessem de compartilhar a elaboração do mesmo projeto de mudanças, compartilhando saberes, e cenários de práticas. Passou a ser exigido do projeto também um maior protagonismo por parte dos gestores municipais, seja na construção e implementação dos projetos, seja responsabilizando-se pelo investimento dos recursos do Programa destinados aos serviços de saúde que devem servir como cenário de prática no processo de ensino-aprendizagem (CAMPOS *et al*., 2010, p. 27).

> de financiamento da educação permanente. E o pior é que virou agora o discurso de todo mundo dizer que formação continuada é educação permanente.[24]

Considerando o debate acima, é possível localizarmos autores que parecem não destacar as descontinuidades entre as proposta das duas versões da PNEPS, mencionando assim, a produção da SGETS sem se atentarem para as rupturas ocorridas por ocasião das respectivas mudanças políticas.[25]

Rezende (2013), por sua vez, ao analisar as mudanças na gestão a partir do viés político-ideológico afirma que, no plano das políticas do governo federal, parece haver uma continuidade revisitada entre o PROMED e o Pró-Saúde, ao passo que esta escolha - a de recorrer à dinâmica de selecionar e apoiar projetos em detrimento de apostar em uma iniciativa mais participativa - interrompeu um sopro de renovação no jeito de se fazer política. Nesta esteira Cavalcanti (2010) acrescenta:

> A política de educação permanente [1° versão] é então formulada pelo Deges/SGTES com o intuito de, por um lado, reunir as ações feitas antes de maneira pouco articulada e, por outro, de mudar a própria lógica de como as propostas de formação eram produzidas e postas em ação (CAVALCANTI, 2010, p. 63).

2.3 **O lançamento do PET-Saúde**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde foi lançado em 2008 e aparece como uma das estratégias do Pró-Saúde através da disponibilidade de bolsas para tutores (docentes), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2008b). De acordo com a portaria 1.802/2008, é objetivo do PET-Saúde proporcionar programas de aperfeiçoamento, especialização, iniciação ao trabalho, vivências e estágios no âmbito dos serviços, de acordo com as necessidades do SUS, tendo como fio condutor a integração ensino-trabalho-comunidade (BRASIL, 2008b).

O Programa é direcionado às Instituições de Educação Superior (IES) (públicas e privadas), abrangendo os 14 cursos de graduação da área da Saúde, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde. A partir de 2010 também foram instituídos os PET

---

[24] Trecho de entrevista concedida por Nunes para o estudo de Rezende (2013, p. 181) sobre a trajetória da articulação educação-saúde (AES) no país.

[25] Ver, nesse sentido: Cavalheiro & Guimarães (2011, p. 19) e Dias *et al*. (2013, p. 1619).

temáticos, contando com áreas ligadas à Saúde Mental, Vigilância à Saúde e Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Quanto à sua operacionalização, Dias *et al*. (2013, p.1619) trazendo informações do edital de seleção do PET de 2009, afirma:

> A condução nacional do Pet-Saúde fica a cargo do DEGES/SGTES, que tem a atribuição de apreciar as propostas, sugerir mecanismos de funcionamento, aprimoramento e avaliação dos grupos PET. As instituições de ensino superior têm a atribuição de selecionar os estudantes e os tutores acadêmicos e as secretarias de saúde indicam os nomes dos preceptores. A Comissão de Avaliação do Pet-Saúde se manifesta em relação ao desempenho dos grupos tutoriais e da necessidade de expansão ou extinção dos mesmos.

As autoras acrescentam ainda que o Pet-Saúde passou por processos de ajustes e incorporação de novas diretrizes desde a sua criação, tais quais: a) estreitou os laços com a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS); b) apoiou e valorizou os profissionais dos serviços e os estudantes de graduação; c) se inseriu nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e d) diversificou os cenários de atuação a partir do lançamento dos Pets temáticos os quais, por sua vez, transcenderam ao escopo da atenção básica.

Embora as propostas e projetos do Pet-Saúde não sejam objeto de estudo do presente trabalho, a explanação de seus objetivos certamente contribuirá para a compreensão da proposta do Pró-Saúde III, como veremos a seguir.

2.4 **Pró-Pet: o encontro do Pró-Saúde e do Pet- Saúde**

Assim como o Pró-Sáude II, o Pró-Saúde III também passou por revisões e formulações em relação à primeira proposta do Programa. Assim, o que chama a atenção desta terceira edição, é a articulação de duas iniciativas em uma proposta comum: a do Pró-Saúde junto à do Pet- Saúde.

Lançado no final do ano de 2011, o edital do Pró-Pet anuncia que ambos os programas partem de pressupostos comuns, quais sejam, a consolidação da integração-ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. Do ponto de vista dos atores participantes, envolve tanto os institucionais, como as gestões e outras instâncias municipais e estaduais, bem como

tutores acadêmicos; preceptores da Rede e estudantes de graduação da área da saúde - esses últimos a serem contemplados com uma bolsa, tal qual a proposta do Pet-Saúde.

As temáticas priorizadas neste momento foram às relativas à Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo de Útero e Mama e, por fim, Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Em relação aos critérios a serem considerados na proposta, aparece a importância de se apostar em ações que envolvam o caráter multiprofissional e interdisciplinar, bem como propostas que envolvessem o curso médico, este critério, como veremos, assumirá especial importância quando do momento da análise do trabalho (BRASIL, 2011).

2.5 **Os desafios da integração Ensino-Serviço**

Diferentes estudos ressoam ao afirmar que há, em muitas experiências de integração ensino-serviço, um reconhecido descompasso entre os tempos da academia e os tempos do serviço, ou seja, enquanto no primeiro as atividades de pesquisa absorvem os docentes e é considerada pauta prioritária, para os profissionais de saúde, as atividades rotineiras do cotidiano do trabalho terminam por distanciá-los dos possíveis espaços de educação permanente (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2008; CAETANO, *et al*, 2009; HENRIQUES, 2010).

Também é comum, segundo Silva Jr *et al.* (2011) que as atividades e os acordos postos ‘em marcha’ por esta parceria sofram descontinuidade quando da alternância de gestão. E, nos casos em que as correntes políticas de poder apresentam conflitos e entendimentos muito diferentes sobre os projetos em desenvolvimento é possível existir boicotes e retaliações. Assim, o que se observa é que há mais fortalecimento do pacto e da proposta quando há consonância da corrente política que ocupa o lugar de gestão em ambas as instituições.

Outro aspecto pontuado é que, muitas vezes, a articulação interinstitucional é realizada por um profissional que atua tanto na universidade como no serviço sendo “capaz de perceber e negociar, com legitimidade, os interesses a serem contemplados na pactuação do projeto” (SILVA JR *et al*., 2011, p. 107).

Os autores acima também afirmam que, via de regra, há prioridade de inserção dos estudantes na rede da atenção básica por um lado e, em outro extremo, nos hospitais

especializados e universitários. Enquanto no primeiro descortina-se a possibilidade de maior contato e compreensão do modo ‘de andar a vida’ da população, no segundo privilegia-se o acesso às tecnologias ‘duras’ e ao modo parcializado e fragmentado de se conceber o processo saúde-doença. Neste sentido, Ceccim & Carvalho (2011) sublinham que:

> Os hospitais como cenários de aprendizagem são necessários, mas deve ter reduzido seu conceito de *hospital-escola* para o de hospital de ensino pertencente à rede de serviços de saúde, onde a condição de ensino não se põe como escola para o tratamento de doenças, senão como estratégia complementar na malha de cuidados representada pelo sistema de saúde, cumprindo papéis de apoio matricial, avaliação de tecnologias, desenvolvimento de estratégias assistenciais e métodos de tratamento que possam de maneira crescente ser incorporados pelos serviços de alta resolutividade ambulatorial e de acompanhamento domiciliar (CECCIM & CARVALHO, 2011, p. 90).

Coadunando com esta perspectiva, a primeira versão da PNEPS pontua que os hospitais de ensino participariam da rede de cuidados progressivos, ocupando o lugar de formação para docentes; preceptores; profissionais técnicos assistenciais; gerentes e profissionais de nível técnico, ou seja, a prioridade seria atuar com cooperação técnica no campo da atenção e da docência (BRASIL, 2004).

Em espaços considerados de “baixa” ou “alta” complexidade, Albuquerque *et al.* (2008) afirmam que o importante é que as vivências dos estudantes nos cenários de prática sejam reconhecidas como possibilidade para a reflexão e a problematização diante da experiência do cuidado. Nesse mesmo caminho, Henriques (2010) destaca que:

> Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e ver o mundo (HENRIQUES, 2010, p. 151).

Feuerwerker (1998) também defende a importância de novos cenários de aprendizagem mas chama a atenção, entretanto, de que apenas a mudança *per se* desses espaços de atuação não são suficientes para a ressignificação do processo de formação, como ressalta abaixo:

> A introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas médicas (FEUERWERKER, 1998, p.53).

Para a autora, a questão, pouco valorizada até então, da relação médico-paciente, da relação dos médicos com outros profissionais de saúde e dos profissionais de saúde com a

população seria indispensável para uma melhor compreensão da complexidade dos problemas, assim como poderia ser um dispositivo relevante para se pensar o desenvolvimento de novas experiências e conteúdos durante o processo de formação.

Partindo da perspectiva acima, parece prudente não apostar todas as fichas em apenas uma dimensão de mudança e desconsiderar a complexidade que envolve o campo da educação médica. Nesse sentido, cabe registrar que a opção por realizar um recorte teórico-metodológico voltado para a compreensão da integração ensino-serviço não significa subestimar as demais questões e, no caso do Programa em análise, os demais eixos que o envolve, nem deixar de reconhecer a importância de que tais questões estejam sendo alinhavadas a partir de uma perspectiva ampliada.

Voltemos agora para os desafios deste campo específico. Cavalheiro & Guimarães (2011 *apud* OLIVEIRA, 2003) chamam a atenção, em relação à academia, que: ainda há dificuldades de se encontrar professores disponíveis em rever a metodologia de ensino-aprendizagem; dificuldade para o aprendizado conjunto, considerando as diferentes profissões; a atenção básica tende a aparecer como um cenário marginal para a prática do ensino, além da pequena participação social da comunidade. Já em relação aos serviços afirmam que:

> As dificuldades podem estar relacionadas à resistência dos profissionais, pois a formação não faz parte da agenda de trabalho ("não recebem para ensinar"). Além disso, há problemas na estrutura física das unidades; resistência da população à presença do estudante no serviço; temor dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas, entre outras (CAVALHEIRO & GUIMARÃES, 2001, p. 21).

Considerando a discussão trazida no tópico anterior, a comum delimitação entre o mundo do trabalho e o mundo da formação parece favorecer o entendimento dos profissionais que estão "na ponta" de que não faz parte de suas atribuições contribuírem com o aprendizado do estudante e, reafirma, ainda, o quão a concepção da educação permanente aparece tímida no cotidiano dos serviços.

Por outro lado, também parece legítimo questionar se o incentivo financeiro *per se* seria um dispositivo capaz de rever a configuração organizativa das unidades de saúde que costumam receber os estudantes em seus *locus* de atuação, cabendo o questionamento: será que a proposta do Pró-Saúde (particularmente ao Pró-Pet), ao prever uma bolsa tanto para o tutor, como para o preceptor responde às expectativas de tais profissionais?

Além da sugestão de gratificação de ensino para os profissionais, as autoras também elencam outras propostas a fim de buscarem possíveis caminhos de superação para os desafios localizados como, por exemplo: a instituição de espaços de pactuação que incorporem a vocalização dos estudantes e da comunidade e a realização de convênios entre a academia e o serviço, através dos quais os papéis de ambos estejam claros e definidos.

2.6 **Os cenários de prática e a formação para o SUS?**

Como pontuado anteriormente, os cenários de prática costumam acompanhar a concepção de formação vigente em determinado momento, porém, em que pese a recorrente preocupação, das políticas mais recentes, em reforçar a importância de se formar estudantes de graduação na área da saúde voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS), há entendimentos sobre a formação que não partem da premissa da relevância do posicionamento crítico sobre a realidade social mas, ao contrário, buscam formar profissionais para responder às demandas do mercado.

Partindo, pois, da consideração de que se trata de um campo complexo e permeado por diferentes interesses, é possível afirmar que o debate da formação tem ocupado lugar de relevo nas políticas de educação em saúde, traduzidas, sob diferentes estratégias, na maior inserção dos estudantes na rede pública de atenção à saúde e também no processo de revisão dos currículos, ainda em curso em muitas escolas médicas.

Entretanto, neste processo por vezes contraditório, também parece razoável o entendimento de que mesmo com os avanços proporcionados pela Reforma Curricular e pela criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (sob a gestão de diferentes grupos), o modelo de formação predominante ainda enfatiza o corpo humano considerando os órgãos e sistemas; se orienta pela lógica da atenção individual; caracteriza o ambiente hospitalar como o cenário de prática privilegiado e tem seus saberes e práticas estruturadas em torno das especialidades médicas (SILVA JR; PONTES & HENRIQUES, 2011). Nesse sentido, Koifman (2001) também acrescenta que:

> No que concerne à formação médica, é possível identificar dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas – que reforça a prática individualista da medicina – e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de práticas (KOIFMAN, 2001, p. 50).

A abordagem social citada pela autora acima, certamente está na base da bandeira de luta da Saúde Coletiva, campo sobre o qual Rezende (2013) discorre da seguinte forma:

> Desde que a saúde coletiva se estabeleceu como especialidade, o fez a partir do enfrentamento do modelo médico assistencial e estabeleceu um padrão de provocação e convite que funcionou e continua funcionando apenas com um pequeno grupo de estudantes e profissionais, mas que se mostrou insuficiente para mudar a forma de promover e cuidar da saúde no Brasil. Um padrão que não atraiu os clínicos para participarem de suas propostas; que produzia o distanciamento dos núcleos de poder das escolas; que não seduziu grande parte dos professores e, principalmente, por incrível que pareça, por sua dimensão ética e social, que não encantava a maioria dos alunos e de suas famílias (REZENDE, 2013, p. 162).

Enquanto o encantamento não atrai mais adeptos, convive-se com o que Ceccim & Feurwerker (2004) chamam de os "modelos ideais" na formação, através dos quais a construção do conhecimento estaria voltada para traduzir os referenciais técnico-científicos acumulados pelos docentes em suas áreas de especialidade ou de dedicação profissional, acompanhadas, na maior parte das vezes, de ferramentas metodológicas pouco problematizadoras.

A fim, então, de problematizar os modelos instituídos, Ceccim & Carvalho (2011) discorrem sobre a orientação ético-política; as metodologias de ensino; a seleção de conteúdos; a avaliação e cenários de aprendizagem que convergem, segundo eles, com os princípios defendidos pela reforma curricular e pelo projeto de integralidade na saúde:

a) sobre a orientação ético-política, destacam a relevância dos conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais voltados para a 'afirmação da vida';
b) sobre as metodologias de ensino, reafirmam a importância de atividades multiprofissionais, considerando nesse sentido, o diálogo com a pesquisa; com o ensino e com a extensão. Ademais, os campos de práticas precisam ser prestigiados ao longo da formação;
c) para a seleção de conteúdos elencam algumas características, tais quais: suporte para as práticas de cuidado e curativas; compreensão das redes sociais por onde circulam os usuários; apropriação e problematização das políticas de saúde e dos desenhos técnico assistenciais; desenvolvimento de capacidades intelectuais e práticas para o exercício do cuidado matricial; compreensão e prática da Educação Permanente em Saúde, bem como dos sentidos de participação;

d) no que diz respeito à avaliação, chamam a atenção para a avaliação docente em processo de negociação com os estudantes e também com os campos de prática, bem como, ressaltam o papel da auto-avaliação, uma vez que essa modalidade de avaliação tende a estimular a implicação do estudante em sua aprendizagem. Outra variável considerada igualmente importante trata-se da avaliação por parte dos tutores:

> É fundamental que se constitua um sentido de tutoria forte, onde os serviços se percebam efetivamente formadores. Para isso, é necessária a construção conjunta das instituições de ensino e sistemas de saúde para lograr uma rede SUS-Escola (CECCIM & CARVALHO, 2011, p.91).

e) a perspectiva, no que diz respeito aos cenários de aprendizagem, é que haja a ampla incorporação da rede de serviços, considerando a atenção; a gestão e a instância de controle social. Além disso, também são ressaltados o âmbito do setor privado e a regulação do setor complementar.

Nesta esteira, Ceccim & Carvalho (2011) propõem, a partir de certo acúmulo dos movimentos de transformação do ensino da saúde, a integração "ensino-trabalho-cidadania", sinalizando assim, uma perspectiva de superação da relação de integração "ensino-serviço-comunidade', considerando que o trabalho em saúde não se restringe apenas aos serviços do setor, mas engloba o cenário da atenção, da gestão e do controle social e que, portanto, é importante que a formação estimule e favoreça o contato com a realidade local, considerando a história política e cultural dos grupos e, ao mesmo tempo, também destaque o lugar de relevância da história da organização dos sistemas de saúde, das disputas e regulação dos subsistemas públicos e privados no SUS:

> A diversificação dos cenários de aprendizagem deve caminhar pela lógica da construção de conhecimento, mediante interação, prática social e amplo contato com as realidades. Não serem os únicos fatores de exposição dos estudantes o livro e o professor. É notório que a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor (PINHEIRO & CECCIM, 2011, p. 31).

3. **O PRÓ-SAÚDE NO CURSO MÉDICO DA UFPE**

3.1 **O Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: compreendendo o percurso**

Contiguamente à proposta do PROMED, o Pró-Saúde engendra na programação do curso médico no ano de 2005 quando do lançamento de sua primeira versão voltada apenas para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia. A submissão de sua proposta foi descrita em um relatório intitulado "Documento Propositivo da Quarta Carta Acordo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED". As cartas acordos, por sua vez, funcionavam como documentos prestadores de conta e, ao mesmo tempo, também tinham o propósito de apresentar objetivos e encaminhamentos para o próximo período do convênio firmado.

> Entre novembro e dezembro de 2005[26] uma equipe de monitores participou da elaboração do Projeto Pró-Saúde, encaminhado pelo Ministério da Saúde em ação conjunta com o MEC e aprovado, conforme consta em Diário Oficial da União (UFPE, 2006).

Para além de demarcar a linha do tempo relativa à proposta do Pró-Saúde pelo curso médico, o destaque da citação acima teve o intuito de discutir o papel assumido pelos estudantes quando falamos das ações voltadas para a reforma do curso à época. Ao contar com uma equipe administrativa muito pequena e com professores expressamente tímidos e, particularmente resistentes às mudanças curriculares, a gestão do curso apostou e contou maciçamente com a participação dos estudantes nesse período[27].

Em que pese a importância dos estudantes em tais movimentos, a não implicação dos professores[28] com a gestão do curso e com os projetos que envolveram e envolvem revisões

---

[26] O período de vigência do Pró-Saúde no Curso Médico foi de 2005 até 2011, quando o seu último relatório foi elaborado e enviado.

[27] Parece ilustrativa nesse sentido, a situação em que os estudantes, com o propósito de conhecerem os conteúdos ministrados pelos professores ao longo do curso, tomaram a iniciativa de ficarem literalmente no pé da porta da sala de aula para receberem dos docentes os seus respectivos planos de ensino, há muito solicitado aos docentes pela coordenação do curso e há muito sem retorno.

[28] O curso atualmente conta com 289 professores distribuídos em 13 Departamentos e com um total, aproximado, de 900 estudantes matriculados.

de sua estrutura parece ser uma marca que se arrasta ao longo dos anos, persistindo, inclusive à revelia de dispositivos legais-institucionais, como observado nos depoimentos abaixo:

> Ela [coordenadora do curso à época] se aperreava muito por conta da... da baixa adesão dos professores daquele currículo né, então havia entre os Departamentos, havia Departamentos que a gente chamava das áreas duras, como cirurgia, clínica médica, as especialidades que sempre reagiram à mudança e sempre traziam o questionamento da retirada de conteúdos que eram para eles considerados cruciais... então assim, essa tônica de que o curso ía ficar precário, "que formação, que médico é esse que a gente tá formando" se está sendo retirada carga horária com conteúdos de especialidades que eles julgavam importante é... e isso até hoje ainda rola (Entrevistado A10)[29].

> Para você ter uma ideia nós é... tipo, convocamos o colegiado do curso de medicina, não foi ninguém (...) Nós tivemos que destituir o NDE [Núcleo Docente Estruturante], criar um novo, aí colocamos as reuniões sendo convocadas de oficio pelo Pró-reitor acadêmico (Entrevistado A13).

A adesão dos docentes, ou melhor, a não adesão dos docentes diante das mudanças impulsionadas pelo movimento de reforma curricular foi uma das principais dificuldades encontradas por um estudo realizado por Alves *et al*. (2013) com as escolas médicas que participaram do PROMED. Os autores apontam que, 14 das 19 escolas, ou seja, 73,7% delas, afirmaram a existência de resistência por parte de seus professores em se envolver no respectivo processo.

Diante deste cenário refratário, quais estratégias traçar? Segundo Alves *et al*. (2013) reconhecer tais obstáculos seria o ponto de partida para se alcançar qualquer possibilidade de mudança, além disso, enfatizam o potencial de contribuição dos atores do campo da educação nesse processo. Com o curso médico da UFPE não foi diferente, o Departamento de Educação participou ativamente da elaboração da proposta do novo currículo e de diferentes momentos de formação junto ao corpo docente. Ademais, consultores internos e externos também foram acionados com o intuito fazer mobilizar os professores frente ao processo da reforma.

> Feita ligeira avaliação da participação no Congresso da Rede Unida em Londrina e das visitas às Universidades de Londrina e Marília, no geral o aproveitamento foi muito bom e levantou questionamentos sobre que modelo a UFPE pretende implantar. Ficaram evidentes as dificuldades em mudar. Foram relatadas as coerências dos temas abordados no Congresso, culminando com as visitas. Foi elogiada a receptividade das equipes de Londrina e Marília (...) Sugeriu-se também trazer os professores que coordenaram os processos de mudança em Londrina e

[29] Com a preocupação de preservar a identidade individual dos participantes foi utilizado um código alfa-númerico de identificação para cada grupo de interlocutores (A – academia; G – gestão e E – estudantes). Ademais, também foi adotado o código [X] quando da possibilidade do interlocutor ser identificado.

> Marília para participarem do processo de capacitação dos professores (UFPE, 2003, p. 08)[30].
>
> Agora de fato, houve vários momentos de formação, muitos com consultores de diversos... consultores de fora, a turma de Marília... (Entrevistado A10).

Os encontros de formação são mencionados como um dos feitos proporcionados pelo Pró-Saúde, mas, para além da articulação destes, os recursos advindos do Programa também levaram, segundo os interlocutores, ao fortalecimento dos encontros do Núcleo Pedagógico Estruturador, o conhecido Nuped.

Reconhecido como uma das estratégias mais bem sucedidas pelos que estavam tocando o Pró-Saúde à época, o Nuped funcionou como um espaço de diálogo entre a gestão, os docentes e os discentes que passaram a se encontrar, religiosamente, nas quartas feiras pela manhã a fim de discutir uma pauta que respondia por questões pedagógicas, operacionais e organizacionais do curso.

> Eu acho que a estratégia foi muito, é bem sucedida e foi também no Nuped que a gente é... trouxe algumas discussões, inclusive a presença do Ministério da Saúde para falar sobre o Pro Saúde, pra tirar dúvidas sobre o que era Carta Acordo, qual, como é que funcionava, e o montante financeiro, como é que a gente tava organizando aquilo dentro do curso porque é... (Entrevistado A10).

A construção de espaços comuns no Curso Médico da UFPE chama particular atenção porque a estrutura física que abarca as suas atividades conta com as instalações do Hospital das Clínicas e de outros diferentes Centros Acadêmicos da Universidade, dificultando assim, a convivência e os encontros deste coletivo, como ponderado abaixo:

> Porque como é sabido o curso de Medicina ele é completamente atípico por não ter uma sede própria (...) É o único né é, é... inclusive em função daquele contexto de golpe militar né, que era daqui, Medicina funcionava neste prédio onde hoje é o CCS [Centro de Ciências da Saúde], mas como foi uma experiência de repressão, experiência não, foi uma prática de repressão e o curso tem todo o histórico desse... no relatório do PROMED, ele foi pra o Hospital das Clínicas onde passa a usar parte das salas do Hospital das Clínicas, parte das salas de Medicina Social, parte das salas de outro centro, então fica... você não consegue ter um espaço de convivência única de todos, todas as turmas de Medicina junto à coordenação e isso é completamente, é, isso é um, um, um limite grande né... (Entrevistado A10)

O limite de não contar com uma sede própria[31] também levou à dificuldade de gerir os recursos advindos do Programa quando tais rubricas se tratavam de reformas ou reparos

---

[30] Parte das informações trazidas neste capítulo foi baseada em documentos – projetos; relatórios; programações etc. cedidos pela assessoria da coordenação do Curso Médico, a qual participou tanto do momento do PROMED, como do período de vigência do Pró-Saúde.

físicos nas salas de aula que estavam instaladas dentro do Hospital, uma vez que "os recursos para o curso de Medicina não passavam pelo Hospital das Clínicas, então como você fazia uma reforma né, para um espaço que era administrativamente de responsabilidade de outro?" (Entrevistado A10).

Neste sentido, administrar e executar os recursos do Pró-Saúde foi tido como bastante problemático porque, além dos atrasos e do parcelamento do repasse, envolvia um leque de distintas ações que iam desde lidar com a situação exposta acima à realização de licitação para compra de equipamentos considerando, para tanto, a necessidade de diálogo com professores, estudantes e também com atores da Rede de serviços.

Isto porque, enquanto no edital do Pró-Saúde II os recursos voltados para os serviços seguiram ao modo fundo a fundo, na versão que envolveu apenas o Curso Médico, os recursos transitaram através da FADE (Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da UFPE), órgão responsável por viabilizar o material permanente para a Rede:

> No Pró-Saúde I é... ele vinha direto através da FADE e daqui... é... a gente já tinha na, na elaboração do projeto, a gente já tinha identificado com a Rede o que era... (...) relevante e aí todo esse material era repassado mediante fundamento, mediante tombamento, mediante um ofício... (Entrevistado A10).

Para além da aquisição de equipamentos para as unidades de referência do território ligado ao Curso da UFPE[32], as ações ligadas à integração ensino-serviço abarcou a negociação da entrada dos estudantes (especialmente na Rede de Atenção Básica) com a chegada de novos módulos na grade curricular da graduação; contou com a realização do II Curso de Especialização em Saúde da Família voltado para os profissionais de nível superior - potenciais preceptores da Rede e envolveu ainda a criação da Residência em Saúde da Família e Comunidade e a estruturação do Centro Integrado de Saúde (CIS).

Retrospectivamente, a criação dos módulos que previam a inserção dos estudantes na Rede requereu um grande estreitamento do diálogo com a gestão municipal da saúde, o que muito estimulou a criação, em 2007, de um Grupo de Trabalho (GT) voltado para a normatização da integração ensino-serviço do curso de medicina.

---

[31] Está em fase de conclusão a construção de um prédio no *campus* da UFPE para acomodar o Curso Médico que, segundo uma das participantes do estudo, irá contar com uma "gestão nucleada", considerando o desenvolvimento de um Núcleo voltado para o Projeto Pedagógico; um Núcleo para o Aperfeiçoamento Docente e, por fim, um terceiro Núcleo responsável pela Integração Ensino-Serviço.

[32] À época, em 2007, a UFPE ficou associada aos Distritos Sanitários IV e V dentre os seis Distritos que respondiam pela Rede de Serviços de Saúde de Recife, os quais abarcavam, respectivamente, 17 e 12 Unidades de Saúde da Família – a maior parte delas funcionando com mais de uma equipe.

Instituído em Portaria local (GAB/SS/PCR n° 105/07), o grupo teve em sua composição representantes da diretoria geral da Gestão do Trabalho, da diretoria geral de Atenção à Saúde e coordenações das três faculdades de medicina existentes à época: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade de Pernambuco (UPE) e Faculdade Pernambucana de Saúde/Instituto Materno Infantil (FPS/IMIP), com a função de:

> Apresentar propostas para a normatização da Integração ensino-serviço (territorialização para campos de prática das três Instituições de Ensino Superior – IES; diretrizes para a organização da inserção dos estudantes da rede de Atenção Básica e da Média Complexidade; diretrizes para a participação das IES na Política de Educação Permanente em Saúde da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] e diretrizes para a incorporação das Unidades de Saúde Universitárias na assistência de saúde à população) de acordo com a Política Municipal de Saúde (RECIFE, 2007, p. 01).

