

ROSANA APARECIDA GARCIA

**PARCERIAS ENTRE INSTITUIÇÕES DE ENSINO E
SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO SUDOESTE DE
CAMPINAS: um olhar sobre os (des)encontros**

CAMPINAS

UNICAMP

2009

ROSANA APARECIDA GARCIA

**PARCERIAS ENTRE INSTITUIÇÕES DE ENSINO E
SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO SUDOESTE DE
CAMPINAS: um olhar sobre os (des)encontros**

Dissertação de Mestrado apresentada a Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Planejamento e Gestão.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Co- Orientador: Prof. Dr. Heleno Correa Rodrigues Filho

CAMPINAS

Unicamp

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G165p Garcia, Rosana Aparecida
Parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde do Distrito Sudoeste de Campinas um olhar sobre os (des) encontros / Rosana Aparecida Garcia. Campinas, SP: [s.n.], 2009.

Orientadores: Sérgio Resende Carvalho, Heleno Correa Rodrigues Filho.
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Recursos humanos. 2. Formação profissional. 3. Educação permanente. 4. Ensino. 5. Políticas públicas. I. Carvalho, Sérgio Resende. II. Rodrigues Filho, Heleno Correa. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês: Partnerships between education and service institutions of health in Southwest District – (un)meetings point view

Keywords: • Human resources
• Professional formation
• Permanent education
• Teaching
• Public policies

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de Concentração: Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho
Profa. Dra. Solange L'Abbate
Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Data da defesa: 18-02-2009

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Sergio Resende Carvalho

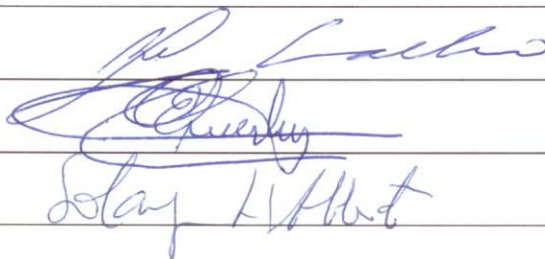
Aluno(a): Rosana Aparecida Garcia

Membros:

Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Profa. Dra. Solange L'Abbate



The image shows three handwritten signatures in blue ink, each written over a horizontal line. The first signature is for Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho, the second for Prof. Dr. Emerson Elias Merhy, and the third for Profa. Dra. Solange L'Abbate.

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/2009

DEDICATÓRIA

*À Deus
pela força.*

*À minha mãezinha querida,
Arminda Garcia,
que me deu a vida e o incentivo
para esta realização.*

*Aos meus filhos
Vanessa Cristina e Leandro Augusto,
por me permitirem tantos momentos de imersão e
por tolerarem minhas ausências,
tolhendo-lhes o tempo de estar comigo,
mas sempre empolgados com esta produção.*

*Ao meu querido irmão
Marcos Garcia e
à minha cunhada
Márcia Cupertino,
pela torcida e por ouvir e acreditar
em meus delírios.*

*À Sra. Maria Andrade Gil
Conselheira de Saúde do Distrito Sudoeste de Campinas
uma inspiração e
um exemplo de luta e batalha
por um mundo melhor.*

AGRADECIMENTOS

Ao Colegiado de Coordenadores e Apoiadores do Distrito de Saúde Sudoeste, pela solidariedade e carinho oferecido durante a (co) produção deste trabalho.

Aos trabalhadores do Centro de Saúde Dic III, por torcer por esta viagem acadêmica, em meio a tantas dificuldades que existiram no cotidiano do serviço.

Aos trabalhadores do Centro de Saúde Santa Lúcia, aonde comecei na gestão, pelo saber e conhecimento que (co) produzimos junto aos alunos.

À Deise - coordenadora do Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas: sempre pronta a me ajudar com as datas de oficinas, apesar da quantidade de temas a serem incorporados à pauta do Colegiado de Gestão do Distrito Sudoeste de Campinas.