Segundo o documento acima, as principais deliberações e encaminhamentos deste coletivo foram: 1) a criação de GT para a mesma discussão para os cursos de Enfermagem e Odontologia, considerando o princípio da integralidade da atenção à saúde; 2) designação de um representante de cada Distrito Sanitário para articular, planejar e acompanhar o processo de integração ensino-serviço entre as IES e os serviços de saúde e 3) a instituição de um Fórum Permanente de Integração Ensino-Serviço com representantes dos segmentos da gestão, ensino, serviços e sociedade, como espaço permanente de negociação, pactuação do processo de integração ensino-serviço para fortalecimento da rede SUS enquanto instância de formação em saúde.

Ademais, este Grupo de Trabalho foi responsável por instituir os critérios de territorialização da Rede junto às Universidades, além de versarem sobre as diretrizes para a inserção dos estudantes nos serviços, considerando, por exemplo, a disponibilidade dos expedientes nas unidades; a relação do quantitativo de estudantes por profissionais; as modalidades de atividades a serem desenvolvidas etc.

Seguindo as orientações das DCNs, a entrada dos estudantes na Rede passa a se dar a partir do primeiro período do curso junto ao módulo de Saúde e Sociedade, seguindo nos 3° e 4° com Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I e II respectivamente, voltando apenas no final do curso com o internato em Saúde Coletiva I e II[33].

O caminho escolhido nesse sentido foi o de que os módulos abordariam conteúdos e atividades que partissem da noção de território até chegar o momento de vivenciar, no

[33] Há também outras inserções previstas nos níveis mais especializados da atenção. De acordo com os estudantes, eles participam no quinto, sétimo e oitavo períodos do que chamam de plantões obrigatórios em determinados hospitais da região metropolitana, além disso, citam que nas disciplinas clínicas existem visitas, junto aos professores, aos ambulatórios do HC.

internato I, a rede de atenção básica de maneira mais regular e contínua. Já no internato II, a aposta foi a de que o estudante pudesse "entender um pouco o sistema de saúde, o papel dos atores e as dificuldades que os municípios tem de garantir a continuidade do cuidado" (Entrevistado A6), considerando, à época, a inserção nas áreas da Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental e, mais recentemente, nas áreas das Vigilâncias, do Complexo Regulatório e da Rede de Saúde Mental.

Organizar a entrada dos estudantes nos respectivos campos, no entanto, não foi tarefa fácil e nem sempre contou com uma estrutura administrativo-operacional favorável, como aponta o trecho abaixo:

> Lá fui eu assumir o internato II, então, em pleno janeiro, janeiro um.. um... eu acho que foi tão pesada a história que, até o pé eu quebrei, em pleno janeiro, mês tradicionalmente de férias eu conseguir colocar aqui dentro do DMS [Departamento de Medicina Social] uma oficina com 34 representantes da gestão estadual e municipal (...) a gente construiu o internato II né, com o menino na regulação, na central de marcação, na vigilância sanitária e epidemiológica, no planejamento (...) aí cheguei a... a construir até uma espécie de regimento né pra o internato II, é... com o tempo, hoje, você tem duas secretarias do departamento, uma trabalha o internato I, a outra o II, na época eu era a secretária, eu era a digitadora eu era a professora, eu era a que ía pras reuniões do campo pra articular as visitas, eu era a que fazia visita de supervisão, entendeu? Porque era início, era início então... (Entrevistado 07).

Outra iniciativa geradora de grande mobilização por parte dos atores da academia foi o oferecimento do segundo Curso de Especialização em Saúde da Família, tido como uma importante ação desenvolvida a partir da chegada do Pró-Saúde, que visava tanta à integração com a Rede, como a qualificação de seus profissionais[34]. De acordo com o relatório analítico do Pró-Saúde (UFPE, 2008b, s/p) "entre 2005 e 2007, 272 profissionais de saúde da família participaram desta pós-graduação na UFPE".

Além do alcance de um número expressivo de participantes, o Curso possibilitou encontros deflagradores de outros coletivos, como descrito abaixo:

> Aí aqui eu começo com [X] na Gestão do trabalho na Prefeitura, onde a gente dispara aí o processo da Especialização em Saúde da Família, que eu coordenei junto com [X]. Da Especialização, a gente criou a residência. E tudo eram estratégias derivadas da reforma apoiada pelo Pró-Saúde (Entrevistado A9).

[34] É importante ressaltar que a oferta de pós-graduação e de processos de educação permanente voltados para a Atenção Básica se caracteriza, na proposta do Pró-Saúde (2007), como ação ou atividade do eixo relativo à Orientação Teórica (eixo A), assim, aproveitamos esse momento para pontuarmos que, em que pese haver diretrizes que se aproximam mais de determinado eixo do que de outro, é possível que em algumas delas, haja um certo "borramento" de seus propósitos e de seus rebatimentos. Nesse sentido, também podemos citar a produção e apresentação de trabalhos acadêmicos que versaram, dentre outros temas, sobre a integração ensino-serviço no 43° Cobem; a realização de encontros pedagógicos para se discutir os rumos do Curso Médico; a articulação com o Núcleo de Telessaúde (HC/UFPE) para viabilizar formação à distância de profissionais da Rede de Atenção Básica etc., a partir de apoio do Pró-Saúde.

Segundo uma das interlocutoras do estudo, houve dentro do Pró-Saúde um "projetinho" de apoio à estruturação da Residência em Saúde da Família e Comunidade, mediante a concessão de bolsas para os seus coordenadores, partindo do entendimento de que tal iniciativa representava um passo estratégico relevante a fim de rever a visão hospitalocêntrica preponderante naquela formação.

Criada em 2006[35], a Residência teve ao final de sua primeira turma quatro residentes formados, destes, um adentrou em um Programa de Mestrado e os outros três se inseriram na Rede e passaram a atuar como preceptores. Aqui, é importante frisar que um dos critérios construídos pelo Grupo de Trabalho citado acima afirmava que as unidades que contassem com residentes em saúde da família teriam prioridade para receber estudantes do internato, sinalizando assim, a preocupação destes atores com a qualidade do acompanhamento realizado aos discentes.

Por fim, o Centro Integrado em Saúde (CIS), como veremos, representa um lugar de relevo nos projetos do Pró-Saúde. O respectivo espaço tratava-se de um Centro de Treinamento da Sudene (Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste) cedido pela Universidade que, quando de sua extinção 2011, no então governo de Fernando Henrique Cardoso, ficou abandonado, requerendo assim, propostas e projetos de reabilitação de sua estrutura.

A questão da estruturação e "ocupação" do CIS aparece em diferentes documentos produzidos pela gestão do Curso Médico ao longo de mais de uma década. Diferentes também foram os objetivos voltados para este espaço - enquanto no momento áureo da Reforma Curricular havia o movimento de transformá-lo em uma unidade de saúde voltada para a prestação de serviços ambulatoriais, a partir da transferência de tais serviços advindos do Hospital das Clínicas, mais adiante a expectativa se voltou para a construção de um coletivo que desse conta, digamos, de uma prática de saúde mais ampliada. Nessa esteira, os trechos abaixo podem nos contar melhor detalhes dessa história:

> Concretizou-se o evento programado pelos estudantes para assumir a posse do prédio, promover a divulgação do PROMED, com a realização de mutirão de limpeza e feijoada de confraternização alunos/professores. Embora a adesão fosse menor do que a esperada, foi importante para o processo principalmente com a participação de um dos candidatos a Reitor e seu vice, que foram vencedores no

[35] Além da UFPE, a UPE também pleiteou junto ao Ministério da Saúde a aprovação de sua primeira turma de Residência em Saúde da Família e Comunidade, mas esta Universidade decidiu apresentar um projeto que envolvia tanto esta Residência, como a Multiprofissional, nesse sentido, segundo uma das interlocutoras, a iniciativa da UPE "foi ousada, queria, tipo assim, forçar a barra no Ministério, dizer assim, o seguinte, 'olhe a gente quer uma residência integrada médica e multi em saúde da família' (...) ousada, não mais não foi aprovada" (Entrevistada G12).

> pleito. Nas discussões com o futuro Reitor levantaram-se algumas alternativas para o prédio como: preservar ao máximo sua estrutura, utilizando parte como centro integrado de treinamento, para a Universidade e para a Rede a outra parte, com a construção de um prédio anexo para servir de Centro Integrado de Saúde, atendendo às necessidades do SUS, em atendimento de média complexidade e à integração docente-assistencial do Curso Médico (UFPE, 2003).

> O CIS era um equipamento abandonado e [X], na época o diretor do CCS [Centro de Ciências da Saúde] me pediu pra ocupar com atividades comunitárias, para não deixar o vandalismo e tal… e a gente começou a fazer grupos de mulheres, grupos de jovens, hipertensos… lá naquela área… A gente tirando o mato de dentro das… salas... e depois eu escrevi um projeto pra ele, para [X], que a gente apresentou para [X], né, que era a diretora do Distrito IV, na época e que topou a ideia de fazer lá uma unidade de, de… (...) uma unidade de cuidados integrais. Só que a gente propunha que ela fosse também uma plataforma de incubação de projetos de arte e educação. Aí, veio o circo, veio o cinema, veio a capoeira, é uma coisa que é mais comum no México, essa interculturalidade na saúde, né?! (Entrevistado A9).

Em 2013, o projeto do CIS foi retomado e mexido pela então coordenadora do Pró-Saúde III (o Pró-Pet), passando a ser instrumento de diálogo e negociação junto à Universidade e junto às Gestões Municipais[36] que participaram desta versão do Programa. Com a perspectiva de colocar em marcha o que foi pontuado pela interlocutora como o CIS acadêmico; o CIS de práticas integrativas e o CIS do usuário, houve uma negociação no sentido de acordar que, aproximadamente, dois terços[37] dos recursos destinados às instituições parceiras seriam investidos na reforma física do CIS:

> O acordo que a gente fez é que a parte que iria para as prefeituras a gente fez da seguinte maneira... é, dois terços desse dinheiro ou mais, a gente iria destinar para a reforma da estrutura física do CIS (...) e que para que esse dinheiro chegasse de forma menos burocrática, como a universidade não podia receber o repasse fundo a fundo, a prefeitura do Recife receberia esse dinheiro, mas com o compromisso de utilizá-lo na reforma do CIS e o restante dessa... desse dinheiro a gente dividiu entre as instituições parceiras prevendo a possibilidade de viagens de preceptores para apresentar os trabalhos oriundos dessas pesquisas (PET) em congressos né... (Entrevistado A5).

Passadas as respectivas negociações, o andamento do projeto de reforma do CIS esbarrou em um "nó" jurídico que levou certo tempo para desatar. Como a estrutura do CIS ainda não estava legalmente vinculada à Universidade e o trâmite para regularizá-lo rendeu muitas reuniões nos espaços da Câmara de Graduação e com a própria Reitoria até o momento

[36] Gestões da Prefeitura do Recife; da Prefeitura de Camaragibe e da Prefeitura de Olinda – as duas últimas são cidades contiguas ao Recife e fazem parte de sua Região Metropolitana.

[37] É importante ressaltar que os referidos recursos tratavam-se daqueles relativos ao Pró-Saúde que previa a sua divisão entre a Universidade e as instituições parceiras, nesse sentido, para a "parte" do recurso destinado à Universidade estavam previstas atividades de formação e compra de material de uso permanente e de abastecimento para o CIS. Além dos recursos do Pró-Saúde propriamente ditos, havia os recursos do "PET", esses voltados para o pagamento de bolsas de estudantes, preceptores da Rede e tutores da Universidade.

de sua homologação[38], o convênio com a Prefeitura ficou suspenso, o que, por sua vez, também suspendeu o processo de reforma por este ente até então:

> Daí é que precisam ser feitas as parcerias porque, ainda que a Prefeitura do Recife esteja lá dentro é preciso que essa parceria seja feita porque, de fato, não foi, por outro lado, tá com um recurso mas, é, se nega e eu entendo, a utilizar um recurso que tá nas contas dela em um prédio, em um edifício que não seja... e que não tenha um convênio, contrato (Entrevistado A5).

Segundo a interlocutora que esteve à frente deste processo, em face deste impasse, o recurso destinado à Universidade previsto para a compra de material para o CIS foi devolvido para o Ministério da Saúde, na expectativa de seu retorno quando da resolução das questões acima citadas. Mas enquanto a reforma não é viabilizada e o CIS não é devidamente equipado, há muitas ações e serviços sendo oferecidos neste espaço como o desenvolvimento de práticas integrativas (yoga, *tai chi chuan*) para a comunidade; o funcionamento de um Nasf (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) que conta uma equipe vinculada à Rede Municipal de Saúde e atividades extencionistas, ligadas às disciplinas oferecidas por diferentes cursos de saúde da UFPE.

E o Curso Médico, qual a sua relação com o CIS? Apesar de terem sido protagonistas em relação à sua "ocupação" e de terem profissionais dessa área atuando no Centro, há pouca menção de estudantes de medicina envolvidos em suas ações atualmente. Nesse sentido, foi ventilada a possibilidade do funcionamento de uma USF no CIS, uma vez que, por um determinado período de tempo houve a transferência de uma unidade desta natureza para o Centro, por outro lado, será que associar o estudante do curso médico à estrutura de uma USF, em detrimento de associá-lo a serviços e ações que envolvam outras formações e saberes, não seria reforçar práticas e conhecimentos de preservação das características desta formação?

Especialmente no âmbito do Pró-Pet (Pró-Saúde III) que envolveu, como pontuado, dispositivos indutores próprios do "modelo" do Pró-Saúde e próprios do "modelo" Pet-Saúde[39], o entendimento por parte dos participantes desta versão do Programa foi o de que, tanto os estudantes, como os professores do Curso Médico caminharam à margem da

---

[38] A homologação se deu apenas em agosto do presente ano (2016).

[39] Apesar do edital do Pró-Pet ter sido lançado em um período geralmente arrefecido das atividades acadêmicas - o mês de dezembro (2011), o projeto da UFPE conseguiu mobilizar um número grande de docentes que, juntos, escreveram 34 propostas de trabalhos voltados para a Rede SUS. Porém, das 34 propostas inscritas, devido ao contingenciamento de recursos, apenas cinco foram contempladas pelo Ministério da Saúde. Houve assim, a necessidade de uma seleção, realizada por uma comissão local formada por representares da academia e dos serviços, para apreciá-las. Ao final, ficaram três projetos sob a responsabilidade de Recife, contemplando as linhas de pesquisa (e intervenção) da saúde mental, rede cegonha e doenças crônicas não transmissíveis; um com o Município de Camaragibe, também sobre doenças crônicas e, por fim, o projeto que envolveu a linha de avaliação de programas de saúde, desenvolvido na cidade de Olinda.

proposta, sendo um dos elementos considerados nesse sentido, a falta de “espaços verdes” na grade curricular dos discentes:

> Eu acho que, particularmente, com os alunos da medicina a gente ainda observava isso [poucos espaços verdes] ainda com mais intensidade né, e os docentes também então é... com a docência também não é muito diferente e aí o motivo né, eu acho que também é diverso, não seria apenas a questão de uma sobrecarga, vamos dizer assim, de atividades docentes dentro do curso né, eu entendo que tenham outros fatores né que levam é... ao próprio investimento né, do docente nesses projetos, nessas atividades, apesar de que o Pet-Saúde promovia inclusive uma bolsa né, tinha uma bolsa que era um valor razoável... (Entrevistada A12)

A interlocutora acima acrescenta que, em que pese os representantes do curso sinalizarem para a importância da multi e interdisplinaridade, a sua perspectiva de funcionamento, ainda voltada e centrada no médico, na formação médica e nas suas questões disciplinares, certamente contribui para o enfraquecimento do diálogo e do trabalho coletivo.

Fruto do trabalho coletivo dos envolvidos no Pró-Pet, a disciplina chamada Integralidade em Saúde[40] foi apontada como uma iniciativa importante da terceira versão do Pró-Saúde e também contou com uma participação refratária por parte do Curso Médico. Voltada para estudantes dos diversos cursos da saúde, ao ter a sua proposta apresentada em reunião do Departamento de Medicina Social parece não ter despertado o interesse esperado por parte desse colegiado:

> Até então a gente não teve nenhum momento, salvo é, por iniciativa da professora [X], nenhuma ajuda do curso médico, nem do ponto de vista da colaboração de docentes, salvo [X] que, voluntariamente, e com a sobrecarga de trabalho que eu sei que ela tem, ela veio, mas a gente até agora não conseguiu que nenhum estudante de medicina se matriculasse na disciplina e aí eu até pedi voz numa reunião no Departamento de Medicina Social porque eu entendi que esse Departamento era o mais... e aí lá fui explicar a disciplina e tive que ouvir que o curso médico não tinha interesse porque todo aquele conteúdo programático já era ministrado em disciplinas do curso médico, mas isso eu sei que em odontologia tudo o que é integralidade em saúde fala também, já é trabalhado lá, só que em odonto, como em medicina, não numa perspectiva multidisciplinar.

O Caráter multidisciplinar parece ter sido a aposta do lançamento do Pró-Saúde II que se voltou para todos os cursos da Saúde e, no caso da UFPE, contou com a participação de 10

[40] Requisito do edital Pró-Pet, trata-se de uma disciplina eletiva que foi oferecida pela primeira vez no segundo semestre de 2014, seguida pelos semestres de 2015.1; 2015.2 e 2016.1 e que, tanto conta com estudantes de diferentes cursos, como com professores de diferentes áreas do saber na saúde. Enquanto aguardam a reforma do CIS, as aulas teóricas estão acontecendo na Universidade, mas tendo como cenários de prática o NASF que atua no CIS. Também há a expectativa, a partir da negociação com as devidas instâncias, de transformá-la em uma disciplina obrigatória, considerando por outro lado, que este se trata de um processo mais trabalhoso porque requer alterações nas grades curriculares dos cursos envolvidos.

destas graduações, ensejando assim, maior proximidade e diálogo entre os cursos, como aponta a interlocutora abaixo:

> Eu acho que foi um grande avanço para a gente entender que precisava trabalhar junto e começar a se, a se conhecer porque uma coisa é você falar que precisa trabalhar junto e você nem sabe aonde é o curso e não sabe quem são as pessoas, então eu acho que isso foi, foi fundamental para, você ia pra uma reunião encontrar as pessoas lá, ia embora e ninguém... e ai a gente começou a conhecer o projeto pedagógico, aí o que eu achei que foi fundamental e porque esses cursos tinham mais compromisso em fazer a reforma apesar da Reitoria cobrar essa reforma mas quem tava no Pró-Saúde se sentiu muito mais cobrado (Entrevistado A4).

Apesar do Curso Médico não ter participado do projeto do Pró-Saúde II, uma vez que a sua proposta ligada ao edital de 2005 ainda estava em vigência[41], os relatórios produzidos pelo curso avaliam como um "progresso" a aprovação do Pró-Saúde II por promover uma ampliação no número de cursos e, nesse sentido, sinalizam a busca de diálogo com outras graduações, ao apontar, por exemplo, a intenção de:

> Viabilizar um projeto experimental de formação de grupo interdisciplinar com profissionais (docentes e não docentes) das áreas de medicina, nutrição, psicologia e outras, para dar suporte técnico às equipes de atenção básica possibilitando ao estudante a participação em momentos de prestação integrada do cuidado à saúde (UFPE, 2008, p. 11).

Entretanto, no respectivo documento esta proposta se apresenta como ainda não discutida, considerando como dificuldades para tanto a ausência de "recursos humanos e recursos financeiros".

O encontro de "recursos humanos", por outro lado, parece ter sido impulsionado pela aprovação do Pró-Saúde II, em que pese haver alguns entendimentos diferentes sobre a participação do Curso Médico nesse sentido:

> Foi muitíssimo discutido aqui nessa sala. (...) olha, tinha presença de odonto, tinha presença de enfermagem, tinha presença, eram nove cursos com mais Serviço Social e Psicologia... (Entrevistado A10).

> Mas assim, o curso de medicina nunca ajudou os cursos, nunca, essa é uma grande verdade, apesar de eles estarem, terem saído na frente certo, a gente nunca teve apoio para nada do curso de medicina, nunca, o curso de medicina dentro de CCS [Centro de Ciências da Saúde] seria uma ilha certo, ele é uma ilha, aí, inclusive nas reuniões de Câmera de Graduação a gente percebe muito isso, que os cursos se unem para barrar, para barrar um pouco as coisas de medicina (...) o curso de medicina não dá apoio a ninguém, nem o Pró-Saúde, a gente veio aqui mesmo,

[41] Proposta esta que seguiu à época, por diferentes motivações, sem a companhia da Enfermagem e da Odontologia – cursos hábeis à participação desde a primeira versão do Pró-Saúde.

> antes lá, num... não, a gente fez o curso na cara e na, o projeto, na cara e na coragem (Entrevistado A4).

Entre as possibilidades e as não possibilidades proporcionadas pela chegada do Pró-Saúde, passaremos neste momento às questões metodológicas que procuraram registrar as perspectivas adotadas para, dentre outros elementos, compreender as contribuições dos interlocutores que participaram deste estudo e para prosseguirmos com o processo de entendimento sobre o Programa e sobre sua inflexão no diálogo da academia com os serviços.

4. **OS PASSOS METODOLÓGICOS**

4.1 **Abordagem do espetáculo: a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva à luz do construcionismo social**

Ao tecer um paralelo entre a *dança* e o processo criativo, Pontes *et. al* (2005, p. 442) ressaltam que a raiz dessa palavra está associada à "tensão": "os músculos tensos, o corpo todo envolvido, para expressar o indizível com a máxima intensidade". Os autores chamam atenção, entretanto, de que o tônus que nos mantém de pé não precisa ser excessivo e estressante, mas que, assim como a dança, pode ser vivido com alegria, confiança e acolhimento.

Tomando como ponto de partida a estreita relação que une e entrelaça a pulsão criativa à elaboração de uma produção científica, por quais caminhos poderemos então percorrer? Mattos (2010, p.73) nos lembra que o primeiro movimento para "acertar" o passo nesse sentido é o conhecimento do estado da arte do campo que se pretende aproximação e inscrição. Requer, para ele, a compreensão dos pressupostos adotados e partilhados entre os pares da respectiva comunidade científica e o movimento de levantar questões que favoreçam tal contato: "há estudos sobre o mesmo tema?" "Há alguma polêmica em curso que pretenderemos resolver com nosso trabalho?" "Ou pretendemos polemizar com a posição defendida por um certo autor?"

Nesse sentido, de qual campo estamos falando? Ainda que o debate da Educação na Saúde apresente um corpo teórico-epistemológico próprio, é possível afirmar que, no Brasil, ele costuma ser problematizado no campo mais amplo da saúde coletiva.

De acordo com Mattos (2015), os estudantes que transitam no palco da saúde coletiva, em que pese carregarem consigo as singularidades que lhes são próprias, costumam apresentar diferentes repertórios que formam, segundo o autor, um mosaíco de tradições. Tais configurações seriam compostas a partir dos conceitos e teorias que lhes são apresentados antes mesmo da inserção no campo; a partir do contato com a literatura e com os suas respectivas correntes teóricas e, por fim, a partir da grande influência de "professores e orientadores que participam desta interação ao longo de sua formação". Desta forma, quando nos referimos à produção de conhecimento na arena da saúde coletiva:

> Não teríamos em uma única tradição de pesquisa os elementos para julgar a qualidade de um trabalho em relação a outros, uma vez que não há um terreno único; o que não impede, contudo, de analisarmos nossos trabalhos à luz do próprio vocabulário em que o estudo se constrói. Ou seja, a análise se faria com base nas escolhas teóricas, nos diálogos com os autores que foram privilegiados pelo pesquisador – e nas suas escolhas metodológicas – e, sobretudo, na capacidade de, por meio dessas escolhas, equacionar e resolver as questões que se apresentam (MATTOS, 2015, p. 72).

Considerando, como pontuado acima, o papel do pesquisador sobre suas escolhas teóricas e metodológicas, vale destacar neste momento a identificação da autora com a perspectiva do construcionismo social que se apresenta, por sua vez, como um movimento crítico e multifacetado, constituído a partir do diálogo entre diferentes disciplinas. Para Vilela & Souza (2014, p. 50) a melhor definição de construcionismo social é procurar não defini-lo de maneira simplificada e estável, por esta razão: "uma opção é falar em termos de movimento construcionista social, com ênfase nas mudanças, alterações, fluidez e densidade nesse campo".

Ao se reportar a essa perspectiva, Moscheta (2014) aponta a seara da pós-modernidade como terreno fértil de sua inflexão e se cerca de elementos do universo das artes, do discurso científico e da linguagem a fim de ilustrá-la a partir de tais dimensões.

Para o autor, enquanto na modernidade as produções artísticas se preocupavam mais em representar e em retratar, na pós-modernidade a inovação e o intento em provocar parecem ter alcançado grande legitimidade neste campo[42]. O discurso científico, por sua vez, não mais se arvora a desmistificar a realidade e a anunciar a verdade, propõe, ao contrário, um convite ao questionamento de toda forma de consenso e à busca por compreensões polissêmicas e plurais. Recorrendo à compreensão de Moscheta (2014, p. 33), o discurso científico na pós-modernidade se situa "como uma possibilidade discursiva, como uma forma de narrar que produz efeitos em nosso modo de viver, e não como modo privilegiado de ter acesso à verdade".

Nesse sentido, Souza (2014) aponta que, para o construcionismo social, toda verdade deve ser compreendida com "v" minúsculo, tal perspectiva parte do entendimento de que a verdade é tida como tal porque um grupo ou comunidade a legitimou, utilizando as dimensões históricas e culturais para a sua construção, assim, questiona-se a ideia de uma verdade

[42] Quando pensamos na expressão artística da *dança*, é possível afirmar que os traços modernos apostavam em movimentos sincrônicos capazes de representar as emoções com um fim e com uma intencionalidade, buscando traduzir um estilo mais técnico e estético; já a versão pós-moderna evoca a desconstrução dos movimentos seqüenciais, apostando em "um bailarino mais apto a se mover adentrando novos territórios, arriscando-se a se expor, revelar-se em cena, resolvendo no corpo soluções para problemas da improvisação" (MUNIZ, 2011, p. 09).

absoluta, ou como ressalta a autora, a Verdade com “V” maiúsculo, a qual permaneceria estável e inconteste, independente do contexto que a produziu.

A propósito, a própria noção de discurso construcionista social também se coloca “como mais um modo de construir um entendimento sobre o mundo e sobre as pessoas”, possibilitando, assim, maior diversidade, tanto nas compreensões como nas intervenções sobre os acontecimentos (CORRADI-WEBSTER 2014, p.73).

Moscheta (2014), por fim, lança mão do entendimento sobre a *linguagem* ao longo dos tempos e localiza desde o seu sentido ligado à representação e transmissão de significados, passando à ideia de um jogo lingüístico muito mais arbitrário do que imaginamos:

> O significado de uma palavra depende de sua oposição ou diferença em relação a outras palavras. Portanto, o que é dito se apresenta (no sentido de estar presente), mas traz consigo um pano de fundo de ausências, sem o qual não faria sentido. Dizer branco só faz sentido se imediatamente tivermos como pano de fundo conceitual a noção de preto ou de colorido (MOSCHETA, 2014, p. 33).

Assim, ao optarmos por determinados usos das palavras em detrimento de outros ou, no caso de uma investigação científica, optarmos por determinadas perguntas em detrimento de outras, estamos inevitavelmente escolhendo e suprimindo possibilidades, estamos, portanto, colocando em cheque qualquer perspectiva de neutralidade.

Nesta esteira, ao questionar a ideia de uma ciência neutra, Minayo (2010) defende que todo o processo de construção teórica envolve a dialética entre a subjetivação e a objetivação e que, neste entremeio, há o espaço para o que a autora chama de “criatividade do pesquisador,” o que daria margem, segundo ela, aos diferentes achados de pesquisas quando da investigação de ‘objetos’ comuns.

A noção de “capacidade criativa” se relaciona, segundo Minayo (2010), com a experiência reflexiva do pesquisador; com sua memória intelectual, com sua capacidade pessoal de análise, de síntese teórica e de exposição lógica e, por fim, ao seu nível de comprometimento com o objeto.

O comprometimento do pesquisador com o objeto de estudo é um elemento que nos chama atenção por termos, durante muito tempo, a prerrogativa da necessidade de certo distanciamento entre o pesquisador e a realidade a ser investigada a fim de se galgar, em última instância, maior neutralidade e, portanto, maior legitimidade para a produção científica. E, em:

> Não sendo possível garantir a neutralidade e a objetividade, e tomando por base que com a linguagem constroem-se realidades, os pesquisadores que se baseiam no discurso construcionista social procuram estar atentos às suas escolhas e tentam

> fazê-las considerando o modo como gostariam de construir seu objeto de estudo. Assim, a postura de neutralidade dá lugar à postura de engajamento, pois, ao considerar que o conhecimento que produz não é neutro, o pesquisador se compromete com o que quer produzir (CORRADI-WEBSTER, 2014, p. 80).

Ao se debruçar sobre a respectiva questão, Schraiber (2015, p. 41), pontua que é bastante comum nas investigações que envolvem o campo da saúde coletiva haver, por parte dos pesquisadores, grande compromisso ético-político com os propósitos da democratização da saúde e, ainda, que, em algumas situações, estes pretendem estudar "os usuários do serviço (gestão ou assistência) em que ele próprio atua ou que estão sob gestão de conhecidos/amigos", conferindo assim, maior complexidade ao fenômeno.

A autora questiona, assim, a viabilidade do sujeito-pesquisador de, ao interagir com seu objeto de estudo, seguir o percurso investigativo sem contaminar os seus achados por suas preferências ou crenças pessoais, o que poderia limitar os respectivos resultados ao que já se sabia ou ao que gostaria que fosse produto de seu estudo. Por outro lado, ressalta que a existência e o exercício da subjetividade não podem negar a produção de conhecimentos:

> Retomando essas considerações por outro ângulo, quero afirmar a possibilidade de produzirmos, em interação com o objeto de nosso estudo, conhecimentos que não se limitem a nossos entendimentos pessoais acerca de nossas vidas cotidianas, ou a nossos desejos de como a vida deveria ser. Para tal, é necessário um movimento que reconheça esses entendimentos pessoais e os distinga e separe do conhecimento a ser produzido durante a pesquisa (SCHRAIBER, 2015, p. 45).

E sobre quais recursos podemos lançar mão para então distinguirmos as diferentes modalidades de conhecimento? Schraiber (2015) recorre à noção de "estranhamento ao que é familiar" utilizada por Gilberto Velho (1978) para dar pistas de como podemos exercitar uma postura alerta e atenta a despeito de qualquer olhar mecânico ou automático que venha arrefecer a potência reflexiva da pesquisa.

Velho (1978, p. 128), por sua vez, afirma que aquilo que vemos e encontramos com certa freqüência e continuidade pode ser familiar sem, necessariamente, ser conhecido, ao passo que cenários distantes de nosso cotidiano podem ser, até certo ponto, conhecidos. Porém, é claro para o autor, que o processo investigativo de objetos familiares envolve aspectos diferentes da compreensão daqueles considerados 'distantes'.

Analisar o familiar, no sentido daquilo que está mais próximo das sociedades modernas (seus grupos étnicos, geracionais, hierárquicos etc.) pode, por exemplo, facilitar o processo de compartilhamento dos achados do estudo com os pares. Desta forma, sublinha Velho (1978, p. 130), "a minha interpretação está sendo constantemente testada, revista e

confrontada". Por outro lado, o pesquisador também pode se comprometer pela rotina, hábitos e estereótipos que conduzem a um determinado mapa diagnóstico, sem, contudo, levar à compreensão dos princípios e mecanismos que o organizam, imprimindo aí, mais uma vez, a importância de se valer da reflexão sistemática ao que é familiar e de sua respectiva problematização[43].

Ainda sobre a implicação do pesquisador com o objeto eleito, mas agora adentrando no debate sobre o estudo de políticas, Mattos (2011) sublinha que o seu reconhecimento se caracteriza como condição primeira para impulsionar o processo reflexivo, o qual, segundo o autor estaria atrelado ao envolvimento de três dimensões, quais sejam, a autorreflexão do pesquisador; a reflexão sobre o objeto e a reflexão do processo de construção e reconhecimento deste objeto pelo analista, considerando que:

> Se já há um interesse por analisar política é porque já ocorreu a entrada do analista no jogo e, por isso, não há como não se implicar e não se reconhecer nele; mas para se reconhecer é preciso romper, sair do espaço da obviedade e do sentido normativo da política, sair do domínio daqueles que entendem de política para assumir a postura de quem não entende, mas que pode falar e refletir sobre ela; assumir que não se quer render-se ao domínio daqueles que, pretensamente sabem o que é política (MATTOS, 2011, p. 66).

E sobre qual iniciativa política no campo da Saúde Coletiva, mais particularmente no terreno da Educação na Saúde, pretendemos nos debruçar a partir dos cuidados sugeridos acima?

4.2 **O objeto da dança ou o que busca a coreografia?**

O presente estudo pretende investigar o processo de adoção do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - no Curso Médico da Universidade Federal de Pernambuco, considerando suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços.

---

[43] As considerações acima assumem particular inflexão porque a autora do estudo transitou, ao longo de dois anos, no lugar de professora substituta à frente de módulos que preconizavam a interação dos estudantes com a rede de serviços, entrando em contato, pois, com potenciais pessoas, situações e cenários envolvidos no processo investigativo.

Trata-se de um estudo de política na prática, portanto, não se trata de um estudo de implementação. Não estamos interessados nos temas e no vocabulário mais tradicional que toma as políticas a partir de ciclos comumente contemplados através da formação da agenda, formulação da política, implementação e avaliação dos resultados (REZENDE, 2013). Ao contrário, a perspectiva adotada procura romper com o modo normativo e prescrito de se entender os processos políticos (BAPTISTA & MATTOS, 2011).

De acordo com Baptista & Rezende (2011), a concepção de que a construção da política se dá através de ciclos pré-estabelecidos, ou seja, através de uma lógica simples e linear, está ligada a uma perspectiva de política enquanto estatuto de verdade, enquanto essência a ser descoberta. Tal visão acompanha a perspectiva, da época, de uma visão de ciência universal, constituída por teorias explicativas à sua imagem e semelhança.

Entretanto, em que pesem as críticas de se partir de uma visão racional e funcionalista, em tempos menos remotos ainda persiste a ideia de um ciclo de políticas, podendo ser localizada, segundo as autoras, em grandes volumes de estudos que se valem da análise de momentos ou fases do processo político (BAPTISTA & REZENDE, 2011). Sobre esta discussão, elas acrescentam:

> A ideia de um ciclo da política com fases delimitadas parece funcionar muito mais como um artifício para o controle e definição de políticas que subsidiem a tomada de decisão do que para análises críticas dos processos políticos em curso. Na perspectiva crítica do processo político, importa saber em que contextos se inserem as políticas (as especificidades) e o arranjo que se constitui em cada caso, de modo a possibilitar análises que reflitam o debate político em questão e que não são simples reproduções de modelos políticos racionais e universais (BAPTISTA & REZENDE, 2011, p. 161).[44]

[44] Nesta esteira, é importante chamar a atenção para a perspectiva defendida por Stephen Ball, a qual parte de um questionamento radical ao modo tradicional de se analisar e conceber políticas. De acordo com ele, cada política a ser estudada assume um caminho único e particular, permeado pela conjuntura histórica que a acompanha. Partindo destes preceitos, Ball sugere que superemos a ideia de ciclos e passemos a compreendê-la a partir de contextos, considerados pelo autor como "uma dimensão dentro da qual as políticas se movem e os consensos e conflitos acontecem" e que, diferentemente da lógica da política em etapas, assume um caráter não temporal e não seqüencial. Nesse sentido, os contextos denominados por Ball são: o contexto da influência; o contexto da produção de texto e o contexto da prática. O 'contexto da influência' se caracteriza pela construção dos discursos políticos que subsidiam a construção das políticas, sendo marcado pela aproximação dos movimentos sociais e demais grupos políticos, partidários ou não, a fim de terem suas demandas contempladas. O 'contexto da produção de texto', por sua vez, traduz o cenário em que os textos políticos tomam corpo e sua materialização geralmente assume diferentes meios de transmissão – desde os textos políticos e pronunciamentos oficiais a comentários não oficiais. Ainda sobre os textos políticos, podem apresentar contradições e falta de coerência, além de terem o uso dos termos-chave da política em tela impresso de diferentes maneiras. Tais ponderações sugerem, assim, a cautela de se levar em consideração o tempo e o local de sua produção para melhor compreendê-los. Por fim, o 'contexto da prática' sinaliza o movimento de interpretar e traduzir os textos para determinada realidade. Tal movimento envolve questões ligadas aos recursos disponibilizados pela política; às repercussões da possível interação entre a política nova e a política antiga e o desafio de 'ajustar' o cenário idealizado para o qual a política fora produzida com as realidades institucionais. Em que pese possíveis associações entre os respectivos contextos com as faces tradicionais do ciclo da política, considerando especialmente o último contexto abordado (o contexto da

Assim, ao se seguir o passo problematizador da perspectiva de um ‘deve ser’ das análises políticas, espera-se rever o modo formal de compreendê-las, espera-se, pois que seu entendimento busque “nas práticas sociais as formas de construção das políticas públicas em cada contexto” (BAPTISTA & MATTOS, 2011, p. 63), uma vez:

> Que a política precisa ser vista como uma prática de embates e conflitos de interesses, de posições e percepções de mundo, que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressa uma forma historicamente construída de viver e reproduzir da sociedade (BAPTISTA E MATTOS, 2011, p. 63).

Ao apostar no cotidiano das instituições e das práticas busca-se valorizar os processos, os sujeitos e as histórias tecidas, mas não as grandes histórias, marcos ou acontecimentos da política. Segundo os autores, deve-se ficar atento para os indícios e vestígios capazes de sinalizar, para os mais sensíveis, os discursos ‘não ditos’, os embates, as contingências e os acasos surgidos no percurso da política, uma vez que:

> Se restringimos a análise às representações formais e aos atributos esperados por cada grupo perdemos a oportunidade de visualizar a teia de relações e interferências que se apresentam no processo político e que se processam nas relações entre os sujeitos, ou seja, deixamos de colocar em análise como os representantes legais da política estabelecem as mediações com grupos externos ao poder institucional e também como apresentam seus próprios interesses (BAPTISTA & MATTOS, 2011. p. 72).

Assim, neste estudo interessa-nos os rebatimentos do Pró-Saúde sobre os atores, sobre as costuras e os caminhos trilhados quando nos referimos à integração ensino-serviço no curso médico da UFPE. Certamente, esses rebatimentos se somam aos rebatimentos das outras políticas que, com suas continuidades e rupturas, produziram efeitos sobre pessoas e caminhos trilhados. Ou seja, não se pode imaginar que os efeitos dos projetos do Pró-Saúde sejam apenas decorrentes deles, sem levar em conta as eventuais mudanças nas práticas dos atores a partir de propostas anteriores. Isto significa indagar sobre as apropriações e misturas de propostas distintas, e até mesmo contraditórias no nível local.

---

prática em relação à fase de implementação da política), o autor defende o movimento de imbricação dos contextos, chamando a atenção, por exemplo, de que é possível no contexto da prática, apontarmos elementos tanto do contexto da influência, como da produção de texto (REZENDE & BAPTISTA, 2001).

> Significa reconhecer, portanto, que uma história específica faz parte também de uma história geral e que os desafios locais na construção de uma política são a expressão de dilemas nacionais, bem como de dilemas locais (BAPTISTA & MATTOS, 2011, p. 68).

Partindo de tais preceitos, algumas perguntas acompanharam o respectivo processo investigativo: qual a relação entre os atores, em especial os do curso médico, que fizeram parte da história de Revisão dos Currículos e dos Pólos de Educação Permanente (UFPE), com a atual proposta do Pró-Saúde?; Quais as intercessões entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (em sua primeira versão) e o lançamento do Pró-Saúde, considerando as costuras e os possíveis dissensos?; "Como o Pró-Saúde incide nos cenários de práticas adotados e na pactuação da academia com os serviços?

4.3 **Área do estudo e participantes: o palco e os bailarinos**

Para Minayo (1994), os critérios de seleção de uma amostra devem se preocupar em definir claramente o grupo social mais relevante para a entrevista e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, de modo que a escolha do *lócus* abarque o conjunto de sujeitos e de experiências de interesse do estudo.

Partindo dessas considerações, a presente pesquisa teve como *lócus* privilegiado o Curso Médico da UFPE. Tal escolha se deu por localizarmos nas escolas médicas a assunção da linha de frente quando nos reportamos às proposições de mudanças e reformas do ensino no campo das ciências da saúde (CECCIM & CAPOZZOLO, 2006) e, quanto à adoção do Curso Médico da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) deve-se ao curso ter desenvolvido diferentes iniciativas a fim de levar adiante o processo de reforma curricular e a respectiva revisão da integração ensino-serviço em sua grade formativa, bem como por ter sido contemplado no edital do Programa (Pró-Saúde) em discussão.

Dentre estas iniciativas ligadas à reforma curricular, podemos citar: a criação de um grupo responsável pelo processo de integração ensino-serviço no curso; a contratação de uma assessoria pedagógica à luz do novo Projeto Pedagógico (PP); oferecimento de seminários e oficinas para docentes e atores da gestão a fim de viabilizar os encaminhamentos sugeridos no PP; apoio à participação de docentes no curso de especialização voltado para ativadores de

mudanças, além do estímulo à mobilização dos estudantes frente às questões relacionadas ao processo formativo do curso (UFPE, s/ano).

Em relação aos sujeitos, o estudo buscou contemplar os atores que se envolveram no processo de integração ensino-serviço a partir dos dispositivos do Pró-Saúde junto àqueles relacionados com o movimento de mudança do ensino no curso médico da UFPE.

Assim, a amostra do estudo foi composta por 25 participantes distribuídos em dois grandes grupos: o de atores da academia e o de atores da gestão, contemplando respectivamente, 13 e 12 participantes. Além disso, também houve a participação, via roda de conversa, de 21 estudantes concluintes do Curso Médico, aparecendo como o terceiro grupo de atores.

Grupo Academia

3 Coordenadores do Curso Médico;
2 Coordenadoras do Pró-Saúde;
2 Gestores de Ensino;
3 docentes envolvidas com módulos que prevêem a integração ensino-serviço;
3 Informantes Privilegiados[45]

Grupo Gestão

1 Secretária Executiva da SGTES do Município de Recife;
1 Assessora Técnica da SGTES do Município de Recife;
2 Coordenadoras da Integração Ensino-Serviço (dos Distritos Sanitários IV e V)[46];
3 Preceptores da Rede de Atenção Básica do Recife - Distritos Sanitários IV[47];

---

[45] Tais participantes foram identificados e escolhidos ao longo das etapas do estudo, especialmente durante as entrevistas com os demais atores participantes do mesmo. De acordo com Bisol (2012), os informantes privilegiados são pessoas com profunda propriedade do tema e da comunidade a ser investigada, podendo se caracterizar como colaboradores especiais do estudo pela sua vivência, experiência e reconhecimento dos pares.

[46] Na entrevista com a coordenadora da integração ensino-serviço do respectivo Distrito, também houve a participação da coordenação que responde pela parte do que elas denominaram de “RH” do DS IV, por isso o quantitativo de entrevistas deste grupo foi de 12, ao total.

[47] Em princípio, o critério de escolha para a participação dos preceptores no estudo, seria o tempo ampliado no serviço, de modo que pudessem ter convivido com as possíveis repercussões do Pró-Saúde desde o início do Programa, no entanto, devido à dificuldade de informações sobre este critério por parte das coordenações dos DS IV e V, uma vez que as mesmas passaram a ocupar este lugar institucional a partir da mudança de gestão (em 2012), a aproximação com este grupo terminou por se dar com aqueles que se colocaram à disposição para a entrevista, de modo que o critério passou a ser: o exercício de preceptoria com estudantes do curso

3 Preceptores da Rede de Atenção Básica do Recife - Distrito Sanitário V;
1 Informante Privilegiado

Grupo de Estudantes
21 estudantes cursando o internato I do Curso Médico da UFPE

De acordo com Schraiber (1995; 2015), mais do que pesquisar "tudo", é importante estar atento a um conjunto de informações que forme um "todo", passível de certa delimitação, mas que seja capaz de trazer sínteses abrangentes. Nesse sentido, a autora discute o 'critério de exaustão' para a definição do número de sujeitos de uma dada amostra afirmando que:

> Ainda que possa sugerir a ideia de um rol exaustivo, diz respeito muito mais à compreensão que se completa acerca do objeto de estudo, quando começamos a perceber situações e contextos que retornam, e não à mera repetição de temas ou questões (SCHRAIBER, 2015, p. 37).

Neste momento, prossegue a autora, o pesquisador consegue perceber a ideia de um "todo", contextualizando o que está em estudo a partir do conjunto do material recolhido, podendo assim concluir a etapa relativa ao levantamento das informações via entrevistas, observações ou grupos focais.

4.4 **Fontes de Informação: a inspiração e a edificação do espetáculo**

As etapas de levantamento das informações consistiu em:
1) Revisão da literatura sobre o tema e análise documental – esta etapa contou com o debruçamento sobre as iniciativas de mudança na formação, mais particularmente na formação médica junto à análise de documentos envolvendo projetos e relatórios produzidos pelos próprios atores do curso médico da UFPE. O contato com este material junto à revisão da literatura, permitiu, assim, a compreensão do estado da arte do tema em tela; a elaboração dos instrumentos de coleta de informações, bem como favoreceu a escolha dos sujeitos que participaram da amostra desta pesquisa.

---

médico da UFPE. Nesse sentido, é importante pontuar que a aproximação com preceptores de diferentes perfis, certamente possibilitou um olhar mais ampliado sobre o atual campo de práticas, bem como possibilitou a compreensão dos rebatimentos das três propostas/editais do Pró-Saúde.

2) Construção da linha do tempo – segundo Dias *et al*. (2013, p. 1516) a linha do tempo pode permitir o compasso da trajetória da política estudada e permite *"*a identificação de inflexões que ajudaram a demarcar momentos específicos do percurso da política e interpretá-los segundo suas principais características*"*. Assim, este recurso foi utilizado por facilitar o entendimento das políticas legais, das narrativas e das contradições existentes no campo de estudo.

3) Realização de entrevistas com roteiros semi-estruturados - considerada como instrumento de coleta de dados primários, a entrevista caracteriza-se por permitir a troca intencional de informações entre as pessoas, possibilitando ao entrevistador recolhê-las através da fala dos atores sociais (MINAYO, 1994; TANAKA & MELO, 2001). Do ponto de vista do construcionismo social, 'a fala dos atores sociais' pode ser entendida como prática discursiva, ou seja, "como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade" (PINHEIRO, 2013, p. 159)

De acordo com Minayo (2010), a realização da entrevista pode ser facilitada pela adoção de um roteiro semi-dirigido capaz de possibilitar maior flexibilidade nas conversas e a captação de novas questões trazidas pelos atores em suas respectivas narrativas. Nesse caminho Shraiber (1995) acrescenta:

> O roteiro, em particular, assume o papel de guia de narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho da reflexão ou memória auxiliar. Deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a seqüência das questões que o relato produz (SHRAIBER, 1995, p. 68).

A adoção das entrevistas, como instrumento de escuta dos participantes no contexto das análises de política foi evocada por um grande estudioso deste campo chamado Jonh Kingdon. De acordo com Baptista & Rezende (2011), Kingdon[48], ressaltou que, ao contrário das informações obtidas através dos documentos formais, as entrevistas e os estudos de caso foram as estratégias de pesquisa que mais possibilitaram o alcance de seus achados,

[48] Autor do livro intitulado: Agendas, Alternatives, and Public Policies, cujos estudos versaram sobre as políticas de saúde e de transporte com o objetivo de compreender "por que e quando os temas da política eram eleitos, como eram percebidos pelos governos e como as alternativas de política eram geradas". Nesta pesquisa houve a realização de 247 entrevistas (BAPTISTA & REZENDE, 2011, p. 166).

considerando a sua relevância para: 1) identificar e descrever os temas da agenda política; 2) investigar porque alguns temas se projetam e outros não e 3) contribuir na teorização sobre o processo de formulação de políticas.

Considerando, pois, a importância da entrevista em trabalhos que versam sobre o entendimento de políticas, esse foi o instrumento utilizado no presente estudo ao longo dos meses de julho a setembro do presente ano (2006), seguido de um roteiro semi-estruturado (apêndice A) e dos cuidados e preceitos éticos que lhes são comumente atribuídos – o início das entrevistas se deu a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (anexo A) e a sua realização foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B).

Por fim, como já anteriormente anunciado, houve a preservação da identidade individual dos participantes através do uso de um código alfa-númerico de identificação para cada grupo de interlocutores (A – academia; G – gestão e E – estudantes), assim como foi adotado o código [X] quando havia a possibilidade do interlocutor ser identificado.

Com o grupo de estudantes, por sua vez, a opção foi a de realizar uma roda de conversa, a qual pressupõe um momento de partilha, de escuta e de fala e que busca, segundo Moura & Lima (2014):

> socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta (MOURA & LIMA, 2014, p. 101).

4.5 **Construção da análise: a trilogia que rege a dança**

Para a leitura dos achados da pesquisa nos reportaremos à perspectiva das práticas discursivas e produção de sentidos proposta por Spink e Frezza (2013). Segundo as autoras, as práticas discursivas ocupam o foco central de análise na abordagem construcionista e, como pincelado anteriormente, são compreendidas como produções sociais imprimidas a partir de seleções, escolhas, contextos, ações etc., representando assim “um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano” (SPINK & FREZZA (2013. p. 21). A produção de sentidos, por sua vez, é: considerada:

> Como um fenômeno socioliguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK & FREZZA, 2013. p. 23).

A noção de repertórios trazida acima está, pois, atrelada à noção de sentido, ou seja, é a partir dos repertórios de que dispomos e do uso que fazemos deles, que atribuímos sentido às experiências e vivências no cotidiano. Eles, os repertórios, seriam considerados como unidades de construção das práticas discursivas, capazes de traduzir o leque de possibilidades de construções discursivas, tendo como parâmetro os cenários em que são produzidos. Segundo Spink e Frezza (2013):

> O foco dos estudos que adotam esse conceito deixa de ser, assim, apenas a regularidade, o invariável, o consenso, e passa a incluir também a própria variabilidade e polissemias que caracterizam os discursos (SPINK & FREZZA, 2013, p. 29).

Estar atento à polissemia das vozes não quer dizer, por outro lado, que devemos prescindir do uso de estratégias que contribuam para a leitura do mundo e, neste caso, para a leitura e análise dos achados do campo. É neste sentido que Spink e Menegon (2013, p.58) compreendem a incorporação de categorias nas pesquisas científicas. Para as autoras o uso de categorias, “expressa por meio de práticas discursivas, são estratégias lingüísticas delineadas para conversar, explicar, organizar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas, mais uma vez, ao contexto que as produzem”.

Partindo desta perspectiva, a análise foi realizada considerando conjuntos de sentidos que se desdobraram em três categorias que dialogaram com os objetivos do estudo, quais sejam: 1) Rebatimentos das políticas anteriores ao Pró-Saúde em relação à integração ensino-serviço; 2) Costura/pactuação entre os atores da academia e da gestão para viabilizar o Pró-Saúde; e, por fim, 3) Repercussão da proposta nos cenários de prática à luz da atenção integral à Saúde.

5. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

5. 1**. Os rebatimentos de políticas e programas anteriores ao Pró-Saúde: o olhar sobre o PROMED e sobre a primeira versão da PNEPS**

Considerando, como já pontuado, que uma política ou programa não parte do "zero", mas se constrói a partir de um caminho trilhado, nosso olhar se voltará neste momento para políticas que incidiram em mudanças na formação do curso médico da UFPE e que guardam, por afinidade ou por contigüidade, relação com o Pró-Saúde. Na esteira desses parâmetros, as políticas ou programas "anteriores" adotados para a análise desta inflexão foram o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) e a primeira versão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

5.1.1 As Incidências do PROMED no Pró-Saúde do Curso Médico da UFPE

No bojo do processo de revisão dos conteúdos e das práticas pedagógicas, movimento que se convencionou chamar de reforma curricular das escolas médicas, Gourlat *et al*. (2009) chamam a atenção de que todas as escolas selecionadas no edital do PROMED, em maior ou menor grau, já tinham iniciado as suas mudanças curriculares.

Não foi diferente com o cenário do Curso Médico da UFPE[49]. Antes, pois, dos dispositivos indutores de mudanças advindos do Ministério da Saúde e da Educação, já era possível observar no curso o movimento de repensar os seus caminhos.

> O que aconteceu aqui em Pernambuco né... a experiência de alguns professores em Saúde Coletiva, da Pediatria e de alguns outros cursos que tiveram a participação mais efetiva com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e já traziam uma massa

[49] O Curso Médico da UFPE foi uma das 19 escolas contempladas pelo edital do PROMED, dentre os 55 projetos enviados. Seguindo a orientação do edital desenvolveu, então, a sua proposta a partir dos conhecidos três eixos do PROMED: 1) orientação teórica; 2) abordagem pedagógica e 3) cenários de prática. Para cada um dos eixos eram requeridos os quesitos relativos à descrição da situação atual, seguido da descrição da imagem objetivo e, por fim, das estratégias voltadas para a mudança dos respectivos itens discriminados. É importante frisar que antes da chegada dos recursos advindos do PROMED a diretriz da integração ensino-serviço já aparece em uma proposta do curso que aspirava sua organização considerando os eixos: biológico; de assistência à saúde e, pois, da integração ensino-serviço.

> crítica contra hegemônica para dentro dos cursos da área da saúde, no sentido de aproximar a academia né, que era o local que tinha a hegemonia do conhecimento e levar a discussão mais próxima da realidade de saúde da população, da sociedade (Entrevistado A2).

Sob forte influência dos preceitos da Reforma Sanitária, bem como dos encontros e discussões gestados pela Cinaem, um grupo de professores passa a problematizar e a propor mudanças com o entendimento de que o aprendizado deveria ultrapassar os muros do hospital, como descrito nos trechos abaixo:

> Observe que antes a gente usava para quebrar a barreira, de colocar os estudantes nas unidades básicas de saúde né, que já tinha a Estratégia de Saúde da Família, o Programa de Saúde da Família está nos anos 90, já nos anos 2000, ela já está como Estratégia de mudança né, e a gente usava as vans para levar porque os alunos não iam espontaneamente (...) botava os alunos do terceiro período de Fundamentos de Atenção Básica I, para se diferenciar da comunidade, o que eles faziam... eles colocavam a bata e se benziam (Entrevistado A2).

> A gente faz uma proposta para ver se a gente modifica esse internato não é, e faz esse internato sair daqui de dentro [HC] [...] então eu vou fazer, que era mobilizar professores para discutir o currículo, para ver como é que a gente pode né, trabalhar essa coisa maravilhosa que tá aí, os serviços e que trabalhando com as pessoas a gente é capaz de aprender muito mais do que ficando aqui dentro [HC] (Entrevistado A1).

De acordo com Oliveira *et al.* (2008), em que pese as escolas médicas terem históricos bastante característicos em relação às suas trajetória de mudanças, o papel do PROMED, segundo os autores, foi importante para despertar mudanças em diferentes instituições no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Temos assim, a partir do PROMED no Curso Médico da UFPE, o fortalecimento e o desdobramento de iniciativas postas em marcha antes de seu lançamento e também, como veremos, que foram levadas adiante com a chegada do Pró-Saúde. Nesse sentido, especialmente em relação ao eixo relativo aos cenários de prática, podemos localizar a criação, em 2004, do Grupo de Integração de Ensino-Serviço (GIES) constituído por:

> Gestores e profissionais da rede SUS, coordenadores do Curso de Medicina, docentes, coordenadores de módulos e estudantes que se encontram ordinariamente uma vez por mês para discutir democraticamente as estratégias de integração do Curso Médico com o SUS, ficando a cargo das instituições envolvidas a operacionalização das diretrizes propostas (UFPE, 2006, p. 16).