Às apoiadoras de ensino e serviço do Distrito Sudoeste de Campinas - Cláudia, Marcele, Irai, Lídia e Luciana, que estiveram nesta função durante os dois anos nos quais (co) produzi esta Dissertação e deram-me força para este trabalho.

Ao Edilson, Sandra e Vânia, apoiadores de ensino e serviço de outros Distritos, que me ajudaram com a viagem referente a Campinas.

Aos Conselheiros de Saúde do Distrito Sudoeste, sempre lutando pelo Sistema de Saúde e acreditando em meu trabalho.

À Jeanete Mufalo, alguém muito especial a quem tive o prazer de entrevistar, e que me fez resgatar o Projeto Larga Escala (época na qual fui auxiliar de saúde pública) até o período da institucionalização da atual Política de Integração Ensino e Serviço em Campinas.

Ao Fernando Chacra, Nayara, Heloísa com os quais naveguei durante as entrevistas.

À Haydée, Beth Smeke e Carminha, pela solidariedade e carinho com os quais me receberam, conversaram comigo, viajaram com seus barquinhos em emoções.

Ao Marcelo do CETS por me ajudar na busca bibliográfica referente ao ensino e serviço de Campinas.

Ao Bruno, Ricardo, Eliana e Dani, pelo carinho em me acompanhar.

Ao Anderson, colega de Pós-Graduação, por ter me aturado nos bandejões da UNICAMP, falando a todo o momento sobre a dissertação, e pelas luzes que me deu. Ao Ricardo e Altair, pelo apoio e torcida.

À Maísa, pela paciência que teve comigo nas papeladas que eu precisei providenciar.

Ao Roberto, Fábio, Eliana e Gastão, pelo momento histórico que vivemos e que tanto marcou para mim.

Ao Prof. Heleno, grande companheiro de lutas do Centro de Saúde Dic III, docente solidário, pronto a ajudar nos momentos que solicitados.

À Profa Solange, com sua competência e delicadeza que lhe são singulares, seu carinho, ajudando-me nas revisões deste trabalho. Profundo respeito e admiração!

Ao Prof. Merhy, por aceitar meu convite para esta viagem, ajudando-me a escrever o percurso...

À Maisa, secretária da Pós-Graduação e demais funcionários e docentes do DMPS/FCM/UNICAMP pelos momentos, convívios e carinho...

Em especial, ao Prof. Sérgio Resende Carvalho, por ter me aceito como orientanda, pelo companheirismo e pela paciência em meus momentos difíceis, meus momentos de crise institucional. UM GRANDE PARCEIRO!

*“A vida é a arte do encontro,
embora haja tanto desencontro pela vida.”*

VINÍCIUS DE MORAES

O percurso empreendido por Campinas (SP) para a interface entre a rede de serviços de saúde de Campinas (SP) e a formação na área, motivou-me a escrever este trabalho. Por ser uma grande metrópole, Campinas possui diferenças regionais significativas, que facilitam ou dificultam na realização de parcerias com escolas. Estando implicada na gestão local de um serviço de saúde localizado no Distrito Sudoeste de Campinas, motivei-me a cartografar a partir deste espaço, os (des)encontros relacionados às parcerias com Instituições de Ensino Superior. O potencial pedagógico deste Distrito é reconhecido pelos parceiros da Instituição de Ensino, apesar das adversidades em seu território (distância, a violência e a exclusão social) dificultarem estes processos. Até o ano de 2002 eram poucas as parcerias existentes neste Distrito, e estavam ligadas a iniciativas pontuais dos gestores da região. Este estudo se propõe a realizar a cartografia dos (des)encontros entre os sujeitos envolvidos nas Instituições de Ensino Superior e nos Serviços de Saúde do Distrito de Saúde Sudoeste no período compreendido entre 2001 a 2008. O movimento cartográfico é metaforizado através de um convite a entrar em um “barquinho”, que navega através de mares, remetendo à novas formas de produção que valorizam as diferenças entre os parceiros envolvidos, e (re) inventa condições para que o diferente seja diferente. Para ajudar a empreender novos rumos ao “barquinho”, convidei Clarice Lispector, Carlos Drummond de Andrade, Fernando Pessoa, Vinícius de Moraes, Chico Buarque, Milton Nascimento, Ronaldo Bôscoli, Salvador Dali, Cecília Meireles, Rubem Alves, dentre outros. A linguagem poética foi escolhida, em alguns momentos, para expressar idéias não possíveis de serem registradas através da linguagem escrita. A interlocução com a Análise Institucional (Lourau) e com a Filosofia da Diferença (Deleuze e Guattari) possibilitou que este trabalho analisasse os conflitos e dissensos entre as instituições como parte da heterogeneidade dos sujeitos, e não como relações dicotômicas. O espaço de co-gestão destas parcerias é defendido como local