Segundo uma das interlocutoras, o grupo citado acima se caracterizou como um “trabalho prévio” à portaria instituída em 2007 que criou o Grupo de Trabalho (GT) voltado

para a normatização da integração ensino-serviço entre a Gestão Municipal de Saúde e os três Cursos Médicos de Recife existentes à época.

Diretamente ligada à integração ensino-serviço, a inclusão de módulos que previam maior proximidade com a Rede e a costura com a gestão para viabilizar o, então, primeiro Curso de Especialização em Saúde da Família também se consolidaram no período de vigência do PROMED, como descrito abaixo:

> O avanço na diversificação das práticas para a formação médica, no âmbito das ações da 3° Carta Acordo do PROMED esteve associado diretamente à integração ensino-serviço. Na nova grade curricular do Curso de Medicina da UFPE, a operacionalização da integração Ensino-Serviço se dá prioritariamente a partir dos módulos que compõe o eixo longitudinal da Formação Profissional e Compromisso Social, a saber, Saúde e Sociedade, Fundamentos da Atenção Básica à Saúde I e II, Fundamentos da Média Complexidade I e II, bem como no internato que, segundo definição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina/2002, incorporou a Saúde Coletiva como área obrigatória de treinamento em Serviço (UFPE, 2006, p. 15).
>
> O apoio efetivo do PROMED ao Curso de Especialização em Saúde da Família tem provocado uma participação mais sistemática dos professores da Graduação do Curso Médico, tendo alguns efeitos nos debates ocorridos neste Curso, como também na orientação de monografias cujos temas induzem a um incremento de reflexões críticas das práticas do profissional de saúde e conseqüente qualificação do processo de interação ensino-serviço (UFPE, 2006, p. 07).

Considerando o encadeamento das ações desenvolvidas entre o "tempo" do PROMED e o "tempo" do Pró-Saúde, considerando a estrutura do projeto adotada por ambos os editais e, considerando ainda que o projeto do Pró-Saúde foi submetido a partir da 4° Carta Acordo do PROMED, parece razoável localizar em tais aproximações o que Rezende (2013) chamou de uma "continuidade revisitada" entre os dois Programas[50]. Ou será ainda que podemos considerar o PROMED como um "ensaio prévio" do Pró-Saúde, como parece ser o entendimento da interlocutora abaixo?

> O PROMED foi, foi muito importante para essa questão da aproximação do ensino com serviço, mas eu acho que muito mais para a questão do, do olhar do todo, do olhar interno da instituição de ensino, que curso é esse né, quem é que está nesse curso, porque é aquela questão da fragmentação né, do curso mesmo numa ótica biomédica, mas mesmo biomédica, tipo assim, aí um pedacinho da especialidade, quem é mais, não é bem a palavra certa, mas quem é mais poderoso aqui né, desse pedacinho aqui, e eu acho que o PROMED começou a olhar assim, olha o curso tem, tem uma carga horária toda, ele precisa, a gente, pensar o máximo de, de, de integração, a gente precisa estar revendo aqui e eu acho que essas mexi... que foi

[50] Há, inclusive ações desenvolvidas, a exemplo da criação da Residência em Saúde da Família e Comunidade que aparecem nos relatórios e nos relatos das entrevistas, ora como atividade do PROMED, ora como atividade do Pró-Saúde, tal o "borramento" das propostas dos Programas.

> mexido internamente é... por meio dessa questão do PROMED né, dessas etapas do PROMED foi importante para que o curso de medicina entrasse no Pró- Saúde (Entrevistado G12).

Nesta esteira, Oliveira *et al*. (2008) afirmam que a estratégia do Pró-Saúde pode ser considerada como um importante desdobramento do PROMED. Desdobramento que, por sua vez, aparece com a capacidade de abranger mais cursos da área da saúde e com a aposta de maior fortalecimento do diálogo entre a academia e os serviços de saúde[51].

Para então viabilizar o respectivo fortalecimento, o Pró-Saúde inova em relação ao seu "quase irmão" ao disponibilizar recursos voltados, também, para a rede de atenção:

> Inclusive no momento em que o Pró-Saúde ele destinava é... parte do recurso pra equipar as unidades que recebiam os alunos (...) né, como uma forma de, de fortalecer, de organizar melhor esse, esse fluxo, a garantia disso (Entrevistado A10).

Além da perspectiva de "fatiar" recursos com os serviços e abranger mais cursos da saúde[52], a ideia de dialogar com um conjunto mais amplo de instituições, de modo que as mudanças pudessem se capilarizar, também passa a fazer parte do vocabulário do Pró-Saúde.

A perspectiva de ampliar o número de cursos, entretanto, não foi uma proposta exclusiva do Pró-Saúde, ela também permeou a PNEPS em sua primeira versão. Como e por quais caminhos, discutiremos abaixo.

5.1.2 Vestígios da PNEPS (1° versão) no Pró-Saúde do Curso Médico da UFPE

A expressão "vestígios" utilizada no título deste sub-item não foi à toa, considerando as poucas menções dos interlocutores à permeabilidade da PNEPS no cenário local. O olhar sobre o material disponibilizado pelo Curso Médico também seguiu esta tendência, com exceção das pistas deixadas por um documento que trazia o relato de um seminário em que a PNEPS parece dar as suas boas vindas, no âmbito nacional.

---

[51] Alguns estudos sobre o PROMED apontaram que seria "discutível" a possibilidade de haver mudanças nas escolas médicas de forma isolada do serviço (OLIVEIRA *et al*., 2008), assim como sinalizaram como obstáculo a limitação financeira para viabilizar o ensino nas unidades de saúde (ALVES, 2013). Tais achados, certamente, repercutiram na decisão de rever o modo como os recursos passariam a ser disponibilizados.

[52] Vale lembrar que no primeiro edital do Pró-Saúde os cursos envolvidos foram apenas os de Medicina; Odontologia e Enfermagem, sendo ampliado o número de cursos para toda a área da saúde apenas a partir do segundo edital, dois anos depois do lançamento do primeiro (em 2007).

O respectivo seminário sobre "Incentivos às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde" ocorreu em maio de 2003 - portanto sob a coordenação do grupo do PT na então primeira gestão do governo Lula. Em uma mesa composta por 40 escolas médicas e por diferentes gestores municipais, a palavra foi do então Ministro da Saúde, Humberto Costa, acompanhado de Gastão Wagner, José Geraldo, Ricardo Ceccim e Maria Luiza Jaeger que, juntos, lançam aos participantes a proposta daquele governo em relação à temática em tela:

> A proposta do governo é reformular a proposta do PROMED, torná-lo mais amplo e mais efetivo. Mais amplo no sentido de pegar todas as áreas de saúde e não somente medicina e também atuar em todas as escolas e não só em vinte. O governo quer respeitar a autonomia das escolas, mas demonstrar que elas precisam repensar as suas formas de ensino e incentivá-las nas mudanças e assessorar as mesmas (GOMES, 2003, s/p).

Já partindo da perspectiva de que seria mais interessante adotar um critério de adesão das escolas em detrimento da adoção de um processo seletivo, junto ao entendimento de que toda a unidade de saúde precisaria ser compreendida, também, como unidade de ensino, os trabalhos seguem com os grupos sub-divididos por região, chamando a atenção, nesse sentido, a proposta trazida pela equipe do sul:

> O grupo da região sul sugeriu que houvesse a estruturação da administração dos pólos de educação permanente, que haja o financiamento definido e contínuo, que haja profissionalização dos docentes e dos recursos humanos dos serviços (GOMES, 2003, s/p).[53]

Parece nascer aí as principais estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (na sua primeira versão)[54]. Parece também que, assim como o Pró-Saúde pode ser compreendido como desdobramento do PROMED, pelas características em comum já

---

[53] A proposta da região compreendida pelo Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais enfocou, dentre outras recomendações, que a relação entre o Ministério da Saúde e o da Educação fosse articulada para uma política unificada – coincidência ou não, quando o grupo à frente destes estados assume a SGTES em 2005, uma de suas características foi justamente a forte interlocução entre essas duas pastas (REZENDE 2013), sentida também no âmbito local, como pondera um dos participantes do estudo: "foi uma coisa que a educação e a saúde falavam e tinha muita proximidade e com muita fluência no sentido de produzir política né (...) mas esse ponto é fundamental destacar, esse momento que nós vivemos com uma identificação de políticas dirigidas para a saúde, educação e saúde, a saúde e a educação estão juntos como formuladoras de políticas e como fomentadoras e financiadoras né, de ações e projetos, nesse sentido a discussão nacional era muito produtiva né" (Entrevistado A2).

[54] Mas esta não é a única "curiosidade" deste encontro, quando estimulados a pensar sobre qual o possível nome dado à política de mudança na graduação em debate naquela ocasião, a denominação "Pró-Saúde" foi, dentre outras possibilidades, ventilada pelos participantes. Porém, o Pró-Saúde, como vimos, passou a ser adotado enquanto Programa pela equipe que assume a SGTES a partir de 2005 quando o então grupo liderado por Humberto Costa foi substituído pelo grupo ligado ao PMDB, este sim, responsável por inscrever e lançar o Pró-Saúde.

sinalizadas, o seu terreno parece ter sido utilizado e, certamente, adubado para fazer brotar as linhas de atuação da primeira versão da PNEPS.

Quais foram assim, os frutos da PNEPS em Recife e, mais particularmente, na política de formação costurada pelo Curso Médico da UFPE? Segundo um dos interlocutores do estudo, a PNEPS frente a uma conjuntura político-ideológica local bastante particular, não encontrou um "território muito fértil" para se fortalecer, como explica abaixo:

> Então, é, o conceito, né, de Educação Permanente nunca foi forte em Recife, na gestão. E a gestão de Recife era, é, o Pólo mais, é, a maior liderança que havia. Então, assim, quem liderava o movimento nas escolas e na, na, no cenário, digamos assim, embrionário, dos Pólos, era a, a, própria prefeitura. E como a prefeitura não tensionava por esses princípios, tinha uma visão muito normativa, né, de titulação, de, é, especialização, tal, então, não foi um espaço muito, um território muito fértil (Entrevistado A9).

O participante acima também chama atenção para mais duas dificuldades atribuídas ao movimento refratário da PNEPS no plano local - uma questão de ordem política e outra ligada ao modo de fazer "operar" a PNEPS. Em relação à primeira questão, o grupo à frente da política de saúde no Estado à época não era do mesmo grupo do PT e, passa então a reivindicar a coordenação dos Pólos, ao passo que o Ministério não consentia tal possibilidade:

> O Estado, na época dos Pólos de Educação Permanente, aí a gente ainda tava no governo Jarbas, e Robalinho reivindicava a, a direção do Pólo. Disse, "não, quem tem que comandar o Pólo é o Estado", e o Ministério não aceitava. Então, o Pólo não... o Estado não reconhecia o Ministério, né, por uma questão local. Por ser um Ministério de Humberto[55]. E o Pólo em Pernambuco foi o que menos andou nos vinte e sete estados do país (Entrevistado A9).

Não bastassem as disputas políticas entre os grupos à frente do Estado e do Município, o acirramento interno, dentro do próprio Partido dos Trabalhadores também parece ter contribuído para o cenário adverso de desenvolvimento da PNEPS no plano local: "Recife por incrível que pareça era uma prefeitura do PT. O ministro do PT não conseguia constituir-se

---

[55] É importante salientar que no momento do convite para assumir o Ministério da Saúde, Humberto Costa estava no lugar de Secretário da Saúde de Recife, sendo responsável pela criação da estrutura da SGTES primeiro no âmbito local para, então, levar essa experiência para o âmbito nacional, como nos conta uma interlocutora que presenciou esta reestruturação na gestão de Recife: "Humberto foi pra... saiu daqui né, como Secretário de Saúde, foi assumir o Ministério né, nesse contexto ele é... trouxe algumas pessoas militantes, assim, que foram, que participaram da Reforma Sanitária e pensou a criação dessa estrutura organizacional né, da, da SGTES e dentro da SGTES ele criou essa parte de Departamento e Gestão de Educação na Saúde na DEGES, criou o outro né, e aí o outro Departamento que é mais a parte de Gestão de Trabalho, a parte mais né, assim, mas que a intenção é que as duas áreas dialoguem porque é uma política só, então você tem que pensar a valorização do trabalhador, tem que pensar todo processo de trabalho e essa valorização e a parte de qualificação, tudo para fortalecer esse processo de trabalho" (Entrevistado G12).

como um campo favorável pelas disputas internas dentro do PT e por essa concepção que havia diferente entre um grupo de cá e outro grupo de lá" (Entrevistado A9).

Considerando o modo de compreensão sobre análise de políticas adotada neste estudo, parece oportuno resgatar o que Baptista & Mattos (2011) tem a nos dizer nesse sentido. Segundo os autores:

> Se restringimos a análise às representações formais e aos atributos esperados por cada grupo perdemos a oportunidade de visualizar a teia de relações e interferências que se apresentam no processo político e que se processam nas relações entre os sujeitos, ou seja, deixamos de colocar em análise como os representantes legais da política estabelecem as mediações com grupos externos ao poder institucional e também como apresentam seus próprios interesses (BAPTISTA & MATTOS, 2011. p. 72).

Voltando à questão de ordem operacional anunciada pelo interlocutor acima, a qual termina por entremear também os interesses de natureza política – uma vez que o Ministério tinha o entendimento de que se o recurso da PNEPS fosse para o Estado, ele poderia ser destinado para outra finalidade, a opção então foi a de que a verba passasse a ser operada pela OPAS, apresentando, por sua vez, sérios problemas de atraso neste repasse que levava, segundo o interlocutor, mais de um ano para chegar ao respectivo Pólo.

Os problemas de atraso do apoio, bem como de outras dificuldades na operacionalização da PNEPS[56] levou uma das interlocutoras a avaliar, passado o tempo, como positivo o fato de a Política de Educação Permanente não ter se consolidado localmente. Para ela, se os recursos tivessem chegado, diferentemente do que se esperava, o envolvimento dos quatro segmentos considerados nesta política (ensino, gestão, atenção e controle social) provavelmente não seriam alcançados, ao contrário:

> Naquele momento ficou muito a questão, assim, das instituições de ensino no papel que elas tinham para fazer curso né, balcão de cursos, ou seja, era como se elas tivessem conhecimento para vim sozinho é... pactuar curso pra executar e não no contexto de é... qual é a necessidade.. (...) as instituições de ensino vem como detentora do conhecimento para é... ofertar aonde ela nem conhece de fato o que é o SUS né, então assim como é que eu vou trabalhar a formação com os trabalhadores do SUS se eu não conheço esse SUS, se eu não conheço a organização desse SUS, eu não conheço a realidade, o processo de trabalho, porque aí a questão assim, tinha

[56] A falta de um indicador consistente em relação ao número de pessoas atingidas pela PNEPS também foi apontada como uma das dificuldades. De acordo com um participante, quando o ministro já estava na iminência de deixar o cargo, solicitou o respectivo número para a sua equipe, qual foi a sua surpresa: "mas eu preciso saber quantas pessoas se formaram" não é?! Para prestar contas à presidência. Não é possível que vocês não tenham quantas pessoas foram formadas. E a gente se voltava para a equipe da gente e cada um dava um número: "ah, foram duas mil", "ah, foram cinco mil". Na verdade a gente tava operando uma rede de formação. E não processos formativos próprios. Entendeu? Então, isso fala um pouco da dificuldade que a política teve até com o próprio ministro, né?! Humberto e com o secretário executivo, Gastão Wagner na época" (Entrevistado A9).

> que planejar a questão da adequar, das reformas curriculares né, para que de fato essas instituições de ensino entre como é... coresponsável (Entrevistado G12).[57]

Como vimos anteriormente, a prática de "balcão de cursos" foi um dos elementos criticados pela PNEPS em relação ao modo como os recursos vinham sendo operados pelo Ministério da Saúde até então no quesito da formação e, nesse sentido, argumentos não faltaram.

A perspectiva da Educação Permanente em Saúde toma o investimento pedagógico como espaço de ressignificações e ampliação da autonomia do outro, partindo da defesa da construção coletiva e criativa; da problematização de conceitos e da potência de afetar e ser afetado (CECCIM, 2008). Tais princípios, portanto, em muito se assemelham à proposta de instituir e conceber as rodas dos Pólos como espaços de diálogo e de escolha da ação mais adequada, considerando a discussão coletiva da metodologia e dos conteúdos a serem adotados o que, portanto, muito se distancia da defesa do oferecimento de cursos "prontos".

Do ponto de vista da Política Nacional de Atenção Básica, cenário de prática com maior demanda de profissionais envolvidos nos processos de mudança na formação dos cursos na área da saúde, também aparecem recomendações de que as experiências de aprendizagem sigam o caminho de sua contextualização e de seu significado para a respectiva equipe de trabalho. Nesse sentido, as referências às ações de Educação Permanente nesta política enfatizam a importância de se agregar conhecimentos que sejam significativos para a equipe de trabalho e que busquem fortalecê-la através da ampliação de suas alternativas na resolução e enfrentamento dos desafios cotidianos (BRASIL, 2016).

Aqui temos, pois, recomendações sobre o campo da educação na saúde tomadas por duas políticas nacionais que, no âmbito local, poderiam, caso os Pólos tivessem sido instituídos, encontrar rebatimentos bastante diferentes e até contraditórios com as ideias, em princípio, preconizadas por tais políticas em seus textos oficiais.

Enquanto os Pólos não foram adiante no âmbito local, o caráter, digamos, conceitual da PNEPS passou a entremear a partir de seu lançamento, o vocabulário dos atores e dos

---

[57] Uma pesquisa realizada pela SGTES em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP com o objetivo de investigar a composição dos Pólos e o lugar das instituições de ensino frente às ações desenvolvidas por tais instâncias de articulação apontou que, enquanto metade dos Pólos ressaltou que as atividades ligadas ao ensino deveriam ser unicamente atribuídas às instituições dessa natureza, o entendimento da outra metade ponderou que deveriam ser compartilhadas entre as instituições de ensino e os serviços (CAMPOS *et. al*, 2006). Para Araújo *et al*. (2007, p. 27) ao não se confrontar formas de "saber" e formas de "fazer" através de espaços comuns entre os serviços e as universidades, corre-se o risco de se considerar a universidade como referência do saber legítimo, diminuindo assim "o significado dos serviços de saúde como espaços de aprendizagem e produtores de conhecimento" o que, segundo os autores, se apresenta como um das limitações de uma adequada formação de profissionais do SUS.

documentos relacionados à formação na saúde, tendo assim, segundo um dos participantes do estudo, "um papel, muito mais, de formação de conceitos e de disparamento e produção de coletivos do que efetividade em formação de pessoas" (Entrevistado A9).

E, uma vez que o Pró-Saúde é criado pela PNEPS (na sua segunda versão), sem que, tanto a nomenclatura da política anterior, como parte de seu vocabulário tenham sido mexidos, há neste Programa uma convivência de conceitos capaz de gerar certa confusão entre esses dois "momentos políticos" como nos remonta o trecho abaixo, já trazido anteriormente:

> Então você tem dois modelos que não tem continuidade. O segundo modelo institucionaliza mesmo; leva para dentro do SUS. Correto. Faz isso no âmbito do pacto pela vida, pela saúde, fez uma grande consertação. Politicamente tudo correto, mas não evolui para uma discussão por dentro da matriz para assegurar as bases da educação permanente e descamba... Hoje em dia o que se faz é uma série de cursos nos estados que se apresentam, novamente, burocratizando uma relação de financiamento da educação permanente. E o pior é que virou agora o discurso de todo mundo dizer que formação continuada é educação permanente[58].

A citação acima resgata, pois, alguns pontos importantes que dizem respeito aos rebatimentos da primeira versão da PNEPS no Pró-Saúde. O primeiro deles se refere ao uso indiscriminado das expressões Educação Permanente e Educação Continuada[59], facilmente localizado nos relatórios sobre o Pró-Saúde produzidos pelo Curso Médico, assim como nas falas dos entrevistados, como no exemplo abaixo:

> Na verdade, a formação profissional, ela envolve é todos, mas ela, é… o foco dela é a formação de novos profissionais para o SUS. A educação continuada, é… a educação permanente é de você estar qualificando os atores que já estão na… num… inseridos na saúde (Entrevistado G2).

O segundo aspecto que merece atenção fala das repercussões da PNEPS no Pró-Saúde, não no sentido do que ficou, mas no sentido do que parece ter se arrefecido a partir de sua

---

[58] Trecho de entrevista concedida por Nunes para o estudo de Rezende (2013, p. 181) sobre a trajetória da articulação educação-saúde (AES) no país.

[59] Segundo Ribeiro (2001, s/p.) as concepções de prática e de trabalho ancoradas na perspectiva da Educação Continuada e na perspectiva da Educação Permanente são consideradas "irreconciliavelmente diferentes". Para a autora, a Educação Continuada parte da premissa, baseada no modelo tradicional de ensino-aprendizagem, de que a prática é a aplicação da teoria o que, portanto justificaria a separação do ciclo básico do ciclo profissional, assim como justificaria o retardamento da inserção dos estudantes nos cenários de prática, ao passo que acrescenta: "nossa prática de trabalho é assim, reduzida à base de conhecimento especializado que comporta, mas cada um de nós sabe quão complexa ela é e como outras dimensões – valores, conhecimentos práticos, ideologias, culturas – estão envolvidas na organização do trabalho e no cuidado que prestamos, para não falar dos limites reais impostos pelas políticas de saúde e os diversos interesses nelas embutidos".

opção pela via da institucionalização. O que se pretende dizer com isto? Do ponto de vista do plano local, foi apontado que um dos segmentos onde mais se avançou com a Política de Educação Permanente foi o do movimento popular:

> A principal força daqui era, aliada ao Ministério da Saúde, era o movimento estudantil e o… o movimento social, né?! A ANEPS [Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde], o movimento na educação popular (Entrevistado A9).

Ao passo que, com a chegada do Pró-Saúde parece ter havido uma reorientação nos canais de diálogo construídos até então. Assim, levando-se em consideração a incidência do movimento social, em que pese terem sido feitas menções de sua representação na Comissão Gestora local do Pró-Saúde, não foram tecidos maiores feitos advindos da vocalização deste segmento[60].

Dentre outras implicações, o enfraquecimento das vozes do meio popular pode ter respingado, por exemplo, na costura que aposta no alinhavamento da integração-ensino-comunidade, como ressalta uma das interlocutoras envolvidas no processo de pactuação:

> Porque a gente fala muito em integração ensino, serviço e comunidade, só que a gente só anda fazendo integração ensino-serviço, comunidade tem pouquíssima participação nesse processo (Entrevistado G4)

Mas certamente vai mais além, Arroyo (2011) ao questionar a ausência dos sujeitos populares nos currículos, nas disciplinas e no material didático, chama a atenção para os mecanismos que perpetram tal movimento de afastamento:

> As ausências dos sujeitos populares não se dão por ingênuo esquecimento, mas tem uma intencionalidade política, fazem parte dos processos políticos de segregação desses coletivos nos diversos territórios sociais, econômicos, políticos e culturais. Suas ausências nos centros tidos como produtores e transmissores únicos do conhecimento legítimo, do saber sério, válido, objetivo, científico que são as disciplinas e os ordenamentos curriculares é mais um dos mecanismos históricos de mantê-los ausentes, inexistentes como sujeitos sociais, políticos, culturais e intelectuais (ARROYO, 2011, p. 143).

---

[60] Vale registrar nesse sentido que, em princípio, seriam trabalhadas quatro categorias de análise, sendo uma delas "o poder de vocalização dos atores envolvidos no Pró-Saúde", porém, diante dos achados que apontaram para uma inexpressiva diversidade de segmentos representados na condução do Programa, optou-se por suprimir a respectiva categoria. Vale registrar ainda que a dificuldade de mobilizar diferentes atores, inclusive para compor as próprias Comissões Gerais Locais do Programa apareceu como uma situação-problema para os participantes do II Seminário Nacional do Pró-Saúde descrita através das seguintes considerações: "outras situações-problemas referidas são as relacionadas aos diferentes graus de adesão e representatividade dos atores e a pouca participação discente e do controle social, o que contribui para a baixa participação dos conselhos e dos serviços na elaboração dos projetos" (BRASIL, 2008c, s/p.).

Cabe assim nos questionarmos ainda se a opção pela via da institucionalização não representou um "preço" alto demais para as possibilidades de diálogo e criação quando falamos dos rumos do campo da educação na saúde. Para umas das interlocutoras do estudo, não, a chegada do Pró-Saúde, tal como foi, foi responsável pelo fomento do movimento da reforma curricular que, ao fim e ao cabo, fortaleceu o processo de integração ensino-saúde.

> Foi bom não ter instituído [os Pólos] porque o que veio depois, o Pro Saúde, todos os outros fomentos que mexeram com as instituições de ensino nas reformas curriculares fortaleceu essa integração ensino e serviço, foi melhor porque aí a gente não caracteriza que a instituição de ensino é detentora do conhecimento para vir e formar trabalhador do SUS, se ele nem tá formando... tá entendendo? (Entrevistado E12).

Os caminhos tecidos para o fortalecimento da respectiva integração ensino-serviço a partir da chegada do Pró-Saúde serão, pois, discutidos na categoria que se coloca a seguir.

5.2 **O processo de pactuação entre os atores da academia e da gestão com a chegada do Pró-Saúde**

Para prosseguirmos com a análise da presente categoria, nos reportaremos à Zanardi (2001, s/p) que, ao discutir sobre as possibilidades de atuação dos segmentos sociais, chama a atenção de que:

> Respeitar a autonomia de cada ator não é somente de um para outro segmento. É, também, respeitar as diversidades existentes no próprio segmento, entendendo essas relações e por quais interesses o segmento se move (ZANARDI, 2001, s/p).

Nesta esteira partimos, pois, do entendimento de que o "ensino" e o "serviço" guardam suas características enquanto segmentos autônomos que podem dialogar, mas que também apresentam suas próprias matizes, as quais, por sua vez, precisam ser levadas em consideração para melhor compreendermos os processos ligados à integração ensino-serviço.

Considerando o segmento da academia, as matizes do Curso Médico da UFPE nos falam, como vimos, de um corpo docente, em sua maior parte, não implicado com os processos da reforma curricular, nos falam do lugar de assunção do Departamento de Medicina Social frente às costuras com os novos cenários de prática sugeridos pela reforma e,

nos falam ainda de uma gestão acadêmica que sofreu grande influência dos “de fora” ao longo do apoio do Pró-Saúde:

> A gente teve que aqui trazer, fazer, olha, nós fizemos tudo isso com gente de fora da escola médica [X], [X], [X] é... os residentes, a gestão, entendeu? Mas um professor que tivesse um lugar reconhecido dentro do curso que disputasse ali dentro aquela é... (...) mas assim a coordenação de medicina merece uma análise própria, assim, o que é que é a coordenação do curso de medicina, a UFPE é um lugar preterido que ninguém quer, não é um lugar disputado como a Congregação da FMUSP [Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo] entendeu, tanto é que faz dois anos que a coordenação aqui tá *pro tempore* e não tem candidato, ninguém quer ser coordenador disso daqui (...) e assim o curso sucumbindo, caindo aos pedaços na avaliação do MEC [Ministério da Educação], nos sentimentos das pessoas e ninguém se dispõe a sair da sua zona de conforto pra dizer “vou fazer alguma coisa para cá” então, assim, é... aparece um sanitarista e se dispõe a fazer isso, se dispõe pelo projeto né, da integração ensino e serviço e as pessoas deixam entendeu (Entrevistado A9).

Ao revelar que o diagnóstico do Curso Médico da UFPE é “temerário”, a compreensão do atual Pró-reitor parece acompanhar o sentimento exposto acima, se valendo, nesse sentido, dentre outros aspectos, da avaliação do INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) que revela no “rankeamento” dos cursos, uma posição que passou de 19° em 2007, para 76°, em 2013. Por outro lado, o Pró-reitor, que pode ser considerado como mais um de “fora”, afirma que não vai se furtar de sua cota de contribuição para tentar reverter a atual situação:

> Agora assim, daqui a três anos quando eu sair da Pró-reitoria ninguém vai poder dizer que o Pró-reitor foi omisso em relação a um problema tão grave de um curso tão importante e tão relevante para a sociedade, então reconhecemos a complexidade, isso não significa dizer que é maior, melhor ou pior, mas, por exemplo, o curso de medicina hoje, no ponto de vista administrativo ele tinha a mesma estrutura que o curso de fonoaudiologia, sem desmerecer nenhum, mas um tem 200 alunos, o outro tem 1.200 (Entrevistado A13).

Nesse sentido, na paralela da construção de uma nova sede para a escola médica da UFPE, destaca-se a instituição de uma comissão para pensar o modelo de gestão do curso, composta por cinco grupos voltados, tanto para o âmbito operacional-administrativo, como para o âmbito pedagógico. Ademais, segundo a atual coordenadora do curso, há a expectativa de que se materialize junto à construção do novo prédio, uma gestão nucleada, considerando, como já pontuado, um núcleo voltado para o projeto pedagógico do curso; um núcleo com foco no aperfeiçoamento docente e, por fim, o núcleo voltado para a integração ensino-serviço.

Se há a previsão da seara da integração ensino-serviço contar com mais espaço no Curso Médico a partir de suas revisões atuais, como estão as expectativas nesse sentido na atual gestão municipal, e como estiveram ao longo da incidência do Pró-Saúde?

Para uma das interlocutoras do estudo, Recife se caracteriza por ser um município avançado no que tange ao campo da Educação na Saúde e ao processo de integração ensino-serviço, tendo o Pró-Saúde, para ela, o papel de, dentre outros elementos, fortalecer a formalização dos convênios entre a universidade e a gestão, como relata abaixo:

> A gente conseguiu estruturar integração em ensino, serviço e comunidade dentro do município, no sentido de ter colegiado, com referências na integração ensino-serviço em cada território. Então, hoje, temos oito distritos sanitários, mas antes eram seis. E a gente tinha em cada um, uma referência, que dava conta de todo o município. E que estava o tempo todo dialogando com o nível central, com essas… esses espelhos, que a gente chama, e mais as academias. Então já tinha uma coisa caminhando. E, inclusive, a gente já tinha convênios com algumas instituições, particularmente as públicas de grande porte, inclusive por conta do Pró-saúde que é… preconizava isso, que pra você ter essa parceria, precisa formalizar (Entrevistada G2).

A fim de pactuar, pois, os acordos e encaminhamentos deste diálogo, além do estabelecimento da Comissão Gestora Local do Pró-Saúde, prevista como condição para a instituição do Programa, também merecem destaque a criação do Grupo de Trabalho (GT) voltado para traçar os rumos da respectiva integração e, um pouco mais adiante, a criação do Colegiado de Formação e Educação Permanente, mais conhecido entre os pares, como o espaço do Cofep[61]. Tal colegiado, inclusive, parece ter tomado corpo a partir de uma das deliberações construídas no espaço do GT mencionado acima, qual seja:

---

[61] Segundo os participantes do estudo, o Cofep tem sido um espaço de negociação que ora está mais mobilizado, ora menos mobilizado. Atualmente, por exemplo, parece haver certo aquecimento deste colegiado em função da instituição do Coapes - o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Serviço – em vigor a partir de 2013, que pretende estabelecer o vínculo operacional-formal entre a academia e a rede de serviços. Para além dos encontros no Cofep, há uma preocupação em amadurecer, por parte de cada segmento, o texto entre os "seus" para, posteriormente, caminhar com os passos previstos pelo respectivo contrato. Para uma das interlocutoras, o Coapes apresenta: "diretrizes muito gerais né, de como é que se organiza a rede, mas diretrizes interessantes, o documento previamente apresentado pelo Ministério é um documento que a gente, eu particularmente achei muito legal, muito interessante, mas enquanto diretrizes gerais porque o que eu achava que a gente deveria fazer, é, como é que a gente traduz essas diretrizes gerais em diretrizes específicas pra lidar com os problemas que a gente tem aqui na nossa realidade" (Entrevistado A8). É importante ressaltar que, diante do atual cenário de incertezas políticas em relação às políticas sociais no país e, particularmente em relação ao SUS, a sensação dos interlocutores, de um modo geral, foi a de se questionar se, de fato, o Coapes terá continuidade no âmbito nacional e, conseqüentemente, no âmbito local. Por fim, outro espaço de pactuação que merece menção são os espaços das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, as conhecidas CIES que foram, paradoxalmente, pouco mencionadas ao longo do estudo. Em que pese terem sido criados instrumentos de vinculação das CIES com o desenvolvimento do projeto do Pró-Saúde, o teor burocrático desta instância se sobressaiu em relação à expectativa de representar uma comissão de discussão e encaminhamentos sobre a integração ensino-serviço, pelo menos quando nos reportamos ao âmbito da gestão municipal, como podemos perceber no relato de uma das coordenadoras do Pró-Saúde: "não, eu nunca tive inserção no CIES, a única vez que fui ao CIES foi para aprovar, aí eu tive que ir ao CIES das três instituições

> A instituição de um Fórum Permanente de Integração Ensino-Serviço com representantes dos segmentos da gestão, ensino, serviços e sociedade, como espaço permanente de negociação, pactuação do processo de integração ensino-serviço para fortalecimento da rede SUS enquanto instância de formação em saúde (RECIFE, 2007, p. 01).

Mas a criação do Cofpe não foi o único desdobramento deste Grupo de Trabalho, também foi possível localizar como fruto deste espaço a proposta de territorialização da Rede de Recife junto às escolas médicas existentes à época. Assim, enquanto a UFPE ficou, como já pontuado, vinculada aos Distritos IV e V; a Universidade de Pernambuco (UPE) ficou com os DS II e III e a Escola Pernambucana de Saúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (EPS-IMIP), por sua vez, passou a ser referência de diferentes unidades que perpassavam a maior parte dos Distritos Sanitários do município a partir de um acordo firmado para além do espaço do GT, como descrito nos trechos abaixo:

> Apreciada a contra-proposta pela Secretaria de Saúde do Recife, foi trazido ao GT pelo diretor da DGGT, Dr. [X] que, por orientação jurídica, as 11 (onze) Unidades de Saúde da Família permanecerão sob responsabilidade do IMIP atendendo aos preceitos legais instituídos. Contudo, em compensação, deve haver negociação das USF como campo de prática entre o IMIP e a IES de referência do território; as demais USF permanecerão conforme distribuição já pactuada (RECIFE, 2007, s/p).

> Porque, inclusive, a gente sabe, que tem pactuações que são feitas direto no gabinete do Secretário de Saúde né!? E para quem tava, a gente não teve o resgate, de quem estava naquele momento para repassar... (Entrevistado G2).

Cabe ressaltar neste momento que, diferentemente da UFPE e da UPE, ambas inclusive com projetos contemplados pelo Pró-Saúde, a Escola Pernambucana de Saúde do IMIP, hoje chamada de Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP), trata-se de uma instituição privada[62].

Por seu turno, a disputa entre os serviços públicos e os privados de saúde, junto aos respectivos interesses que costumam lhes acompanhar, de acordo com Merhy (2006, p. 107)

---

parceiras, Olinda, Camaragibe e Recife que foi para falar na época sobre o que era o Pró-Saúde, para a instituição parceira fazer parte tinha que ter a aprovação do CIES, então foi a ocasião e que eu fui lá" (Entrevistado A5). Seguindo nesta linha, Batista e Gonçalvez (2001, p. 892) afirmam que "apesar dos esforços e das estratégias implantadas, a CIES ainda não são espaços de integração e articulação de outras ações propostas pela SGTES junto às instituições de ensino (Pet-Saúde; Pró-Saúde; UnaSus)". Por outro lado, do ponto de vista da política de educação na saúde no âmbito do estado, Pernambuco conta hoje com 12 CIES regionais voltadas para a formação e para o fortalecimento do trabalho, guardando estreita articulação com a criação das residências multiprofissionais, bem como com a Escola de Saúde Pública do Estado.

[62] O IMIP, por sua vez, é uma entidade considerada filantrópica que guarda em seu histórico o estabelecimento de muitos contratos com o Governo do Estado, envolvendo cifras bastante significativas.

tem representado uma "tensão central em todos os lugares". Segundo ele, no entanto, há possibilidades de se equacionar tal convivência a partir do movimento de compromisso com a "coisa" pública, bem como através de mecanismos de regulação, considerando o interesse coletivo. Ao fim e ao cabo, esta perspectiva não parece se aproximar do que temos no nosso cenário local no tocante à integração ensino-serviço:

> Por exemplo, o caso do Distrito VIII, a gente tem duas unidades que tem residência e que no projeto pedagógico tendo residência em saúde... medicina da família e comunidade, ele teria que dar suporte e ser preceptor também do doutorando (...) e a gente não consegue de forma alguma negociar com Recife, não tem nenhuma universidade nessas duas unidades, mas são territórios que eles dizem que negociaram com o IMIP, na verdade o IMIP está em todos os territórios né, territórios das unidades com contratos de gestão (...) então já faz nove anos que se fez essa territorialização, que a gente não tinha, por exemplo, nesse tempo, duas sub-turmas rodando em conjunto como é hoje né (Entrevistado A6).

> Nós temos todo semestre um volume enorme de alunos dessa universidade federal para ser colocada no campo, existe uma normativa legal para ser é... obedecida e existe a pactuação dos campos e, e agora a gente com... um número cada vez maior de escolas privadas[63] certo, esse campo está muito retaliado, a disputa está sendo muito grande e a troca de moeda é de desvantagem para as instituições públicas, as privadas imediatamente eles tem ofertas financeiras muito atraentes (Entrevistado A11).

Até onde este estudo pôde caminhar, a "troca de moeda" que caracteriza a relação do IMIP com as forças políticas do estado sinalizam para a existência de um "namoro" antigo.

> Os senhores feudais, então assim essa organização é anterior à gestão do PT né, isso é o do tempo em que o Recife tinha 27 equipes saúde da família (...) Então e aí o IMIP, a Prefeitura de Recife passa para o PT e o PT não rompe com essa lógica, [X] que foi sua entrevistada aí, ela foi diretora de atenção à saúde, assim, de politicamente, ideologicamente se dependesse dela, isso não continuaria existindo mas era uma força superior né, política, que fez agora o Secretário da Casa Civil do Estado[64], para a gente entender o tamanho de por onde passa isso tudo né (Entrevistado A9).

Há interlocutores, entretanto, que apresentam certo balizamento em relação ao lugar ocupado pelo IMIP na política de saúde local ao apontar, por exemplo, o seu papel na expansão do número de USF no município, ao passo que, por outro lado, também parecem reconhecer os "senões" desta parceria:

---

[63] Atualmente, além da FPS-IMIP também iniciaram a oferta de curso médico em Recife o Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau) e a Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), respectivamente nos anos de 2012 e 2014.

[64] O atual Secretário da Casa Civil do Estado é ex-presidente do IMIP.

> Pois é, aí foi isso que eu entendi no dia que tava uma preceptora, ninguém nunca tinham me explicado a nível de gestão, depois essa preceptora me explicou, ela me contou o seguinte, que na época que houve a ampliação das unidades de saúde da família de Recife certo, quando tinha que ter, por exemplo, uma, a gente tinha 28 unidades em Recife todo e a ideia de expansão era que se chegasse a 260, aí houve uma parceria do IMIP, por exemplo, na locação dos imóveis, então o IMIP chegou e fez de fato, assim, reformou a unidade, fez uma parceria, era um convênio que não era só (...) Mas era mais ou menos assim, mas a preceptora na época disse o seguinte: "minha gente, a gente não tem que olhar pro IMIP só como quem tá dominando o campo!" Eles foram fundamentais nesse processo de ampliação. Se não existisse essa parceria do IMIP... a gente não tinha tido a velocidade que a gente teve na hora de ampliar essa rede, então assim o IMIP deu esse gás na, na, na, fez de fato, por exemplo, não era nem só, eu percebi na fala dela que não era só a questão de grana, de estrutura não, era tipo assim, conseguir médico pra ir cobrir uma equipe de saúde da família que só ia ter médico quando tivesse o concurso (...) Pois é, aí foi isso que aconteceu e aconteceu tudo isso nessa época da expansão, segundo ela, e aí o que ela colocava de, de ruim era que, o que foi que aconteceu, depois que estava tudo estabilizado, perfeito, mas aí eles querendo dominação daquele território "a de eterno" e também hoje a gente tem dificuldade de continuar essa parceria do jeito que ela foi no início, então os preceptores reclamam muito porque a unidade também não tá mais tão bem cuidada quanto antes (Entrevistado G4).

Temos, assim, fortes sinalizações de que o movimento de indução de uma instituição privada ocupou um lugar de relevo frente à saúde pública local, bem como frente aos rumos das pactuações relativas à integração ensino-serviço. Assim, ainda que o Pró-Saúde também operasse com os seus respectivos apoios voltados para a estruturação das unidades de saúde, a história pregressa com o IMIP e os interesses mercantis em jogo parecem ter se sobressaído nesta disputa.

Por fim, chama a atenção o uso recorrente do termo "co-gestão" utilizado pelos atores participantes do estudo ao se referirem ao contrato estabelecido entre a gestão e o IMIP. Tal expressão, a de "co-gestão", aparece, por exemplo, em um documento denominado de "Manual de Práticas Integrativas Ensino-Serviço" (produzido pela própria Prefeitura) com uma conotação bastante nítida de se trabalhar com a inclusão de novos sujeitos nos seus processos decisórios e organizacionais (RECIFE, 2012), ao passo que também pode representar, como vimos em citação anteriormente trazida, a comunhão de responsabilidades e atribuições entre o campo acadêmico (não apenas o privado) e o campo da gestão: "o que nós estamos falando é de fato você partir para um sistema de co-gestão. Ou seja, uma coisa não apenas do interesse acadêmico nem apenas do interesse do serviço".

Nesse sentido, nos reportamos à Spink e Frezza (2013) que chamam atenção para o papel da perspectiva construcionista social no processo de compreensão das práticas discursivas ao considerar que, é a partir dos repertórios de que dispomos e do uso que

fazemos deles, que atribuímos sentido às experiências e vivências no cotidiano. E acrescentam:

> O foco dos estudos que adotam esse conceito deixa de ser, assim, apenas a regularidade, o invariável, o consenso, e passa a incluir também a própria variabilidade e polissemias que caracterizam os discursos (SPINK & FREZZA, 2013, p. 29).

5.2.1 Os desafios da integração ensino-serviço: o que há e o que escapa ao Pró-Saúde?

Na literatura examinada sobre o PROMED encontramos várias reflexões que indicam as dificuldades encontradas neste Progr
ama, as quais, por seu turno, serão utilizadas neste momento como parâmetro para balizarmos os desafios que se apresentam ao Pró-Saúde. Nesse sentido, Alves *et al*. (2013) destacam entre tais dificuldades:

> A rotatividade da gestão por questões políticas, e o desafio da gestão da demanda nos serviços em que atuam os estudantes. A ausência de compensações – financeira e de carga horária – para o trabalho dos profissionais do serviço na função de preceptoria dos estudantes é outro aspecto dificultador das mudanças presente nos depoimentos em quatro escolas médicas. Questões relacionadas aos cenários de Atenção Primária foram a violência urbana – risco e insegurança nas UBS, dificuldades com transporte para estudantes e professores, dificuldades para a realização de pesquisas acadêmicas nesses cenários e disputa do cenário de ensino-aprendizagem com outras instituições formadoras (ALVES *et al*., 2013, p. 162).

No que diz respeito à rotatividade da gestão, a maior parte do período de incidência do Pró-Saúde no Curso Médico (2005[65] a 2011), contou com uma gestão do PT à frente do município, o que indica certa estabilidade do governo local ao longo da vigência do Programa. Por outro lado, se considerarmos o período de vigência do terceiro edital do Pró-Saúde (a partir de 2012) houve rebatimentos da gestão do PSB[66] que também iniciou o seu mandato em 2012.

---

[65] Em que pese o projeto ter sido escrito em 2005, há documentos do Curso Médico que sinalizam o início de suas ações no ano de 2006 e há outros que apontam o seu início apenas a partir de 2007: "tendo iniciado sua execução propriamente dita em março de 2007, apenas no segundo semestre deste ano o Pró-Saúde teve as suas atividades incrementadas" (UFPE, 2008).

[66] Cabe ressaltar que o PSB já estava à frente do Governo do Estado desde 2007 através da forte liderança política do então governador Eduardo Campos, trazendo consigo, no que diz respeito à saúde, a implementação de grandes hospitais e de Unidades de Pronto Atendimentos (UPAS) em detrimento de ações e serviços que dialogassem e fortalecessem a Atenção Básica à Saúde.

Desse modo, de acordo com os interlocutores, algumas mudanças relacionadas ao processo de integração ensino-serviço puderam ser sentidas de pronto, chamando atenção, neste sentido, a maior centralização das decisões no nível central da SGETS local em detrimento da articulação direta da Universidade com os Distritos Sanitários, como podemos observar no respectivo relato:

> Ela [nova gestão] desmonta toda autonomia dos Distritos, então ela centraliza as decisões, se você ouvir a fala dos atores dos Distritos, os profissionais, ela é completamente centralizadora, então ficou mais difícil de dialogar, tem que passar pela SGTES, não pode nada, a gente não pode pactuar direto com o Distrito. E os Distritos ficam sem saber o que fazer, eles ficam realmente, eles vão fazendo, tendo protagonismo em algumas decisões e são reprimidos porque tem que passar por lá, então isso foi nítido (Entrevistado A11).

A gestão, por sua vez, pondera que, a partir da respectiva centralização foi possível haver maior monitoramento das ações realizadas:

> Quando a gente faz isso só a nível distrital, qual era dificuldade que a gente tinha lá na SGTES? A universidade demandava direto pro Distrito (...) aí, por exemplo, a Universidade ofertava para o Distrito, é vamos ver... uma... um curso de preceptores para os dentistas, aí a universidade fazia essa demanda para o Distrito Sanitário IV... quando a gente no nível central ia saber, o profissional já tinha sido capacitado, já tinha sido treinado, já tinha sido certificado e a gente não tinha esse dado, então esse dado se perdia com o tempo, era importante, era, uma relação mais próxima? Era! Mas a gente perdia o dado de capacitação, perdia a possibilidade de (...) poder levar isso para os outros distritos, se essa demanda não ficasse concentrada apenas no Distrito IV, então isso era uma dificuldade (Entrevistado G4).

Por outro lado, acrescentam os participantes da gestão, outro desafio, até então não previsto, se desvelou - os profissionais da Universidade, ao se depararem com tais dificuldades de diálogo e negociação, começaram a recorrer diretamente aos preceptores da rede, ou seja, a relação que deveria partir da Universidade para o nível central da SGTES, do nível central para os Distritos e, dos Distritos para os preceptores, passou a contar com um atalho, uma ponte não esperada a fim de diminuir a distância entre os respectivos espaços.

A questão da comunicação sofreu mais revezes com a substituição da gestão: os Distritos contavam com um trabalhador responsável pela “ponte” entre as sub-áreas dos DS e a sua coordenação distrital, denominado de ‘gerente de território’ os quais, quando transcorrida a mudança política, passaram a ser chamados de ‘coordenadores de área’, mas a respectiva alteração também veio acompanhada da diminuição do número de trabalhadores com esta função - no caso do DS IV, por exemplo, dos oito ‘gerentes de território’, ficaram

apenas três no lugar de ‘coordenadores de área’, o que afetou diretamente o fluxo de informação nos Distritos, com possíveis reflexos também no processo de pactuação da rede junto à Universidade.

Outro aspecto que merece relevo a partir da chegada da nova gestão, foi a criação de unidades vinculadas à atenção básica denominadas de ‘Upinhas’. Segundo alguns participantes tratam-se de unidades com melhor estrutura, contando com salas de repouso, sala de reunião etc. e, quando, recentemente, houve a inauguração de sua 10ª unidade, a comunidade beneficiada sinalizou com comemoração, como apontado no depoimento abaixo:

> Foi uma luta muito grande dessa comunidade, porque as duas unidades que existiam aqui estavam insalubres tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, sem condições até de acessibilidade. E hoje a gente tem o prédio com acessibilidade, com rampa, com toda a estrutura (SITE DA PREFEITURA DO RECIFE, 2016).

O relato acima, além de ressaltar a satisfação das pessoas que passarão a ser assistidas pela Upinha, também parece salientar certa tensão e disputa entre um modelo de unidade em detrimento de outro. Se foi um trecho extraído deliberadamente pela gestão com este propósito, não sabemos, mas, de acordo com o entendimento de alguns interlocutores, a convivência entre as Upinhas e as USFs, considerando a perspectiva política e operacional da atenção básica, traz um certa sensação de confusão:

> É um horror né, as Upinhas que é uma coisa, a estrutura física delas é maravilhosa, agora tu conseguir manter o projeto do Saúde da Família da forma como ele é, dentro de uma Upinha é enlouquecedor (...) porque, assim, aquela coisa a Upinha a, a, a Upa, o Saúde da Família, a unidade do Saúde da Família tá, ela tem uma, uma área adscrita né, ela tem uma, uma equipe responsável por aquela área e ela tem a, a... uma comunidade (...) a Upinha se ela funcionar 24h, durante o dia ela só atende aquela comunidade ali, à noite ela atende tudo, entendeu, durante o dia se tu for lá para ser atendido, se tu fizer parte de outra comunidade tu não pode ser atendido entendeu, então é uma coisa assim que é... é, é, é meio, é confuso (Entrevistado G7).

> Hoje você tem uma gestão municipal de saúde totalmente esquizofrênica, totalmente fora do olhar da atenção básica de saúde, que inventou a história de uma Upinha que não tem similar em município nenhum do mundo, sei lá, vamos dizer da política brasileira do Brasil, dos cinco mil e tantos municípios não tem um que tenha esse modelo de Upinha que ninguém sabe o que é (Entrevistado A2).

Como nos lembra Baptista e Mattos (2011) o estudo da política pode revelar apropriações e misturas de propostas distintas, e até mesmo contraditórias no nível local. Mas, do ponto de vista da operacionalidade, ainda que se valendo de tais ressalvas, as Upinhas também passaram a ser campo de prática dos estudantes do Curso Médico da UFPE, na falta

de opção nas unidades do Saúde da Família, como revela o trecho a seguir: “sim a gente tem, a gente, a princípio não queria colocar alunos na Upinha mas hoje, pela escassez, a gente está colocando” (Entrevistado A6).

E a gestão, por seu turno, como tem lidado com a demanda cada vez maior de inserção de estudantes na sua rede de serviços? Tal desafio se revela especialmente potente diante de uma rede - aqui nos referimos à rede de atenção básica - que não passa por incrementos estruturais há muito tempo, como nos lembra uma participante do estudo:

> Todo esse processo de como cresceu né, como tá grande o número de alunos e as unidades permanecem as mesmas, não foi criada uma equipe não é, nenhuma unidade é, uma equipe nova, não foi criada[67], então, assim, no levantamento que a gente fez, eu não tenho, lembro aqui, mas assim, foi uma loucura porque a gente via o que era que a gente tinha com o que a gente tem hoje, com o mesmo campo, com o mesmo campo né, e muitas vezes a gente diz que não tem condição – “Por que? Como é que não tem condição?” – “Gente! Não tem porque o campo é mesmo!” O campo é o mesmo e assim o quantitativo de universidades que tem aí, então, assim, a gente não consegue acolher (entrevistado G5).

Nesse sentido, enquanto Recife passou por um momento de expressiva expansão de sua rede de cuidados primários, com rebatimentos para o bem e para o mal que se estendem até hoje[68], alguns participantes da pesquisa indicam que, após anos de investimento na saúde da família, estas parecem deixar de ser prioridade:

> Tem umas coisas, mas tem umas coisas que são completamente inoperantes, eu acho que essa, essa gestão só vai daqui a quatro anos que ela vai conseguir entender o que é agora, entendeu, porque a prioridade dela não é o Saúde da Família não é tá,

---

[67] Tal cenário se trata do DS IV, no DS V foi relatada a criação de duas Upinhas em áreas que, segundo um participante do estudo, se encontravam descobertas pelas USF devido o crescimento desordenado da cidade. A propósito, o DS V conta com 15 USF e 34 equipes, enquanto o DS IV com 20 unidades e 40 equipes. Em 2005, a rede passou por uma redivisão que mexeu no número de Distritos do município - passando de seis para oito, no entanto, os DS IV e V não sofreram alteração, uma vez que houve apenas o desmembramento do DS III e VI. É bom ressaltar também que cada Distrito conta com uma coordenação de integração ensino-serviço a fim de tocar as demandas dessa articulação.

[68] Um interlocutor chamou a atenção para o agir “militante militar” dos que apostaram no trabalho voltado para a atenção básica no município, de acordo com ele “Recife nunca botou 15% da receita” precisando assim, para ver crescer a rede em mais de mil por cento no espaço de uma única gestão “abrir unidades de saúde da família em casebres na comunidade, entendeu” (Entrevistado A9). Tal relato, por sua vez, pode ser traduzido na descrição das condições de trabalho de um dos preceptores participantes da pesquisa: “eu vivia uma situação um tanto complicada no [USF] Vietnã, problema estrutural grave, a gente praticamente não tinha unidade de saúde, as ações eram movidas diretamente nas ruas, nas casas e com apoio de alguns equipamentos sociais – escola, sede de associação dos moradores” (Entrevistado G10). E ao que tudo indica as questões políticas, mais uma vez de disputas internas dentro do PT, contribuíram para uma maior fragilidade da atenção básica no âmbito local: “então assim os profissionais foram, investiram afetivamente, entendeu, construíram uma aliança com o povo que foi sabotada, sacaneada pela gestão porque João Paulo brigava com Humberto, que não queria botar dinheiro na saúde porque a saúde era de Humberto, se Humberto já é era liderança hegemônica do PT, se ele fizesse uma gestão inserida na saúde tomava o lugar de João Paulo na Prefeitura ele... e o povo se fudendo por conta dessa disputa interna, entendeu (Entrevistado G10).

> aí eles dizem que é, mas não, é claro isso, eles não investem nas unidades (Entrevistado G7).

Atrelada a esta aparente falta de prioridade, há outros "senões" que interferiram e interferem diretamente na capacidade de acolhimento dos estudantes na rede, um deles, paradoxalmente, foi a chegada do Programa Mais Médicos. Paradoxalmente porque, ao passo que o Programa trouxe consigo a possibilidade de contrapartidas para o fortalecimento da Atenção Básica, seus participantes se encontram impedidos de exercer a atividade de preceptoria, uma vez que são considerados médicos em formação.

Outro aspecto relatado pelos interlocutores nessa linha trata-se da negativa de alguns médicos em receberem os estudantes nas suas diferentes modalidades de inserção previstas na rede[69]. Para a maior parte dos interlocutores do estudo, a condição de preceptor para aqueles que atuam como médicos do Saúde da Família é tida como "nata" partindo do princípio do lugar do SUS enquanto formador dos trabalhadores da saúde, por outro lado, também ressaltam que as categorias profissionais lhe dão a possibilidade de facultar nesse sentido e, ainda, que tal exercício pedagógico pode estar atrelado a um exercício de poder e resistência, como aponta o trecho abaixo:

> A maioria, é, eu tenho tranqüilidade, assim, de que a maioria recebe, quando não recebe, a negativa de não receber, às vezes ela vem por alguns momentos, por exemplo, ano passado, assim que eu entrei a gente enfrentou uma, uma grande crise e que as pessoas, não é que confundem mas, é, que acabam utilizando como uma ida para bandeira de luta né, é, a gente sabe das dificuldades da rede né, e aí uma das formas do profissional colocar sua luta também é aquilo que mexe, que causa prejuízo, assim, não necessariamente só financeiro, mas tem a questão de receber aluno, então assim eu não vou receber aluno porque eu não tenho condições de receber... (Entrevistado G1).