onde os diferentes sujeitos se encontram para um diálogo entre as partes, e que deve ser potencializado processualmente.

Palavras chave: Formação de Recursos Humanos; Formação Profissional; Educação Permanente; Ensino; Políticas Públicas.

The journey undertaken by Campinas (SP) to the interface between the network of health services of Campinas and the formation in this area, motivated me to write this research. As Campinas is a metropolis, it has meaningful regional differences that help or bring difficulties in the realization of partnerships with schools. As I was involved directly in a health service localized in Southwest district in Campinas, I decided to map starting from this space, the (un)meets related to partnerships with Higher Education Institutions. The pedagogic potential of that District is recognized by partner from the Education Institution, although the adversities into its territory (distance, violence and social exclusion) have been difficulties on this procedure. Until 2002, there were not so much the partnerships existed in the District mentioned and they were linked to punctual initiatives from the regional managers. This research proposes the mapping of the (un)meets between the people involved in the Education Institution and the Health Services from the Southwest District starting from 2001, until 2008. The map movement is worked with a metaphor throw an invitation to come into a baby boat which browses all over seas, referring to new productions ways, which value the differences between the partners involved and (re)invent conditions for what's different can be different. To help the baby boat browse new rums, I invited Clarice Lispector, Carlos Drummond de Andrade, Fernando Pessoa, Vinícius de Moraes, Chico Buarque, Milton Nascimento, Ronaldo Bôscoli, Salvador Dali, Cecilia Meirelles, Rubem Alves, and other ones. The poetic language was chosen, in some moments, to express non-possible ideas to be introduced throw just wrote language. The interlocution with the Institutional Analyze (Lourau) and with the Differences Philosophy enabled that this research analyzed the conflicts and dissents between the institutions as part of the heterogeneity of the subjects, not as dichotomous relationships. The space of co-management is defended as where the different subjects meet each other to a dialogue, and that needs to be aggravated procedurally.

Key words: Human Resources Formation; Professional formation; Permanent Education; Teaching; Public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AI	Análise Institucional
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenadoria de Aperfeiçoamento Pessoal da Educação Superior
CAPS	Centro de Atenção Psico-Social
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEFORH	Centro de Formação de Recursos Humanos de Franco da Rocha
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Ensino Médico
COMAU	Congresso Médico Acadêmico da Unicamp
COTUCA	Colégio Técnico da UNICAMP

CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DI	Diário Institucional
DIC	Distrito Industrial de Campinas
DGDO	Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional
DEGES	Departamento de Gestão de Educação na Saúde
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
ELR	Equipes Locais de Referência
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EP	Educação Permanente
FAC	Faculdade Comunitária de Campinas
FAJ	Faculdade de Jaguariúna
FCM	Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GERUS	Projeto gerencial de desenvolvimento gerencial de Unidades do SUS
GIDAS	Grupo de Investigação em docência e atenção à saúde
ICV	Índice de Condições de Vida
IDA	Integração Docente Assistencial