Considerando os territórios dos DS IV e V, chama atenção a diferença do quantitativo das equipes que costumam receber estudantes nas suas unidades. Segundo as respectivas coordenações de ensino-serviço, enquanto no DS IV um pouco mais da metade das unidades abrem as portas para os estudantes: "a gente passa um pouquinho de 50%... naquele

---

[69] Segundo o Manual de Integração Ensino-Serviço produzido pela SGTES local há diferentes possibilidades de inserção do estudante na rede, tais como: visitas técnicas, aulas práticas, estágios, projetos de extensão, Pet-Saúde e pesquisas, além das inserções para realização do internato e da residência (RECIFE, 2012). Ainda sobre este quesito, a partir da atual gestão passou-se a contabilizar a respectiva entrada via o número do CPF do estudante porque ele pode entrar na rede mais de uma vez, como explicita o relato a seguir: "nós mostramos para a [Universidade] Federal, 'sabe quantos alunos de vocês passam pela nossa rede? Não é necessariamente aluno, é o CPF né, cinco mil, que um aluno durante o ano ele ía entrar três, quatro, cinco vezes aquele aluno entra na minha rede, aquilo ali significa uma vaga que ele ocupou né, não é, que tem cinco mil alunos da Federal, entendeu (Entrevistado G1).

levantamento tinha Mais Médicos, tinha Provab e tinha Co-gestão"[70]; no DS V 80%, aproximadamente, desenvolve a prática da preceptoria. Bom, mas quais têm sido as estratégias da universidade, particularmente através do apoio do Pró-Saúde, e da gestão para deixarem essa atividade mais atrativa aos olhos dos médicos da rede?

Poderíamos imaginar que o problema apontado por Alves *et al.* (2013) no PROMED no que se refere às compensações financeiras da preceptoria seria atenuado no desenho da terceira versão do Pró-Saúde (o Pré-Pet) ao se passar a conceder uma bolsa para os preceptores participantes do Programa. Entretanto, se para alguns interlocutores o pagamento de uma bolsa pôde ser considerada um estímulo, para outros foi apontado como um retrocesso, especialmente por não contemplar a todos os envolvidos:

> O olhar que eu tive de lá assim... foi um retrocesso... porque a partir do momento que você tem bolsa para atividade de preceptoria para o PET mas você não atende os 40 enfermeiros, os 28 dentistas e os 40 médicos, aí o que é que você tem? Aí você tem dentro de uma unidade de saúde da família dentista que está ligado ao PET que está ganhando uma bolsa de dois mil reais pra fazer aquela atividade de preceptoria e os outros não... Aí os outros simplesmente dizem não quero mais. Se não tiver, ou vai ser um incentivo financeiro pra contemplar todos, e aí eu acho que entra muito mais pelo viés de progressão de cargos e de carreiras (Entrevistado G4).

Segundo uma das interlocutoras, há atualmente o "esboço de uma política de incentivo à formação profissional com vários componentes, sendo um deles a preceptoria, tudo oficializando o que já existe e colocando outros aspectos também" (Entrevistado G2). Os componentes da respectiva política relacionados à preceptoria, como nos conta uma representante da gestão, se ancoram: nas atribuições da atividade da preceptoria[71]; na organização dos cenários de prática; na discriminação das contrapartidas institucionais e, por fim, no monitoramento e a avaliação desta atividade. Ademais, também há a expectativa de que cada instituição de ensino conte com um núcleo, tido como uma instância de "co-gestão", a fim de responder pelos quatro componentes ora mencionados. Por seu turno, em relação à possibilidade de progressão salarial, um dos participantes pontuou que está é uma questão há muito debatida, mas que ainda não está definida.

As compensações relativas à carga horária[72] aparecem, por sua vez, associadas à liberação dos profissionais para eventos de produção de conhecimento e para algumas

---

[70] Entrevistado G5.

[71] Foi ventilada a informação por parte de uma interlocutora da gestão de que havia, à época da entrevista, um formulário circulando com o objetivo de atualizar informações sobre a preceptoria – se os profissionais da rede recebiam ou não estudantes; se sentiam necessidade de capacitação etc., a fim de se pensar iniciativas nesse sentido para o ano seguinte.

modalidades de formação. A existência de rubricas voltadas para ações pedagógicas, como vimos, acompanharam todos os editais do Pró-Saúde, merecendo destaque a versão atrelada ao Curso Médico da UFPE que, além do oferecimento de diferentes encontros e seminários, também ofereceu as duas versões do Curso de Especialização para os médicos, enfermeiros e odontólogos da rede.

Entretanto, transcorridos mais de 10 anos do acontecimento destes cursos, apenas um dos preceptores participantes do estudo fez menção à sua participação nos mesmos. Diante deste cenário – sem direito à reprise de cursos com a dimensão dos que foram realizados - o papel de formador da Universidade foi recorrentemente lembrado pelos preceptores, especialmente por aqueles que ingressaram mais recentemente na rede, ao que a gestão, por sua vez afirma:

> Aí a gente está fazendo alguns movimentos e tá trazendo curso de preceptoria, inclusive o Cofep [Colegiado de Formação e Educação Permanente], a gente pactuou com as instituições que deveria ser ofertado aí, por incrível que pareça, ninguém tinha um curso montado né, que é até estranho mas, enfim, quando a gente foi para o Cofep a gente oficializou que Recife precisava dessa demanda inclusive com contrapartida e aí nenhum instante um curso pronto de preceptoria e foi (...) É porque quando a gente vai para instituição e que a gente dialoga, as instituições colocam "não, mas a gente oferece constantemente, os preceptores participam das nossas oficinas, os preceptores tem a capacitação" e aí a gente, "pois é, mas os preceptores não enxergam que isso é um curso de preceptoria", então, assim, existem duas questões, ainda que isso seja visto por vocês como curso de preceptoria, se eles não enxergam, então não está adiantando né, a gente precisa, de fato, envelopar uma iniciativa, caracterizar como, de fato, sei lá, um curso inicial, um curso mais avançado de preceptoria para, de fato, trabalhar competências técnicas e pedagógicas (Entrevistado G1).

Aqui, em que pese parecer razoável que a gestão tenha a expectativa de contrapartidas por parte das instituições de ensino, é importante problematizar se a proposta de um curso de preceptoria não deveria passar pela construção coletiva dos atores implicados no processo, considerando o risco de, do seu contrário, escorregar mais uma vez na lógica dos cursos prontos e "envelopados", como já discutido anteriormente neste trabalho. Por outro lado, de acordo com um entrevistado:

> Nem todos os professores ou todos os cursos têm o entendimento do que é a partilhar com a gestão, então você pactuar os conteúdos pedagógicos de fato, uma coisa é você levar pronto e pactuar e impor, outra coisa é você colocar, certo, todos esses atores, a gestão, as escolas, os professores e os preceptores para construir o modelo (Entrevistado A11).

---

[72] Uma possível compensação que não está diretamente ligada à questão financeira, nem à questão da carga horária, trata-se da concessão por parte da Prefeitura de uma declaração de preceptoria que pode contribuir na pontuação da nota quando da realização de determinados concursos. Além disso, os preceptores também têm direito à emissão da "carteirinha" de professor que oferta descontos em eventos culturais e outros.

Outro risco de se prescindir de construções pedagógicas coletivas é caminhar na perspectiva de que a Universidade é a única detentora do saber legítimo para organizar atividades desta natureza, como chama a atenção o interlocutor abaixo:

> Porque senão a academia sempre se coloca num papel que eu acho que no momento já não é mais esse papel de "eu sou quem ensina", não né... para mim quando você realmente incorpora isso é tão bom que a gente é, como se tirasse uma trava, assim, do olho, aí você diz "não, não sou, a academia, quem ensina. Nós aprendemos!"... né, junto, então o que o preceptor da rede tem para ensinar para todo mundo... Então nós aprendemos juntos não é (Entrevistado A3).

Ainda que a pactuação de conteúdos pedagógicos em encontros pontuais tenha a possibilidade de não serem enxergados como exercícios formativos, a adoção de momentos partindo desta perspectiva foram bastante mencionados pelos docentes do Curso Médico da UFPE ao se referirem aos apoios e às contrapartidas por parte da Universidade:

> O que é a gente vem trabalhando com rede né, qual é a nossa oferta né, para os preceptores, tem sido trabalhar nas unidades preceptoras ao longo do período, casos individuais e casos coletivos, situações coletivas de maneira, de maneira que a gente possa ajudar (...) como é que a gente faz isso, a gente tem a oportunidade, que a gente vai discutir o caso, tem algumas unidades que os alunos vem com o caso e a gente faz a supervisão dos alunos (...) e isso é que a gente fica dizendo ao preceptor que é pouco a nossa oferta, seja essa oferta no âmbito da ação coletiva, sei lá, discutir ou instituir, ajudar a planejar o acolhimento da unidade, a gente se dispõe é..é... organizar grupo terapêutico, organizar busca ativa de casos, a vigilância mais tradicional, a saúde nessas unidades, um plano de saúde coletivo em várias unidades ou na própria clínica né (Entrevistado A8)[73].

Os interlocutores da academia acrescentam que, na época de maior disponibilidade de recursos oriundos do Pró-Saúde foram realizadas muitas oficinas junto aos preceptores, inclusive de maneira mais sistematizada, ao passo que, atualmente, afirmam que: "para sentar e discutir com os preceptores a gente trás o lanche, trás o café, não tem recurso da Universidade né" (Entrevistado A6). Mas os incômodos e os questionamentos não se encerram por aí:

---

[73] Nesta esteira, vale retomar à Política Nacional de Atenção Básica quando se refere às ações de Educação Permanente voltadas para as equipes de Atenção Básica: "a vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha é importante diversificar este repertório de ações incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc." (BRASIL, 2011a, p. 10).

> Agora o que e que a gente diz, assim, se a universidade também não nos autoriza a criar, não nos autoriza com dispositivos, com meios, com instrumentos né, para que a gente consiga ir pra rede de forma subsidiária, para fazer isso junto com a rede, a gente vai fazer pelo perfil e pelo perfil e pela carga horária que tá, porque o resto da carga horária tem que tá definida para outras coisas que a universidade define, então você tem que ter também um plano de carga horária teórica, você tem que ter.. (Entrevistado A8).

Na tentativa de responder às demandas trazidas acima, a Pró-Reitoria Acadêmica vem se comprometendo a rever o marco regulatório da Universidade a fim de favorecer os professores que atuam em disciplinas e módulos que prevêem o diálogo com o "mundo do trabalho", nesse sentido, a proposta é a diminuição da carga horária dos docentes envolvidos e, para as disciplinas interdisciplinares, há a perspectiva de que passem a ter prioridade em relação às demais, na alocação de recursos para o desenvolvimento de seus projetos. Em suma, que "isso seja visto como uma parte nobre da Universidade", uma vez que através dessas experiências o estudante vai:

> Encontrar a profissão que ele desejou ter né, ele vai poder praticar a profissão, ele vai poder ter uma reflexão sobre a... as relações que se estabelecem né, dentro da profissão dele, ele vai é... se posicionar politicamente como cidadão do que ele será no futuro na sociedade e o mais importante é, além desse desdobramento legal da profissão, de como ele se insere na sociedade, de como ele pode contribuir, ele vai encontrar o outro que é um grande desafio (Entrevistado A13).

Adentraremos agora na discussão sobre outra dificuldade localizada por Alves *et. al* (2013) quando do estudo sobre o PROMED, qual seja, a questão de como a violência repercute no campo de práticas. Tal problemática, por seu turno, pôde ser localizada ao longo das entrevistas, de modo que os relatos abaixo podem nos dar pistas de seus rebatimentos sobre a integração ensino-serviço, bem como sobre o papel dos atores frente às respectivas situações:

> Só em algumas situações de realmente, de muito risco, por exemplo, agora eu botei, negociei com o cinco [DSV], Mangueira II e realmente Mangueira II é, a médica está atendendo com um policial na porta, então o aluno não quis ficar, aí é compreensível né, então a gente remanejou, que ele já vai com medo, já vê uma situação estressante dessa né (Entrevistado A6).

> Às vezes o estudante vem temeroso porque tem a questão da violência dentro da favela, que alguns ficam mais temerosos né, quando eles tem que fazer a visita na área, então o deparar deles com a pobreza mesmo né, porque uma coisa é você saber que existe, eu digo sempre a gente aqui, uma coisa é você saber que tem e outra é você sentir o cheiro daquilo, o que eu quero dizer é você entrar, sentir na pele né, então você sente o calor de uma casa daquela né, às vezes, assim, o mau cheiro, às vezes a questão do lixo, a questão da própria é... saúde, é... esgoto tudo isso né. Dependendo do local que você vai é diferente, então, assim, especificamente a minha equipe eu tenho até dois pólos, o que eu acho que é interessante para quem vem, porque eu tenho duas agentes de saúde que as áreas

> delas são áreas que eu diria que deveria ser assim em todas, então são essas casinhas de vila onde você entra, tá tudo direitinho... (Entrevistado G8).

Ao passo que é relevante e legítimo garantir que os espaços de inserção dos estudantes lhes tragam certa segurança, as citações acima parecem dizer de mais coisas. A primeira delas fala sobre a influência do papel do preceptor nas experiências dos estudantes junto à rede (ALVES, *et al*., 2013) a partir de seus entendimentos pedagógicos, políticos e ideológicos e a segunda, como nos lembra Trindade & Almeida (2012) fala sobre o risco se perpetuar a medicalização e a esterilização da vida quando a aposta de transformação da atenção da básica passa pelo seu sentido oposto – o reconhecimento do cuidado, da implicação e da miscigenação da vida.

Passaremos por fim, para os dois últimos aspectos considerados dificultadores tomando como base a pesquisa sobre o PROMED: as dificuldades com transporte para estudantes e professores e as dificuldades para a realização de pesquisas acadêmicas.

Em relação ao transporte, percebemos que esta já é uma questão superada - os estudantes, segundo os interlocutores, já vão espontaneamente às unidades, o que pode sinalizar, por sua vez, maior incorporação das atividades extra-muros nos seus currículos e, portanto, no processo de ensino-aprendizagem adotado ao longo do curso.

No que diz respeito às dificuldades para a realização de pesquisas acadêmicas, como pontuado anteriormente, a chegada do Pró-Saúde III proporcionou, para os que tiveram oportunidade de participar[74], o alargamento do olhar sobre o território e sobre a vivências das pessoas do território através do desenvolvimento de projetos que envolviam tanto a parte da pesquisa, como a parte da intervenção e que, ao que parece, afetou não apenas os estudantes, mas também os docentes, como relatado no trecho abaixo:

> Que nesse sentido, vamos dizer assim, a bolsa [apoio financeiro] e a oportunidade né, do projeto, elas atenderam a missão né, nós tínhamos o depoimento, por exemplo, de uma professora que disse que chegou aquela história, eu entrei porque no curso ninguém queria entrar e eu topei o desafio, mas eu vim pra cá sem saber o que era Pró-Saúde, sem saber o que era Pet-Saúde, sem conhecer os outros cursos né, eu era uma professora da pesquisa, ela disse "extensão nunca foi minha praia, nunca me envolvi em projetos de extensão minha expertise é a pesquisa" e ela

[74] É importante registrar que duas preceptoras participantes da pesquisa relataram o seu envolvimento no Pró-Pet, ao que enfatizaram a fertilidade proporcionada pelo encontro de estudantes de diferentes áreas de atuação. Ambas também pontuaram que nestes grupos havia a participação de estudantes do curso médico, no entanto, a coordenadora do Programa à época, ressaltou que as participações dos estudantes deste curso foram bastante incipientes, face, especialmente, à densidade de sua grade curricular. Nesse sentido, de acordo com Koifman (2011), como vimos anteriormente, o aumento da carga horária do curso foi considerado um rebatimento desfavorável da reforma curricular, respingando, muitas vezes, em menos tempo para o estudante processar o aprendizado e para viver a vida extra acadêmica, ao que podemos acrescentar, a partir dos achados do estudo, que também passou a influenciar as suas possibilidades de vivência da vida acadêmica extra-muros.

> entrou e se maravilhou e ela disse o quanto aquilo transformou a vida dela, o quanto ela pôde valorizar ações que ela não conhecia né, e a questão da integração também com as áreas e tudo o que é que ela estava levando daquela experiência para o ensino do curso dela então isso, nisso eu acho que cumpriu né (Entrevistado A12).

5.2.2 Qual o papel atribuído ao Pró-Saúde no processo da integração ensino-serviço no Curso Médico da UFPE?

Os entendimentos sobre o papel do Pró-Saúde frente à integração ensino-serviço desenvolvida no Curso Médico da UFPE apresentam algumas gradações que, de um modo geral, vão desde o entendimento de que o Programa trouxe mais problemas do que contribuições, até, passando por algumas variações, os que reconhecem a sua participação no lugar de um "grande indutor" deste processo. Vejamos, por enquanto, um trecho que se aproxima mais do seu primeiro "extremo":

> Olhe, inclusive medicina não, era obrigada, quer dizer, fazia com gosto né, obrigada quem dizia eram as instâncias, era obrigado a gente a participar mas a gente não recebia verba.. foi muito pequena a verba... e no terceiro a gente não recebeu nenhum... você veja, o primeiro se recebeu, acredito, que algo em torno de 300 mil, o segundo foi 90 que foi basicamente pra capilarizar alguma coisa na rede e não deu muito certo... você veja, a coisa é de um jeito que alguns é... deu foi muita dor de cabeça para a gente porque algumas coisas que a, se comprou, que era para dar para as unidades do estado, depois quando se foi prestar contas a prefeitura não sabia aonde é que tinha colocado (...) o papel, e deu trabalho para se achar esse negócio, se saiu procurando por tudo quanto é canto... quer dizer, é muito complicado essa história né, de você atuar assim... dando é... dividindo com vários entes né.... não é fácil... (Entrevistado A3).

A citação acima chama atenção por dois aspectos, o primeiro deles fala do lugar de centralidade dado à Universidade, a qual estaria "dando" ou "dividindo" recursos e/ou ações com outro ente. Tal perspectiva não parece muito razoável quando se está em um processo de integração ensino-serviço, o qual pressupõe, minimamente, um movimento de diálogo, troca e pactuação entre os atores envolvidos. O segundo, por sua vez, aponta para uma notável preocupação com as contrapartidas financeiras advindas do Programa, entendimento este que pode ser amparado na afirmação de Oliveira *et al*. (2008) ao pontuar que "o pano de fundo" financeiro esteve e ainda está muito atrelado às iniciativas de mudanças curriculares.

Diante da discussão acima, vale registrar um acontecimento “curioso” com o processo de repasse dos recursos do Pró-Saúde II à Universidade, como nos relata uma das participantes do estudo:

> Então, praticamente do dinheiro de materiais a gente gastou praticamente todo permanente, comprou muita coisa aqui, só que ai, e o... e o projeto de reforma, que eram reformas em várias unidades do curso, dos cursos ele... a gente mandou o projeto e não apareceu, mas e a gente tocando o resto (...) só que ai quando a gente tinha gastado muito dinheiro é... (...) a gente percebeu que a gente nunca tinha recebido dinheiro porque eles nunca mandaram avisar que a gente só receberia, porque eles davam uma carta de crédito né, então vinha, mas depois tem que vim oficial, que é o dinheiro né, como eles seguravam isso junto com a reforma, enquanto não estava aprovado o projeto arquitetônico, eles não liberavam o dinheiro e eles nunca avisaram para gente que tinha pendência, foi um erro e a Universidade nunca percebeu que não recebia dinheiro, erro contábil, então na verdade a Universidade colocou quase 2 milhões do bolso no Pró-saúde e a gente nunca recebeu dinheiro da... do Ministério (Entrevistado A4).

A participante acrescenta que, após esse impasse, a Universidade assinou um acordo de desistência da parte ligada às reformas físicas mas que, ainda assim, uma quantia em torno de R$ 700 mil, ligada à parte de equipamentos, nunca chegou, até onde a interlocutora saiba, ao fundo da Universidade.

Bom, além de sinalizar a dificuldade de se executar os recursos do Programa, tal relato também chama atenção para, neste caso, a possibilidade de manejo das rubricas da Universidade frente às suas prioridades e para o papel da mobilização dos coletivos para o desencadeamento de mudanças, ainda que o recurso tenha ficado apenas na expectativa.

A tensão entre o lugar de mobilização dos coletivos *versus* o papel do incentivo financeiro também aparece quando da estruturação da Residência em Saúde da Família e Comunidade, enquanto uma das interlocutoras parece ressaltar a importância do apoio financeiro para a sua criação, ao que afirma: “a gente apoiou mediante bolsas a estruturação da residência dentro, como projetinho dentro do, do Pro Saúde” (Entrevistada 10), outro participante parece atribuir uma maior envergadura para o que chamou de militância de determinado grupo de estudantes na realização deste feito:

> Então a residência, na verdade, é resultado de uma militância, assim... né?! Nossa, aqui, de um coletivo que se formou no DAMUC [Diretório Acadêmico Humberto Camara Neto], aqui no DA [Diretório Acadêmico] de Medicina. E que quando saiu da graduação, se perguntava “bom, e agora o que é que a gente vai fazer pra continuar… na luta.” A luta é o que faz sentido para a gente, e foi assim que a gente escreveu, né?! E a coragem de [X] de bancar institucionalmente essas questões a todo custo. Ele, [X], entendia que isso era estratégico para o movimento na UFPE, né, o Pró-saúde era só o pano de fundo mesmo (Entrevistado A9).

Entre ser considerado como “mero” pano de fundo e ser considerado como o garantidor das reformas, não parece apressado afirmar que o Pró-Saúde oportunizou e provocou mudanças importantes para o curso[75] considerando para tanto, a mobilização de alguns coletivos de estudantes e uma coordenação de curso disposta, à época, ao diálogo e às reformas.

E, particularmente para o processo de integração ensino-serviço, é importante chamar a atenção para o cenário político que planava no período da pactuaçao. Nesse sentido, em que pese os desdobramentos negativos das disputas internas do PT, o alinhamento político existente entre a corrente político-partidária da gestão do município e a da universidade foi destacado como um aspecto “favorável”:

> Foi, foi porque havia uma tensão como eu tinha colocado havia um tensionamento em relação à, à disponibilidade de, de vagas na rede, é, considerando a presença de uma nova Faculdade com um poder econômico bem superior porque as notícias da época era que de fato o IMIP pagava os preceptores e chegou ao ponto de colocar uma tabuleta numa unidade dizendo que aquela unidade era campo deles e aí isso gerou uma grande tensão e foram muitas as reuniões de pactuação num contexto que a gente até tinha como favorável politicamente a aos interesses do curso né, que era gestão de PT (Entrevistado A10).

Em meio então a um conjunto de forças, foi disparado o processo de pactuação com a rede que contou com determinadas orientações teórico-metodológicas adotadas pelo Programa, sobre as quais no nosso olhar se voltará nesta próxima etapa do trabalho.

5.3. **Em busca de uma formação que se aproxime da abordagem biopsicossocial**

O nosso propósito neste momento será realizar um balizamento das ações provocadas pelo Pró-Saúde com o que se define neste Programa como Atenção Integral à Saúde, considerada como: “a responsabilidade dos profissionais pela abordagem biopsicossocial dos problemas de saúde dos usuários, assim como a garantia do Sistema de Saúde em ofertar as ações dos diferentes níveis de complexidade, necessárias para a resolução dessa situação” (BRASIL, 2008c, s/p.).

---

[75] Segundo uma das interlocutoras, tais mudanças passaram por “a gente conseguiu essa melhoria física na própria... no espaço da coordenação, a gente garantiu é, pessoas pra o apoio administrativo né, a gente assegurou é, esses pequenos apoios para, para os coordenadores e o equipamento pras unidades que recebiam os alunos (Entrevistada A10).

Partindo do princípio de que a discussão sobre a oferta de ações pelos diferentes níveis de atenção foge ao escopo dos objetivos deste trabalho, nosso foco será, pois, sobre a abordagem biopsicossocial dos problemas de saúde dos usuários. Assim, para prosseguirmos neste caminho, o primeiro aspecto a ser tratado será a ampliação dos cenários de prática - o seu alargamento para além das situações de ensino-aprendizagem ancoradas nas paredes do hospital - o que certamente tende a favorecer a abordagem biopsicossocial dos problemas de saúde dos usuários.

O que havia, pois, de experiência nesse sentido e o que passou ter a partir da revisão curricular influenciada pelo Pró-Saúde? Como vimos, ainda que como atividade "marginal", havia um grupo de professores que já apostava nas interlocuções 'ensino-serviço' e que se encarregavam de organizá-las em determinadas disciplinas do Departamento de Medicina Social. A partir das alterações na grade curricular, tais inserções, além de receberem maior legitimidade, passaram a se dar de maneira mais sistematizada nos primeiros períodos do curso, com foco na rede de atenção básica. Rede de atenção básica que, segundo o relato de uma preceptora participante do estudo pode proporcionar ao estudante o desvelamento de outra realidade social:

> Eu acho que assim ele [estudante], ele, essa integração não consegue ficar só a nível de, de treinamento profissional, de treinamento, porque tu passa, a partir do momento que tu trás um menino desses para dentro da unidade de saúde, que é dentro de uma comunidade, tu já transportou, tu já transpassou os muros da Universidade, tu já passou do, de uma... de um poder aquisitivo para outro, tu já está enxergando uma outra realidade social né (Entrevistado G7).

Ainda que transportar os estudantes dos seus cenários de aprendizagem tradicional seja reconhecido como um caminho que favorece o olhar sobre os elementos envolvidos na abordagem biopsicossocial, o seu contato *per se* com a comunidade não parece alcançar os propósitos do que a concepção "biopsicossocial" sugere. Nesse sentido, como nos lembra Ceccim & Carvalho (2011) é importante que a formação estimule e favoreça o contato com a comunidade local, considerando a história política e cultural dos grupos e, ao mesmo tempo, também destaque o lugar de relevância da história da organização dos sistemas de saúde e de suas disputas.

Continuando com o debate relativo às inserções na rede, no entendimento de outra interlocutora a inserção na atenção básica poderia ser potencializada se houve uma longitudinalidade desta entrada, segundo ela:

> O problema que eu acho é que a nossa inserção é muito pontual sabe, eu ainda acho que por mais que tenha aumentado, ampliado o espaço de interseção com a rede, eu

> acho que ele se dá num território de muito pontualidade, como se fosse uma coisa extra que eles fizessem, mas assim, acho que se a gente tivesse uma continuidade, uma longitudinalidade de trabalho nisso mesmo, que os conteúdos fossem os mesmos, por exemplo se trabalhar um conteúdo em primeiro período é diferente de você trabalhar no 4º e também de se trabalhar no oitavo e também... assim, eu acho que a longitudinalidade ajuda na maturidade de alguns conteúdos, não é a repetição, mas é você trabalhar em cada período com cada contexto que nos períodos se define né (Entrevistado A8).

Na citação acima, além da crítica às entradas pontuais nas unidades de saúde, chama a atenção o uso do conceito de longitudinalidade atribuído pela participante que, diferentemente de uma perspectiva de longitudinalidade do cuidado (visão adotada pela política nacional da atenção básica[76]), assume uma conotação de longitudinalidade da inserção nos serviços ligada aos conteúdos a serem observados a partir de então.

Daqui, podemos sinalizar dois elementos, o primeiro deles nos remete à Spink & Frezza (2013) quando evocam a diversidade e a variabilidade a que os discursos estão sujeitos, a depender dos contextos em que estão inseridos e o segundo, mais uma vez, nos remete ao alcance, ou melhor, aos limites do alcance da abordagem biopsicossocial trazida pelo Pró-Saúde, uma vez que as experiências de entrada no campo nos falam mais de uma aposta na longitudinalidade baseada "nos conteúdos" do que na aposta da longitundinalidade baseada no cuidado[77].

Na contramão desta que seria uma visão mais limitada da abordagem biopsicossocial, a mesma interlocutora cita a experiência do Projeto Terapêutico Singular (PTS)[78]

---

[76] Segundo esta política o conceito de "longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado" (BRASIL, 2011, p. 04).

[77] Uma experiência que fala da longitudinalidade baseada no cuidado desenvolvida na nova Escola Médica da UFPE, no *campus* de Caruaru (interior do estado de PE) foi relatada durante as entrevistas e merece ser aqui relatada: "no primeiro semestre eles são convidados a acompanhar famílias, dentre as famílias que eles acompanham uma tem que ter uma grávida e ele acompanha a grávida no pré natal e é convidado a trabalhar como mediador do direito ao parto normal, então ele vai à maternidade, acompanha a gestante, acompanha a gravidez, acompanha o parto, muitas vezes é o acompanhante escolhido pela gestante e acolhido e permitido pelo serviço... e o que a gente tá cunhando enquanto cultura institucional, ver o que é que a gente se dispõe a disputar, não é disputar papel ou é... condecoração, homenagem, ver o que é que a gente se dispõe a disputar, a gente se dispõe a disputar a cerimônia de colação de grau aqui oh: SUS, família, mercado e sociedade [círculos desenhados durante a entrevista], representação, o que a gente tem dito desde o primeiro semestre é "olha quem a gente quer que entregue na colação de grau o diploma ao médico não é o reitor, nem o diretor da Faculdade, a gente que quer que quem entregue seja a criança que o médico ajudou a nascer no primeiro ano e que ele acompanhou durante seis anos e que vai estar ali, a vida... (Entrevistado A9).