IES	Instituições de Educação Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LACES	Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LEP	Lei do Exercício Profissional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
ME	Ministério da Educação
METROCAMP	Faculdade Metropolitana de Campinas
MDV	Modelo em Defesa da Vida
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NSC	Núcleo de saúde coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PEPs	Pólo de Educação Permanente em saúde
PBL	Problem-based Learning - Aprendizado Baseado em Problemas
PIASS	Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIES	Política de Integração Ensino e Serviço de Saúde
PLE	Projeto Larga Escala

PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde
PRAESA	Grupo de Estudos em Práticas de Ensino
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SAR	Secretaria de Ação Regional
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SESU/MEC	Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Teoria da Aprendizagem Significativa, ou Meaningful Learning Theory
TRAPP	Projeto trabalho precário, penoso e perigoso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFOA	Universidade Federal de Odontologia de Alfenas
UNIP	Universidade Paulista
VERSUS	Vivência e estágio na realidade do SUS

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Menina na janela - Salvador Dali.....	45
Figura 2 Imagem barquinho no mar.....	81
Figura 3 Método do Arco proposto por Charlez Maguerez (Bordenave & Pereira, 1982).....	103
Figura 4 Escrevendo.....	135
Figura 5 Mapa da cidade de Campinas dividido por Distritos de Saúde e por Centros de Saúde.....	139
Figura 6 Organograma da Secretaria de Saúde de Campinas, 2008....	150
Figura 7 Uma casinha.....	191
Figura 8 Olhares.....	219
Figura 9 As dificuldades da caminhada.....	287

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Distribuição de horas de estágio de nível médio na cidade de Campinas no ano de 2003.....	198
Gráfico 2 Distribuição de horas de estágio de nível médio na cidade de Campinas no ano de 2004.....	198

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	311
Anexo 2 Técnicas de Aquecimento das Oficinas.....	313
Anexo 3 Primeira Oficina no Distrito Sudoeste de Campinas (23/05/07).....	319
Anexo 4 Situações-Problemas utilizadas na Primeira Oficina.....	329
Anexo 5 Segunda Oficina no Distrito Sudoeste de Campinas (05/03/08).....	333
Anexo 6 Oficina com o Conselho Distrital de Saúde Sudoeste (19/08/09).....	337
Anexo 7 Lista dos Entrevistados.....	341
Anexo 8 Roteiro semi-estruturado para entrevistas.....	349
Anexo 9 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	351
Anexo 10 Atribuições do CETS.....	353
Anexo 11 PIES - Documento de Normatização de Estágios.....	355
Anexo 12 PIES - Instrumento de Intercorrência de Estágios.....	375
Anexo 13 PIES - Instrumento de Avaliação de Estágios.....	377

Anexo 14	Decreto Nº 5.974 de 29 de novembro de 2006: Atribuições da Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação em Saúde (SEGETS).....	383
Anexo 15	Cronograma de Acolhimento e Inserção dos alunos de Medicina no CS Santa Lúcia.....	387
Anexo 16	Projeto Integra Saúde 2009.....	389
Anexo 17	Cronograma de Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa 2007/2008.....	393

	Pág.
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvii
CAPITULO 1- Introdução	43
1.1- Minhas viagens e implicações com o tema	47
1.2- Contando as histórias de outras viagens	65
1.2.1- Primeira Viagem: a decepção da figura idealizada do médico.....	66
1.2.2- Segunda Viagem: a experiência de ter um aluno atendendo um filho.....	67
1.2.3- Terceira Viagem: o medo de precisar do hospital pela percepção do despreparo do profissional de saúde.....	68
1.2.4- Quarta Viagem: a paixão pelo ensino.....	69
1.2.5- Quinta Viagem: as primeiras parcerias com Instituições de Ensino e serviços de saúde em Campinas.....	70
1.2.6- Sexta Viagem: o devir docente do trabalhador da saúde.....	72
1.2.7- Sétima Viagem: impacto de um estágio de vivência na rede de Campinas.....	73
1.2.8- Oitava Viagem: as marcas deixadas pelos encontros.....	74