[78] Segundo a Política Nacional de Humanização (2008d, p. 40), "o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas".

desenvolvido pelos estudantes do 4° período junto no módulo de Fabs II ressaltando que, neste caso em particular, os alunos preferem trabalhar com casos mais ligados à saúde mental, ao que ela retruca em relação a outras possibilidades:

> A partir do projeto terapêutico singular a gente trabalha as diretrizes de saúde coletiva, que diretrizes são essas? Acolhimento, avaliação de vulnerabilidade e aí vem determinação social do processo saúde doença é, equipe de referência, trabalho em equipe transdiciplinaridade (...) clínica ampliada compartilhada, a clínica do sujeito e o projeto terapêutico singular (...) porque no final eles trabalham muito nos programas de saúde mental, é como se o PTS fosse única e exclusivamente para trabalhar com saúde mental e eles escolhem o sujeito ou a família, tanto pode ser um caso individual quanto coletivo e eles escolhem junto com a equipe um tema só, que é tão interessante que as equipes disponibilizam para eles quase que os casos de saúde mental, saúde mental, claro, óbvio assim, você tem que constituir com PTS mas a gente fica dizendo, assim, para eles, "mas para além da saúde mental quais são as outras situações clínicas que precisam do projeto terapêutico para se organizar, então será que um paciente com tuberculose pulmonar muito resistente não precisa também?" Claro! (Entrevistado A8)

Além das possibilidades, pois, de enriquecer as interlocuções com os serviços já pactuados entre a academia e a gestão, o Pró-Saúde propõe em seu eixo relativo à "diversificação dos cenários de prática" que haja uma ampliação desses espaços, incorporando-se, por exemplo, ambientes como centros comunitários, academia da cidade, creches, escolas, serviços de vigilância à saúde etc.

Nesse sentido, ao passo que é importante registrar que a criação do internato II em saúde coletiva vem respondendo pela entrada dos estudantes nos serviços de vigilância à saúde, saúde mental e regulação da gestão, há poucas menções de articulação com espaços que transcendam ao campo da saúde propriamente dito, como as escolas e os centros comunitários.

Alguns achados do campo sinalizam que aproximações com tais equipamentos sociais poderiam ser viabilizadas através das unidades de saúde da família, considerando o escopo de atribuições das USF, porém, parece que as demandas ligadas à produtividade e as limitações da gestão terminam por arrefecer outras possibilidades de contato com a comunidade por parte do preceptor da rede:

> Mas é... é uma coisa impressionante, assim, que como eu, eu hoje, eu digo, "meu Deus do céu, eu hoje não faço mais é... 50, 60% do que eu já fiz em termos de saúde da família" porque é amarrado, é tudo muito caixinha, tu tem que fazer isso dessa forma, nanana, com nanana entendeu (...) Daí assim, tu, tu, tu não consegue muito, tu vai dizer, vamos fazer muito, vamos mudar isso, daí a gente tinha muito isso assim, vamos montar um grupo para trabalhar isso, isso e isso, daí a gente ligava para a coordenação "a gente precisa de data show tal dia, a gente precisa fazer isso, a gente precisa de lanches, a gente vai precisar disso, a gente vai precisar daquilo tatatatatata aí, organiza", hoje já não tem mais isso assim (Entrevistado G7).

Chamam a atenção, nesta esteira, as unidades que costumam receber residentes em Saúde da Família e Comunidade porque, via de regra, costumam ampliar o leque de ações junto à comunidade, além de estarem mais "porosas" às propostas e projetos ligados à educação na saúde. Ademais, quando do exercício da preceptoria, os residentes advindos dessa área trazem consigo um arsenal teórico-metodológico sobre o universo da atenção primária que geralmente não se estende a todos os preceptores da rede, como relatado abaixo:

> Você vê, hoje tem, já, vamos supor, os preceptores hoje da rede estão mais experientes com a preceptoria é... estão mais inteirados do que, de, do que o estudante tem condições de aprender na atenção primária é... eles já tem né, a partir dessa experiência, já facilidade maior com a organização das atividades pedagógicas, mas ainda não tem claros os objetivos de aprendizagem no estágio de internato, por exemplo, entendeu? E ainda não tem, não são todos que tiveram a oportunidade de receber uma formação em preceptoria então é por isso que [nome da unidade] é disputadíssimo entre os estudantes do internato, porque tem preceptores com formação em preceptoria entendeu, que querem receber e que sabe do que é que se trata o aprendizado em atenção primária, então eu acho que a gente precisa caminhar muito para que isso é... né se reproduza aí né, na rede... (Entrevistado G10).

A sinalização acima sobre a importância de recursos pedagógicos voltados para o exercício da preceptoria parece reafirmar que tal prática merece atenção, seja por parte da gestão, seja por parte da academia, ao passo que também merece atenção especial não cairmos no risco de atribuir única e exclusivamente ao papel do preceptor ou especificamente "aos objetivos de aprendizagem no estágio do internato" o papel de levar ou de aproximar os estudantes das dimensões envolvidas na abordagem biopsicossocial.

Quanto aos estudantes, aqueles que participaram do estudo, apontam o seu interesse em "rodar" naquelas unidades reconhecidas do ponto de vista pedagógico e estrutural e, quando suas expectativas não são respondidas nesse sentido, o fazem apenas para "cumprir tabela".

Outro elemento bastante ressaltado pelos estudantes foi a didática adotada pelo professor frente aos módulos e aos conteúdos da Saúde Coletiva. Enquanto uma parcela dos participantes considerava os conteúdos deste campo muito repetidos ao longo das aulas e dos períodos, outra parcela enfatizava que o diferencial estaria na maneira como o professor abordava o conteúdo, como relatado no trecho abaixo:

> Eu acredito que depende muito, como [nome do colega] falou, do professor, eu não acho que tenha muito tempo de Saúde Coletiva se você pega um professor que adote de maneira... o assunto é muito denso, é muita informação, cai muito em prova de residência, então tem que ser abordado sim, agora tem que ser abordado de uma maneira efetiva durante a formação, tem uma professora excelente [X], o

> pessoal saia da sala de aula saturado de informação, então quer dizer o tempo da aula não é um tempo longo (Entrevistado E3).

A citação acima, além de apontar "que, na instituição escolar, o professor/tutor ocupa posição privilegiada no contato cotidiano e próximo com estudantes" (ALVES, *et al*., 2013, p. 164) parece apontar também para uma preocupação por parte dos estudantes que fala muito mais do bônus pessoal ao se apropriar de determinado conteúdo (neste caso, a prova de residência) do que do "bônus" coletivo, ao que Merhy (2006) alerta:

> Se o agir estiver voltado para si mesmo e não para o mundo das necessidades de saúde dos vários grupos populacionais e dos usuários dos serviços de saúde, como forma de expressão do que a potência de viver ambiciona, não será um caminho interessante a ser perseguido (MERHY, 2006. p. 103).

Por outro lado, no entendimento da maior parte dos interlocutores do estudo, o caminho da Saúde Coletiva, este sim, parece seguir na direção contrária das expectativas criadas para e pelos estudantes das escolas médicas[79], como sugere o relato da participante abaixo:

> Eu me pergunto também isso, eu me pergunto isso por que corações e mentes ainda dos alunos estão voltados para o mercado, então na minha avaliação alguns alunos eles mergulham na Saúde Coletiva e conseguem apreender muita coisa do que é uma política, do que é uma gestão de uma política porque que é importante discutir a política, quer dizer ele não vai para o SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência] ver a urgência, ele precisa discutir a política de urgência e emergência, tem alguns que aproveitam muito esse conteúdo tem, no Estado o Complexo [Regulador], por exemplo, é muito bom, como é na Saúde Mental, mas a sensação que eu tenho quando eu encontro depois os alunos é que eles cumpriram a tarefa e quando você pergunta, por exemplo, eu tenho a curiosidade de perguntar o que eles vão fazer na residência né, então hoje quase que a gente não encontra aluno querendo fazer psiquiatria, clínica médica, pediatria porque o processo é o contrário, é o mercado que está definindo, muitas vezes, a formação, então, às vezes, eu sinto que a Saúde Coletiva, o impacto que ela tem na formação, ela vai na contramão, ela vai na contramão do que é hegemônico, ainda estamos vivendo isso, não é à toa que os alunos chamam saco, saco um, saco dois (Entervistado A6).

---

[79] Para ilustrar um pouco o perfil do estudante de medicina vale a pena trazer uma pesquisa realizada por Oliveira *et. al* (2008, p.338) que contemplou seis cursos médicos, divididos em três estados de diferentes regiões brasileiras, totalizando 318 estudantes, segundo ele: "no quesito renda familiar mensal, exceto em um dos cursos, em todos os demais os alunos apresentam 80% de respostas referindo renda familiar mensal com mais de 15 salários mínimos, e mais da metade dos alunos refere renda em média acima de 20 salários mínimos". Tais achados, por sua vez, muito dialogam com a informação trazida por uma entrevistada que se formou em uma faculdade privada em Recife: "normalmente mais de 80% da turma os pais eram médicos, então todo mundo tem uma referência, todo mundo ou segue os pais, ou tem alguma coisa, então a maioria seguia por esse lado, eu acho que, incrivelmente, a faculdade de medicina particular tem essa característica, se o pessoal não conseguiu logo a [Universidade] Federal faz a particular todo mundo bem (Entrevistada G11).

Como podemos observar, a Saúde Coletiva, através de seus convites e provocações, continua aproximando e despertando um grupo muito pequeno de professores e estudantes, assim como, continua distante dos "núcleos de poder" das escolas, especialmente frente às forças da clínica e das ciências biomédicas (REZENDE, 2013; KOIFMAN, 2011). A força da clínica e das ciências biomédicas, por sua vez, acompanham outros "núcleos de poder" potentes e presentes no nosso modo de levar a vida que merecem ser considerados, como enfatiza um dos participantes:

> Fora do mercado [enquanto núcleo de poder] a gente vai ter o capitalismo e a medicina que são irmãos siameses, eu tô falando de produção de subjetividade, de sentido, a medicina ajuda o capitalismo a governar a vida, este é o núcleo de poder, não estou falando de remuneração apenas, para esse círculo daqui [desenho realizado durante a entrevista] nós estamos falando de que a medicina é ciência que se aliança ao capitalismo para produzir poder sobre os corpos, esse é o grande fascínio da medicina, por isso que nós somos um curso mais procurado, não é porque tem mercado (Entrevistado A9).

Reconhecer elementos que alimentam o poder de determinadas práticas e concepções hegemônicas ajudam a compreender, por seu turno, a importância de determinadas práticas que possam vir a potencializar o seu reverso, que possam aspirar algum poder de resistência frente àquelas dadas como imperativas. Tais possibilidades podem, inclusive, nascer em espaços de ensino-aprendizagem considerados como mais tradicionais, tais como a sala de aula, tal qual veremos abaixo.

Trata-se de duas situações que certamente se aproximam do que estamos chamando aqui de atenção integral à saúde, especialmente no que diz respeito à "abordagem biopsicossocial dos problemas de saúde dos usuários". A primeira delas aborda a discussão sobre a população negra, mais particularmente sobre a saúde da mulher negra, nascida no módulo de Fabs I, como nos relata uma participante do estudo:

> A gente compreendia a partir dos depoimentos dos alunos que existia uma visão muito... como é que eu posso dizer, não era só despolitizada, mas descontextualizada sobre quem era a população atendida pelas unidades de saúde da família e aí eu usei algumas dinâmicas aonde os alunos falavam de uma população e falavam muito das mulheres de uma forma... como se fosse um grupo completamente diferente, e era, desigual para eles, então eu comecei a perceber essa coisa, nós e elas, então, olha como eles, assim, a criticarem as mulheres porque elas se submetiam às práticas de violência, elas arrepiadas com aqueles cabelos para cima, e aí quando eu vou discutir o perfil, era em sua maioria mulheres negras, então eles assumiam, olha a maioria é afro-descendente, não penteiam os cabelos, se submetem às violências, então todo... e nós não, com nós... aí eu comecei a trabalhar muito com eles essa história de quem somos nós de quem são essas, esse outro que são as mulheres, que é a população da periferia e o que é que o, que é que

> as une... qual é o elo entre nós e eles, trabalhamos um pouco isso (Entrevistado A10).

Tais debates acabaram por se desdobrar em uma pesquisa sobre a saúde reprodutiva da mulher negra que contou com a participação voluntária de estudantes do Diretório Acadêmico do Curso. A outra situação tratou-se, já no internato, da apresentação de uma intervenção voltada para a população de gestantes, durante a qual se abordou apenas a perspectiva da mulher:

> No internato, veja, por exemplo, uma aluna foi apresentar um trabalho que era... ela pegou o problema da gravidez na adolescência no território e fez um projeto de intervenção, só que o projeto de intervenção dela, como a apresentação, depois abre para todos, não só pra os professores e, antes que eu falasse né, uma das alunas cotistas, foi uma menina que já tinha filho, já tinha uma vivência, era do DCE [Diretório Central de Estudantes], então soa já com o nível de politização, ela disse, "ô fulana" e era uma menina de classe média, aquela menina padrão, assim, bem estudiosa, com todo seu valor, mas ela colocou a intervenção só para trabalhar com as meninas, então a discussão de gênero, então foi essa outra aluna que trouxe essa discussão né (...) Então, nesse sentido, as Cotas [Política de Cotas Estudantis], ela trás em pauta o conflito de classe entre os alunos que formam seus grupos, mas em algum momento isso faz com que, tanto um lado como o outro possa entender as visões de classe que estão ali (Entrevistado A6).

Nestes dois "casos" chama a atenção o papel do movimento estudantil, muitas vezes outro movimento considerado "marginal" entre os pares, assim como o papel da Política de Cotas na formação de coletivos um pouco menos uniformizados[80], ainda que se valendo do entendimento de que não é o espaço *per se* da sala de aula ou o cenário *per se* da comunidade que define o poder de afetação sobre os estudantes, mas a introdução, como nos lembra Feuerwerker (1998), de elementos que favoreçam a resignificação das concepções e práticas já cristalizadas no contexto da educação médica.

Bom, se os exemplos acima sinalizam a produção de caminhos de "despertamentos" interessantes, certamente a aproximação e a troca com estudantes advindos de outras formações potencializaria ainda mais a possibilidade de construções menos uniformizadas e mais mestiças e, portanto, mais aproximadas da perspectiva "biopsicossocial". Nesse sentido, é importante falarmos da chegada do Pró-Saúde II e do que ele anunciou quando nos

---

[80] A expressão "uniformizada" foi trazida por uma docente durante as entrevistas ao chamar atenção para o processo de mudança pelo qual os estudantes passam entre os primeiros e os últimos períodos do curso, por outro lado, ela também afirma que tal uniformização carrega consigo matizes que parecem, na falta de um termo melhor, sugestivas: "quando eu chego no 1º e no 3 º período que é o início do curso, que é um grupo muito mais heterogêneo porque entram muito diferentes, um de brinquinho, mais arrumadinho e um de cabelão e um de *dread*, um mais rasta, um mais (...) ao final, é claro, que eu vejo uma coisa mais uniformizada (...) mas já, a uniformidade não é esta que, muitas vezes, o senso comum acha que é, então assim, ao final a gente vê estudante comprometido, tentando fazer grupos terapêuticos em saúde mental, fazer um é... clínica considerando o sujeito, sua singularidade (Entrevistado A8).

referimos ao movimento de diálogo entre os diferentes cursos da área da saúde. Nesse sentido, ainda, recorreremos a um documento produzido pelo Curso Médico à época para descrever o encontro entre os representantes do Pró-Saúde I e os do Pró-Saúde II:

> Com a função de articular, propor e acompanhar o desenvolvimento das atividades do Pró-Saúde entre os cursos e destes com a Rede de Saúde Municipal, a Comissão Local em parceria com cursos do Pró-Saúde II realizou a 1ª Oficina Estadual de Integração Ensino-Serviço, no último dia 14/11, voltada para discutir os marcos legais da reforma dos cursos de saúde e estabelecimento de um diálogo sobre os desafios e possibilidades de ação conjunta. Neste contexto foi demarcada uma agenda estadual para dar suporte à criação do Fórum Estadual de Integração Ensino-Serviço, com a presença dos diversos cursos de saúde da UFPE (campus Recife e Vitória), Universidade do Vale do São Francisco, UPE (Ciências Médicas, Odontologia e Enfermagem). A Coordenação do Curso de Medicina da UFPE compreende que este processo de interação entre os cursos de saúde, ainda que desafiador e iniciante é condição *sine qua non*, à discussão, debate e formas de enfrentamento sobre as necessidades de uma formação em saúde mais adequada à realidade social do Recife e de Pernambuco (UFPE, 2007).

Apesar de ser considerada uma condição prioritária na pauta do Curso Médico, como vimos anteriormente, sua interação com os demais cursos da saúde não foi muito adiante. Nesta esteira podemos apontar, por exemplo, os documentos disponibilizados pelo Curso que sinalizam a intenção de se desenvolver um projeto interdisciplinar que não conseguiu sair do papel;[81]; a baixa participação dos estudantes de medicina nas ações de pesquisa-ação desenvolvidas pelo Pró-Pet e, ainda, o movimento refratário em relação à possibilidade de maior diálogo para a construção da disciplina sobre integralidade na saúde, o qual poderia, por sua vez, representar um caminho mais legítimo de convite aos estudantes do curso à disciplina.

Não poderíamos, nesse sentido, deixa de falar do Centro Integrado de Saúde, o CIS, que acaba de ser respaldado juridicamente para receber o financiamento previsto para a sua reforma física, via recursos do Pró-Pet, e que nasceu sob forte influência do movimento dos estudantes do Curso Médico, como relatado abaixo:

> Em 2003, em 2004, não sei precisar em que ano foi, um grupo de professores e estudantes aqui da medicina capitaneado por [X] e outras pessoas também resolveram ocupar o prédio com a perspectiva de ali abrir, funcionar um centro integrado de saúde cuja única norma preliminar é que qualquer coisa que fosse ser desenvolvida ali dentro fosse um trabalho de grupo, fosse um projeto de pesquisa, um projeto de extensão né, ele não podia ser de uma única área do conhecimento,

[81] A proposta consistia, como já pontuado em um momento anterior deste trabalho, em: "viabilizar um projeto experimental de formação de grupo interdisciplinar com profissionais (docentes e não docentes) das áreas de medicina, nutrição, psicologia e outras, para dar suporte técnico às equipes de atenção básica, possibilitando ao estudante a participação em momentos de prestação integrada de cuidado à saúde", porém, na "caixinha" relativa à "situação atual" da proposta aparece: "projeto não discutido" e na "caixinha" sobre as "dificuldades" encontradas aparece:" (falta de) "recursos humanos e financeiros" (UFPE, 2008b, p.11).

> até se dizia assim que, ‘aqui todo mundo pode dançar, a única regra é que não se dança sozinho’ (Entrevistado A5).

Fica, assim, então o convite de que os estudantes do Curso Médico voltem a participar[82] desta “dança coletiva” a fim de alargar os olhares e as possibilidades de aprendizagens e práticas menos isoladas e mais integrais.

---

[82] Em relação à integração dos estudantes do Curso Médico com o CIS, um dos interlocutores, preceptor e ex-residente do Saúde da Família e Comunidade, citou a que o NAPI (Núcelo de Apoio às Práticas Integrativas) vinculado ao CIS costuma participar dos grupos de Terapia Comunitária desenvolvido pela sua USF e que também “desenvolveu um grupo em Saúde Mental que não era Terapia Comunitária, isso aí era para entender às demandas dos portadores de transtorno mental né, das pessoas que já tinham o diagnóstico definidos, esquizofrenia epilepsia é, alterações do sono enfim, as diversas né, problemas de saúde já com diagnóstico e a gente fez um grupo pra entender essas demandas, ver as necessidades dos cuidadores também né, com aqueles objetivos né é... de apoiar a profissão da cidadania dessas pessoas no contexto da reforma psiquiátrica e o NAPI chegou junto para a gente fazer um grupo, elaborar esse grupo, ele durou por alguns meses e depois começou a ser desativado também por causa né, da extensa demanda das consultas eletivas (Entrevistado G10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de integração ensino-serviço desenvolvido no Curso Médico da UFPE no período de vigência do Pró-Saúde contou, especialmente com docentes ligados ao Departamento de Pediatria e com aqueles ligados ao Departamento de Medicina Social e, como já pontuado, com um conjunto de atores de "fora" da escola médica, tais como, técnicos advindos da antiga SUDENE; professores substitutos e coletivos de estudantes implicados com o processo de mudança disparado à época tanto pelas políticas indutoras, como pelos seus movimentos precedentes, a exemplo da Reforma Sanitária e da Cinaem.

A aliança, pois, de um conjunto de atores, mesmo que enxuta, com as oportunidades disponibilizadas pelas instâncias nacionais ligadas à saúde e educação se constituiu, assim, como um campo fértil para o início de um processo que contou com muita resistência e, na maior parte das vezes, pouca porosidade dos setores conhecidos como as áreas "duras" do curso. Enquanto essas áreas continuaram pouco permeáveis ao longo do processo, outras se aproximaram para conhecer mais de perto o movimento que começava a se fortalecer através, especialmente, dos encontros periódicos propagados pelo Núcleo Pedagógico Estruturador, o Nuped.

Ainda que o Nuped tivesse como proposta a interface, também, com os atores de fora da academia, esta interface acabou por acontecer através de outras instâncias, tais como a própria Comissão Gestora Local do Pró-Saúde; os Grupos de Trabalho criados com o propósito especial de tocar o processo de pacutação entre a rede e as três escolas médicas existentes à época e, por fim, o espaço do Cofpe - este organizado mais pela gestão municipal de saúde, tendo como um de seus principais objetivos amarrar os passos necessários para o início de uma parceria marcada, como vimos, por alguma solidariedade e por diferentes modalidades de disputas.

Enquanto no cenário nacional as propostas e políticas para a formação na saúde sofreram mudanças com a saída do grupo ligado ao PT; no âmbito local convivemos com disputas internas do PT que, dentre outras motivações, levaram a PNEPS, em sua primeira versão, a incidir muito pouco localmente. Por outro lado, ainda que diante da ausência de coletivos fortalecidos ligados à Educação Permanente em Saúde neste âmbito, especialmente na arena da gestão e da academia, passou-se a defender a legitimidade de algumas de suas ideias e conceitos a partir de então.

Do seu contrário, o PROMED já estava lá, inscrito no apoio às ações a serem realizadas para caminhar com a reforma pretendida no Curso Médico, de modo que o Pró-Saúde chegou quase que como um sucessor "nato" nesse processo. E, ainda que considerado como de difícil execução pelos que cuidaram mais de sua parte administrativa ou até mesmo como um "retrocesso" à proposta da política anterior (a PNEPS em sua primeira versão), considerando seu modo verticalizado e "engessado" de funcionar, parece ter sido bem aproveitado.

Parece ter sido bem aproveitado quando dos benefícios à estrutura física do curso à época, quando do fomento a encontros pedagógicos e à produção de conhecimento por parte dos docentes e dos estudantes e, por fim, quando do fortalecimento de interação da academia com a rede de serviços.

Se voltarmos ao cenário de disputas locais, por exemplo, tínhamos o quadro de duas Universidades Públicas com o apoio do Pró-Saúde, ou seja, que dispunham de alguma contrapartida para a rede, mas que, ainda assim, se encontravam em franca desvantagem na negociação do campo de práticas frente à única escola privada à época. Daí que podemos pontuar que, certamente, sem o "estímulo" do Programa, o cenário da atenção básica poderia estar ainda mais "dominado" pela educação privada.

Por outro lado, é possível que, ainda que considerando as disputas internas do PT, se não contássemos com uma gestão municipal neste momento, digamos, preocupada com os interesses das instituições e serviços públicos, talvez, o apoio do Pró-Saúde *per se*, não revelasse relativo poder de "barganha" sobre o processo de pactuação com a rede.

Ao fim e ao cabo, o que fica é que não podemos deixar de levar em consideração as diversas forças políticas em cena no âmbito local que podem, muitas vezes, interferir ou até reorientar os rumos das políticas indutoras advindas do âmbito federal. Por outro lado, é importante reconhecer igualmente que, ainda que sob influência das forças políticas locais, as inflexões do âmbito nacional não podem ser desprezadas.

Nesse sentido, quando a primeira versão do Pró-Saúde, essa mesma que acompanhou o Curso Médico por longo período de tempo, opta por se dirigir às formações apenas, digamos, do campo "bio", deixando de contemplar as formações do campo "psicossocial", e quando neste mesmo edital, por motivações diversas, apenas medicina se submete, ficando odonto e enfermagem "de fora", temos aí, talvez, uma marca de isolamento que parece acompanhar o movimento do Curso Médico da UFPE ao longo do apoio do Programa.

Assim, apesar de localizarmos algumas tentativas de construção de espaços de troca de saberes e de construções coletivas nesta linha, especialmente com a chegada do Pró-Saúde

II, esse movimento termina por não se sustentar, seja pelas características do Curso Médico com sua longa trajetória de existência, seja pelas diretrizes do Programa que se limitou, à época do primeiro edital, a ofertar a entrada apenas para os cursos de medicina, enfermagem e odontologia ou, talvez, ainda, seja porque a força dessa política não tenha sido capaz de quebrar a lógica disciplinar e fragmentada que acompanha a medicina científica moderna.

Nesse sentido, a própria adoção do Pró-Saúde pela terminologia integração "ensino-serviço" e, mais adiante pela noção de integração "ensino-serviço-comunidade", em detrimento da terminologia proposta pela primeira versão da PNEPS: integração "ensino-trabalho-cidadania" pode ser entendida como mais uma sinalização do quão o Programa não estava disposto a inovar em relação aos preceitos que orientam a racionalidade médica, reafirmando assim, o olhar dicotômico sobre os processos saúde-doença e sobre os processos de ensino-aprendizagem.

Diante dos alcances e das limitações do Programa e diante de cenário atual de grande fragilidade das políticas sociais, resta-nos apostar, para não se arrefecer de todo, nos sujeitos e nos coletivos de sujeitos que se apresentam implicados. Nesse sentido, podemos falar da figura do Pró-Reitor Acadêmico que segue apostando que a construção de uma nova sede do curso venha acompanhada de uma nova gestão, considerando aí o núcleo responsável pela integração ensino-serviço; que segue ainda apostando nos encontros entre a academia e a gestão municipal de saúde a fim de definir e redefinir espaços político-institucionais frente à rede de serviços e que segue, por fim, com a promessa de mexer no marco regulatório da Universidade com o propósito de incentivar a sua maior aproximação com o mundo do trabalho.

Do ponto de vista das políticas públicas voltadas para esse campo, o anúncio do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes), além de despontar como uma importante ferramenta de fortalecimento quando nos referimos à integração ensino-serviço, também vem, nos últimos meses aquecendo os encontros no espaço do Cofep o que, a depender do movimento de seus integrantes pode passar a ser, novamente, um espaço legítimo de construção de interesses coletivos.

Por fim, pelo lugar simbólico que ocupa, nasceu pelo Curso Médico e se fortaleceu via o Pró-Saúde, a menção ao CIS merece amarrar esse texto, não como maneira de representar o atual distanciamento dos estudantes de medicina com cenários de práticas considerados diversos, nem como o "salvador" do que seria uma boa prática de integração ensino-serviço, mas como inspiração de espaços construídos com a participação de diferentes segmentos e que vem se fortalecendo através de passos solidários e, ao que tudo indica, emancipatórios.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, P. A., REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. A integração ensino-serviço no contexto do processo de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* vol. 32, n.3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J.; CAMPOS, J. J. B; TURINI, B; NICOLETTO, S. C. S,; PEREIRA, L. A; REZENDE, L. R; MELLO, P. L. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol. 31, n. 2. p. 156 - 165, 2007.

ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, S. A.; LEMOS, J. M. C.; ABREU, D. M. X.; D'ÁVILA, L. S.; GOULART, L. M. H. F. Mudanças Curriculares: dificuldades na implementação do PROMED. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol. 37, n. 2. p 157 – 166, 2013.

ARAUJO, E. C; TEIXEIRA, C. F; RANGEL, M. L. Relação ensino-serviço-comunidade: a relação da rede IDA na reorientação do ensino e das práticas de saúde no SUS. *Revista Saúde em Debate*. n. 49-50. p. 88-94, 1996.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública.* n. 31 (supl.1), p. 20-31, 2007

ARROYO, M. G. Os saberes *Currículo, Território em Disputa*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001, 376p.

BALL, S. J. Palestra: Ciclo de Políticas / Análise Política. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); 2009. Disponível em <http://www.ustream.tv/recorded/2522493> Acesso em: 29/02/2016.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BARBIERE, F. B. A Rede Unida e o Movimento de Mudança. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2006.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Sociedade*. São Paulo, vol. 20, n° 4, 2011. p. 884-899. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29725/31602>. Acesso em: 15/06/2016.

BERNARDES, A.G; GUARESCHI, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. *Psicologia, Ciência e Profissão*, vol. 27 n.3, p. 462 – 475, 2007. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org> Acesso em: 20/05/2016.

BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de Psicologia.* Campinas, v. 29, supl. 1, p. 719-726, 2012.

BODERNAVE. J. D. A Pedagogia da Problematizaçao na Formaçäo dos Profissionais de Saúde. Disponível em <www.unibarretos.edu.br> Acesso em: 15/06/2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Parecer CES 1.133/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 07 nov. Seção 1. 2001(b).

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, v. 141, n. 32, 2004. Seção 11, p. 37-41. (2004c).
Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf
Acessso em: 26/07/2016.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-*Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.* Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação*. 1º Ed. Brasília, (2007a).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 ago. (2007b).

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 23 out. Seção I. (2008a).

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde. *Diário Oficial da União* 2008b; 27 ago.

_____. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (MEC). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. II Seminário Nacional do Programa de Reorientação da Formação Profissional de Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 5 mar. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Edital n° 24, de 15 de dezembro de 2011. Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior. *Diário Oficial da União,* 2011; 16 dez. seção 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional
de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 3-2014. *Diário Oficial da União* 2014; 23 jun. seção I.

CAETANO, J. A; DINIZ, R. C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*. vol. 14, n. 4, p. 638-44, 2009.

CAMARGO JUNIOR, R. K. As Armadilhas da "Concepção Positiva de Saúde". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO-BORGES, C. Em busca de uma formação integral e ampliada: construindo práticas colaborativas para o cuidado em saúde. In: GUANAES-LORENZI,C.; MOSCHETA, S. M.; CORRADI-WEBSTER, M.C.; VILELA & SOUZA, L. (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção de conhecimento.* Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014, p. 341-357.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.;HADDAD, A. E.; VIANA, A. L. A.; FARIA, R. M. B. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: *Cadernos RH Saúde.* Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Vol 3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 39-51.

CAMPOS, F. E.; HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; CURY, G. C.; MARITA, C. M.; PASSARELA, T. O Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde: Pró-Saúde. In: PIERANTONI, C. R & VIANA, A. L. A. (Orgs.). *Educação & Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 25-36.

CAVALCANTI, F. O. *L. Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – janeiro de*

2003 a julho de 2005. (2010) 168f. (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2010.

CAVALHEIRO, P. T. M; GUIMARÃES, L. A. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. *Caderno FNEPAS*. vol. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, R. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* vol. 9, n.16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, R. & CARVALHO, Y. R. Ensino da Saúde como Projeto da Integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In*:* PINHEIRO, R. CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011, p. 69-92.

CECCIM, R; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. e ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação médica em transformação:* instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004. p. 346-385.

CECCIM, R. & FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. vol. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECY, C. Diretrizes Curriculares – Dez Anos. *Revista Pharmacia Brasileira nº 80* – Boletim Abenfarbio, Fev/Mar, p. 53-60, 2011. Disponível em: <http://www.cff.org.br sistemas/geral/revista/pdf/130/053a060_boletim _abenfarbio.pdf>
Acesso em: 19/07/2016.

CORRADI-WEBSTER, C.M. Ferramentas teóricos conceituais do discurso construcionista. In: GUANAES-LORENZI,C.; MOSCHETA, S. M.; CORRADI-WEBSTER, M.C.; VILELA & SOUZA, L. (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção de conhecimento.* Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014, p. 73-87.

COSTA, N. M. S. C. Docência do Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica,* v. 31, n. 01, p. 21-30, 2007.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência e Saúde Coletiva,* v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 12, p. 24-28, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* vol. 2, n.3, p. 51-71, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. O. G.; BARBOSA, N.; KHALIL, M. E. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 22, p. 09-17, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M., SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.6, n.10, p.37-50, 2002.

GOMES, C. A. M. Relatório do Seminário sobre Incentivos às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. OPAS. Brasília, 2003. (mimeo).

GOURLAT, L. M. H. F.; ALVES, C. R. L.; BELISÁRIO, S. A.; ABREU, D. M. X; LEMOS, J. M. C.; MASSOTE, A. W.; FRANÇA, M. B.; MENDES, K. F.; SILVA, T. A. F. Abordagem Pedagógica e diversificação dos Cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol. 33, n.4, p. 605-614, 2009.

GONZÁLEZ, A.D. & ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. vol. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de resignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs*). Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010, p. 149-161.

CHAVES, & KISIL (1994). Programa UNI: uma nueva iniciativa em la educación de los profesionales de la salud. W. K. Kellogg Foudation, 1994

KOIFMAN, L. O Modelo Biomédico e a Reformulação do Currículo Médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. vol 8, n.1, p. 49-70, 2001.

KOIFMAN, L. SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de Conhecimento e Saúde. In: PINHEIRO, R. CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011, p. 111-130.

LAVRA, C. Depoimentos. Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentocarmemlavras.htm >. Acesso em: 08/05/2015.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, 2006.

MACHADO, M. H; VIEIRA, A. L. S; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO, C. S.;

MACHADO, C. V (Orgs.). *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 293-321.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 07/11/16.

MARSIGLIA, R. G. *Relação Ensino/Serviços*: Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARSIGLIA, R. M. G.; IBAÑES, N.; IANNI, A. M. Z. A Experiência do Pró-Saúde na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. In: PIERANTONI, C. R. & VIANA, A. L. A (orgs.*). Educação & Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A, (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ: ABRASCO, 2001, p. 39-64.

_____ . Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos), 2010 (Mimeo).

_____ . Ciência, Metodologia e Trabalho Científico: anotações segundo a perspectiva construcionista. In: BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V (Orgs.). *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 59-79.

MERHY, E. E.; ACIOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*, v. 14, n. 1(40), p. 01-22, 2003.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes*: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS; IMS/UERJ; CEPESQ, 2006. p. 97-109.

MINAYO, M. C. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO M.C *et al.* (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 9-29.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação,* v. 23, n.1, p. 98-106, 2014.

MOSCHETA, S. M. A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: GUANAES-LORENZI,C.; MOSCHETA, S. M.; CORRADI-WEBSTER, M.C.; VILELA & SOUZA, L. (Orgs). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção de conhecimento.* Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014, p. 23-47.

MUNIZ, Z. Rupturas e procedimentos da dança pós-moderna. *Revista O Teatro Transcende*. Blumenau, v. 16, n. 2, p. 63-80, 2011.

NEVES, M. A. B.; SPINELLI, M. A. Integração ensino-serviços de saúde: o internato rural médico da Universidade Federal de Mato Grosso. *Trabalho, Educação e Saúde.* vol. 6, n. 2, p. 341-366, 2008.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. O. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol32 (3), p. 333–346; 2008.

OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* vol. 32, n.3, p. 347-355, 2008.

OLIVEIRA, N. A.; MEIRELLES, R. M. S.; CURY, G. C.; ALVES, L. A. O. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol. 32. n 3, p. 333–346; 2008.

PAGLIOSA, L. F; DA ROS, A. M. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. vol. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G.K.; LUGARINHO, R. *Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde*: como compatibilizar? 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br> Acesso em: 08/04/2015.

PEREZ. E. P. A propósito da educação médica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, vol. 4, n. 1, p. 9-13, 2004.

PIERUCCI, L. A. M. Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005). *Revista Espaço Acadêmico*, n. 117, p. 72-79, 2010.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Cap. VII. 2013, p. 128-156. Disponível em <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html > Acesso em: 01/07/2016.

PINHEIRO, R. CECCIM, R. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R. CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Ensinar Saúde***:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011, p. 13- 35.

PINHEIRO, R. CECCIM, R., KOIFMAN, L., HENRIQUES, R. M. Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: : PINHEIRO, R. CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Ensinar Saúde***:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011, p. 37-54.

PONTES, C. A.; FILHO, A. M; COSTA, A. M. O processo criativo e a tessitura de projetos acadêmicos de pesquisa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação,* vol. 9, n. 17, p. 439-

450, 2005.

RIBEIRO, E. C. O. (LIVROS) A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. In: ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L., LLANOS, M. (Orgs.). São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. 2v. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 7, p. 139-142, 2000.

_____. Educação permanente em saúde: reflexões sobre uma oficina com pólos de saúde da família do Paraná. *Revista Olho Mágico*. n. 3, (s/p), 2001.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final do Grupo de Trabalho – Normatização Integração Ensino-Serviço – Curso de Medicina, 2007 (mimeo).

_____. Manual de Práticas Integrativas de Integração Ensino-Serviço. Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Gerência de Formação e Educação na Saúde, 2012 (mimeo).

_____. *Prefeito entrega a 10ª Upinha do Recife*. Site da Prefeitura do Recife, 2006. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/noticias/30/06/2016/prefeito-entrega-10a-upinha-do-recife-0> Acesso em: 30/11/2016.

REZENDE, M. A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde (2013) 214f. (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2013.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A análise de Políticas Proposta por Ball. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.173-180. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

ROBERTO, P. Q. PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 156-161.

SANTOMÉ, J. T. As origens da modalidade de currículo integrado. In: SANTOMÉ, J. T. *Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Ed. Artmed, 1998, p. 02-16.

SANTOS, M. N .D. *Avaliação na Educação Médica: componente formativo em convergência ou divergência com os desafios da transformação do ensino presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais?*. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Educação da UFRS. Porto Alegre, 2009.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Integralidade do Currículo da Medicina: Inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *Educação Médica em Transformação*: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 143-164.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em Saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, vol. 29, n. 01, 63-74, 1995.

_____ . Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V (Orgs.). *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, p. 33-57.

SILVA JUNIOR, A. G; PONTES, A.L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R. CECCIM, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Ensinar Saúde:* a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011, p. 93-110.

SILVA, R. R. O Projeto UNI e os Movimentos Populares de Saúde na Região Sul de Londrina [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo: USP (1999).

SOBRINHO, N. L. C. Campos da Saúde Coletiva. *Sitientibus – Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana*. Feira de Santana, n. 13, p.35-41, 1995.

SPINK, P. J, M.; SPINK, K. P. Produzir conhecimento não é um ato banal: um olhar (pós) construcionista sobre a ética na pesquisa. In: GUANAES-LORENZI,C.; MOSCHETA, S. M.; CORRADI-WEBSTER, M.C.; VILELA & SOUZA, L. (Orgs). *Construcionismo Social:* discurso, prática e produção de conhecimento. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2014, p. 133-149.

SPINK, M. J. & FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano*: aproximações metodológicas. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Cap. I. 2013, p. 01-21. Disponível em <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html > Acesso em: 01/07/2016.

SPINK, M. J. & MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Cap. III. 2013, p. 42-70. Disponível em <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html > Acesso em: 01/07/2016.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J (Org). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TORRES, M. O. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde do Brasil: caracterizando a participação estudantil. *Revista Eletrônica de Comunicação, informação e inovação em saúde.* Rio de Janeiro, vol.7, n.4, 2013.

TRINDADE, G. T; ALMEIDA, C. C. R. Ensino da Medicina de Família e Comunidade na Graduação. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.) *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípio, formação e prática. 2v.* Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 374-380.

UFPE. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso Médico. Relato das Reuniões da Equipe Coordenadora do PROMED, 2003.

_____. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso Médico. Documento Propositivo da Quarta Carta Acordo do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED, 2006, 30p. (mimeo).

_____. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso Médico. Documento Propositivo da Segunda Carta Acordo do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde do Curso de Medicina – UFPE, 2007. (mimeo).

_____. Desenvolvimento do Pró-Saúde no Curso Médico Da UFPE, 2008a. Disponível em: <http://www.prosaude.org/med/resumo/UFPE_MED.pdf. > Acesso em: 08/06/2015.

_____. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso Médico. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Relatório Analítico, Recife, 2008b.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E. O. (Org.). *A aventura sociológica*: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zanhar, 1987, p. 123-132.

VILELA & SOUZA, L. Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: GUANAES-LORENZI,C.; MOSCHETA, S. M.; CORRADI-WEBSTER, M.C.; VILELA & SOUZA, L. (orgs). *Construcionismo Social*: discurso, prática e produção de conhecimento. Instituto Noos, 2014, p. 49-72.

ZANARDI, R. Conselheiros de Saúde: capacitação para emancipar ou legitimar projetos políticos. *Revista Olho Mágico*. n. 3, (s/p), 2001.

WANDERLEY, K. L.; MOREIRA, F. S. L. A Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil: o processo de contratualização In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 90 p. : il. – (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

APÊNDICE A – Roteiros de Entrevistas

Entrevista – Coordenadores do Curso Médico

1. Há quanto tempo ocupa a função de coordenação?
2. Qual a sua formação e tempo de formado(a)?
3. Com a chegada da proposta do Pró-Saúde, o que continuou e o que mudou nas negociações e pactuações entre a academia e os serviços?
4. Qual a relação dos atores que fizeram parte da história de revisão dos currículos, do Promed e dos Pólos de Educação Permanente da UFPE com a atual proposta do Pró-Saúde?
5. Nesse sentido, na sua opinião, quais seriam as aproximações e distanciamentos entre o Promed, o Pró-Saúde e os Pólos de Educação Permanente?
6. Pelo que tive acesso aos documentos, parece ter havido uma certa continuidade entre o Promed e o Pró-Saúde, particularmente em relação ao curso médico. Você poderia me falar um pouco sobre isso?
7. Entre 2004 e 2005 a grupo responsável pelo MS foi substituído e, conseqüentemente, os atores envolvidos na política de Educação em Saúde também foram substituídos, vocês perceberam esta mudança no plano local? Se sim, através de que indicadores?
8. O que foi revisto a partir da substituição dos Pólos de Educação Permanente pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)?
9. Qual o espaço para a vocalização dos estudantes e da sociedade civil antes do Pró-Saúde e a partir de então?
10. Atualmente, quais seriam os principais desafios do Pró-Saúde, particularmente em relação à integração ensino-serviço?
11. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

Entrevista – Coordenadores do Pró-Saúde

1. Como foi a sua chegada ao Pró-Saúde?
2. Por quanto tempo esteve à frente da coordenação do Programa?
3. O Pró-Saúde atua a partir de três eixos principais, particularmente sobre o eixo *cenários de prática*, como você avalia os seus desafios e quais as etapas trilhadas até a chegada do atual contexto?
4. Em relação ao curso médico, como tem sido o diálogo com os atores da academia, há, por exemplo, a aproximação com os docentes envolvidos no processo da reforma curricular?
5. Ainda em relação ao curso médico, qual a sua compreensão das aproximações e distanciamentos entre o Promed, o Pró-Saúde e a Pólos de Educação Permanente?
6. Como você avalia a questão do incentivo financeiro para o desenvolvimento das ações previstas no Pró-Saúde?
7. Mais recentemente foi instituída a portaria interministerial n° 1124 (de 04 de agosto de 2015) que versa sobre a parceria ensino-serviço, lá há menção sobre a elaboração anual do Plano de Atividades de Integração Ensino-Serviço, o qual requer, dentre outras coisas, a descrição das atividades de ensino a serem desenvolvidas; as atribuições dos profissionais do serviço e dos supervisores da universidade; a avaliação a partir de metas e indicadores e o reconhecimento do controle social. Nesse sentido, gostaria de saber se houve alguma participação dos municípios em relação a esta portaria e qual a expectativa de vocês sobre este documento.
8. Considerando a importância da participação dos diferentes atores, como tem se dado a vocalização dos mesmos nos espaços de diálogo e pactuação? Quais seriam, nesse sentido, as principais disputas e os principais consensos travados pelo grupo /comissão de integração ensino-serviço?
9. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

Entrevista – Gestor de Ensino Superior

1. Como você se aproximou do debate da formação?
2. Em relação a integração ensino-serviço, quais tem sido as principais iniciativas da Proacad?
3. Fazendo uma retrospectiva, na sua opinião,o que mudou com a chegada do Pró-Saúde (e do Pet-Saúde), e como era antes deste Programa em relação aos diálogos da academia com os serviços?
4. De acordo com o seu entendimento e de seu acompanhamento, quais as relações entre a nova estrutura física do curso médico e a reforma curricular do mesmo?
5. Na sua opinião, quais são as principais desafios da integração ensino-serviço, considerando o estudante do curso médico?
6. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

Entrevista – Docente

1. Na sua trajetória como docente do curso médico, você participou de alguma atividade ligada à Reforma Curricular, ao Promed e à Política de Educação Permanente? Se sim, qual a relação destas iniciativas com a proposta do Pró-Saúde?
2. Quais os principais desafios da Reforma Curricular, na sua opinião?
3. Você costuma participar dos espaços de interlocução com os outros atores envolvidos no debate da integração ensino-serviço? Quais seriam atualmente estes espaços e como as pactuações costumam ser construídas?
4. Há diferenças entre os espaços que pactuam com a rede de atenção básica (municipal) e os que pactuam com os serviços especializados (estadual e federal)?
5. Qual o seu entendimento sobre a inserção dos estudantes em cenários de prática que ultrapassem os tradicionais espaços de ensino-aprendizagem e, na sua opinião, como estas inserções podem rebater na formação do estudante do curso médico?
6. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino-comunidade* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

Entrevista – Gestor Municipal da Área de Educação na Saúde

1. Há quanto tempo ocupa o cargo de gestor(a) dessa área?
2. Qual a sua formação e tempo de formado(a)?
3. Em relação à integração ensino-serviço: a partir de quando se iniciou o processo de interlocução com a academia?
4. Como se deu a divisão das Universidades por Distritos Sanitários? E a mudança de seis para oito distritos?
5. Na sua opinião, o que mudou com a chegada do Pró-Saúde (e do Pet-Saúde), e como era antes deste Programa em relação aos diálogos da academia com os serviços?
6. Houve alguma especificidade no período de 2004 com a inserção dos Pólos de Educação Permanente? (Considerar os elementos de transição)
7. Como foi o processo de organização dos Centros de Integração Ensino-Serviço, os CIES? (Considerando a instituição dos colegiados de gestão nacional – 2007
8. Quais são, atualmente, os canais de articulação e vocalização existentes e quais atores costumam participar do debate da integração ensino-serviço? E quais seriam a s principais disputas e consensos travados neste espaço?
9. Mais recentemente foi instituída a portaria interministerial n° 1124/2015 que institui os C*ontratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)*. Nesse sentido, quais a as iniciativas da gestão em relação a este contrato.
10. Há alguma preocupação específica em relação ao perfil do profissional que irá ocupar o lugar de preceptor da Rede, se sim, quais seriam?
11. Você poderia me falar um pouco sobre se há incentivos da gestão em relação a este profissional, considerando, por exemplo, a questão da qualificação profissional, da carga horária e da progressão funcional?
12. A integração ensino-serviço tem se limitado à AB ou há inserção dos estudantes também na média e alta complexidade?
13. Na sua opinião, quais são as principais desafios da integração ensino-serviço, considerando o estudante do curso médico?
14. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

Entrevista – Preceptores da Rede de Serviços

1. Como foi o processo para você estar, atualmente, como preceptor(a) da Rede e desde quando ocupa esta função?
2. Em que consiste a atividade de preceptoria?
3. Você poderia me falar um pouco sobre se há incentivos da gestão em relação ao profissional que assume esta atividade na Rede, considerando, por exemplo, a questão da qualificação profissional, da carga horária e da progressão funcional?
4. Na sua opinião, quais são os principais desafios da integração ensino-serviço (calendário escolar x cotidiano do serviço; relação com o docente supervisor da universidade; maior contato com o PP dos cursos; cobrança por produtividade etc).
5. E para vocês profissionais, quais seriam os principais aprendizados dessa atividade de interlocução?
6. Para o estudante do curso médico, particularmente, como você avalia as repercussões dessa inserção para a sua formação?
7. Quais tem sido os espaços de interlocução entre vocês e os demais atores envolvidos no processo de integração ensino-serviço?
8. Na sua opinião, quais aspectos diferenciam a concepção de *integração-ensino-comunidade* da concepção *integração-serviço-cidadania*? E como a diversificação dos campos de prática pode favorecer (ou não) a perspectiva atenção integral à saúde?

APÊNDICE B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Coordenador(a) do Curso Médico da UFPE:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser Coordenador(ra) do Curso Médico da UFPE e por poder contribuir com a produção de conhecimento acerca do processo de integração ensino-serviço e as suas especificidades no curso médico desta instituição. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A

entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Coordenador(a) do Pró-Saúde da UFPE:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser coordenador(ra) do Pró-Saúde e por poder contribuir com a produção de conhecimento acerca do processo de integração ensino-serviço e os seus rebatimentos na formação médica a partir da adoção deste Programa. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Gestor(a) da Educação na Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser gestor(a) do campo da educação na saúde e por poder contribuir com a produção de conhecimento acerca do processo de negociação e pactuação entre a rede de serviços e a academia e os seus rebatimentos na formação médica. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Gestor da Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser gestor(a) do campo da educação na saúde e por poder contribuir com a produção de conhecimento acerca do processo de pactuação entre a rede de serviços e academia e os seus rebatimentos na formação médica. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Preceptor(a) da Rede de Serviços de Saúde:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser preceptor(a) da Rede de Serviços vinculada ao Pró-Saúde da UFPE, por atuar diretamente com os estudantes do curso médico desta instituição e por poder contribuir com a produção de conhecimento acerca da integração ensino-serviço na formação médica, considerando a dinâmica e a perspectiva dos serviços. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Estudante do Curso Médico da UFPE:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser estudante do curso médico da UFPE e por poder contribuir para a compreensão do lugar que vocês ocupam nas decisões que envolvem o processo formativo do curso, bem como para compreender como as inserções com a rede de serviços podem rebater na formação. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada uma roda de conversa como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A roda de conversa terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Informante Privilegiado:

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço. Este estudo tem por objetivo investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços, bem como buscará descrever e analisar as iniciativas de mudanças na formação anteriores à chegada do Pró-Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino-serviço, por fim, pretende apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde.

Você foi selecionado(a) por ser considerado um(a) informante privilegiado(a) no debate sobre o processo de formação na saúde local, sua identificação e escolha se deram ao longo das etapas do estudo, especialmente durante as entrevistas com os demais atores participantes do mesmo. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Em relação aos possíveis riscos da pesquisa, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS.

Para tanto, será utilizada a entrevista individual como instrumento de coleta de dados, registrada através de gravação digital. A mesma será realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo em local mais adequado para que os esclarecimentos sejam expostos, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado, bem como sua privacidade. A entrevista terá duração, aproximada, de uma hora e a sua participação não será remunerada e nem implicará em qualquer tipo de gasto.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação, sendo os resultados, a partir deste cuidado, divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Melo de Souza Leão, Sanitarista (HC-UFPE), endereço: Rua Amélia, 451, apt 601, Graças, Recife–PE (CEP: 52011-050). Tel: (81) 999045398/ 21263692. Correio eletrônico: lucianasouzaleao@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C – Roteiro da Roda de Conversa

Roda de Conversa – Estudantes do Curso Médico

1. Vocês poderiam me falar um pouco sobre os seus entendimentos e vivências quando das incursões nos espaços de aprendizado que vão para além da universidade e dos hospitais universitários?
2. Vocês conseguiriam localizar em quais disciplinas do curso há a inserção dos estudantes nestes serviços/instituições?
3. Quais sugestões vocês dariam em relação à grade curricular quando nos referimos à integração ensino-serviço?
4. Em quais espaços vocês, estudantes, costumam participar para discutir questões ligadas à formação?
5. Como vocês avaliam esta intercessão para a formação?

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE JANEIRO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: o Pró-Saúde no Curso Médico da UFPE: as influências do movimento político de mudanças na formação a partir da proposta de integração ensino-serviço.
Pesquisador: Luciana Melo de Souza Leão
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 53363416.7.0000.5260
Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 1.574.179
Apresentação do Projeto:
O projeto foi reapresentado atendendo às demandas do CEP, no entender do relator.
Objetivo da Pesquisa:
Os objetivos estão adequados "Objetivo Primário: Investigar o processo de adoção do Pró-Saúde na experiência desenvolvida pelo curso médico da Universidade Federal de Pernambuco e suas repercussões e rebatimentos no diálogo da academia com os serviços.
Objetivo(s) Secundário(s):1) descrever as iniciativas de mudanças na formação em saúde anteriores ao Pró- Saúde, especialmente no que se refere à integração ensino- serviço; 2) analisar o proposta do Pró-Saúde no curso médico da UFPE e seus rebatimento sobre as costuras e negociações locais, com ênfase na questão
da integração ensino-serviço; (e) 3) apontar as fragilidades e as potencialidades da proposta, à luz da atenção integral da saúde".
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios também é adequada, estando descrita da seguinte forma: "Riscos: em relação aos riscos, pode haver um risco mínimo relativo à troca ou confronto de opiniões com outros atores sociais, acerca da temática, em possível publicização do estudo. Benefícios: Quanto aos seus benefícios, estes se relacionam com a produção de conhecimento sobre a discussão da formação na saúde, mais particularmente sobre a integração ensino-serviço no curso médico e, ao selar o comprometimento com a devolução dos resultados da pesquisa, espera-se que os seus achados favoreçam o diálogo entre a academia e os serviços de saúde, possibilitando assim, em última instância, o fortalecimento do SUS".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como já havia sido dito antes, o projeto é relevante e apresenta riscos mínimos para os participantes, convenientemente reconhecidos pela autora que se compromete a cumprir os requisitos da resolução CNS

466/12 e complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória parecem adequados na versão final

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero que a nova versão do projeto atendeu as demandas feitas, devendo ser aprovado pelo Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	10/05/2016 16:10:53		Aceito
Outros	Roteiro_departamento.doc	10/05/2016 16:01:39	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Orçamento	Orcamento_CEP.doc	10/05/2016 15:56:42	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEPreenvio.doc	10/05/2016 15:52:11	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Cronograma	cronogramareenvio.doc	10/05/2016 15:49:03	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_estudante.doc	10/05/2016 15:46:55	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_preceptor.doc	10/05/2016 15:45:04	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de	Termo_informante.doc	10/05/2016	Luciana Melo de	Aceito

Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_informante.doc	15:44:14	Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_gestor.doc	10/05/2016 15:43:31	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_docente.doc	10/05/2016 15:37:26	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_coordenador_prosaude.doc	10/05/2016 15:36:00	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_coordenador_departamento.doc	10/05/2016 15:34:49	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_coordenador_curso.doc	10/05/2016 15:33:44	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_docente.doc	18/02/2016 13:18:28	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_preceptor.doc	18/02/2016 13:16:40	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_informante.doc	18/02/2016 13:16:14	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_gestor.doc	18/02/2016 13:15:47	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_estudante.doc	18/02/2016 13:14:41	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_coordenador_prosaude.doc	18/02/2016 13:14:03	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	Roteiro_coordenador_curso.doc	18/02/2016 13:12:35	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Outros	AnuenciaCEP.PDF	03/02/2016 13:24:02	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostofinal.pdf	03/02/2016 13:18:30	Luciana Melo de Souza Leão	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Rio de Janeiro, 03 de junho de 2016.

Assinado por Maria Helena Costa Couto (Coordenadora).