1.2.9- Nona Viagem: solidariedade da Instituição de Ensino para momentos de adversidade do sistema de saúde.....	74
1.3- Justificativas do estudo	76
1.4- Objetivos	77
1.4.1- Objetivos gerais.....	77
1.4.2- Objetivos específicos.....	77
CAPÍTULO 2- Processos e movimentos: minha carta náutica	79
2.1- Minha carta de navegação	83
2.2- Iniciando a viagem e explicitando as escolhas	84
2.3- Remando ... os implicados	87
2.4- Navegando ... perdendo-me e voltando	94
2.5- Compartilhando minha carta de navegação	104
2.6- O momento de análise de minhas implicações: o susto que levei!	109
2.7- “Entrada no Campo” (?)	112
2.8- A primeira oficina com gestores (23/05/07) (Anexo 3)	117
2.9- Avançando na viagem: utilizando a estratégia de ‘situações-problemas’	118
2.10- A segunda Oficina com gestores (05/03/08) (Anexo 5)	120
2.11- Oficina no Conselho Distrital Sudoeste (Anexo 6)	121

2.12- As entrevistas.....	122
2.13- As Implicações dos participantes.....	127
CAPÍTULO 3- Algumas viagens pelo município de Campinas (SP) em seus processos relacionados às parcerias entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde: minhas digressões.....	133
3.1- O Projeto Larga Escala (PLE): o devir docente do gestor/ trabalhador de saúde de Campinas.....	151
3.2- A Criação do CETS (1992) e a Política de Integração Ensino e Serviço (PIES).....	163
3.3- O CETS e os desafios atuais relacionados ao ensino e serviço: novas cartas de navegação?.....	183
CAPÍTULO 4- Viajando no barquinho do Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas em meio aos (des)encontros entre os serviços de saúde e Instituições de Ensino: uma viagem a partir de 2001.....	189
4.1- A chegada de alunos: um acontecimento.....	207
CAPITULO 5- (Des)encontros e (Des)importâncias durante as viagens.....	217
5.1- Afinal, que encontros são estes que se estabelecem nestas parcerias entre serviços de saúde e instituições de ensino?.....	224
5.2- Primeira Entrada: Constituição Federal (1988), Lei Orgânica da Saúde (1990) e os investimentos interministeriais: qual a importância disto?.....	231

5.3- Segunda Entrada: O Sistema Único de Saúde como espaço de formação: uma realidade atual ou um desafio a ser construído?.....	246
5.4- Terceira Entrada: Educação Permanente de gestores e trabalhadores da saúde.....	256
5.5- Quarta Entrada: Os (des)encontros e as (des)importâncias....	263
5.6- A interface entre o mundo do trabalho e o mundo da formação em saúde: algumas (re)invenções.....	275
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	285
7.1- A viagem que fiz: as (des)importâncias sentidas em meio aos (des)encontros.....	289
7.2- Pistas para novas viagens e intervenções.....	292
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	297
9- ANEXOS.....	309

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO



“Menina na janela”

Salvador Dali

O QUE SERÁ (A FLOR DA TERRA)

(...) O que será que será?

O que não tem certeza

Nem nunca terá!

O que não tem concerto

Nem nunca terá!

O que não tem tamanho...

Chico Buarque & Milton Nascimento

1.1- Minhas viagens e implicações com o tema

*“Tua pesquisa, você vindo do serviço, agora dentro da Academia se propondo a fazer investigação do lugar de onde você vem (serviço); querendo investigar o que o SUS produziu de conhecimento com a relação com a Academia. Você poderia fazer a investigação da Reforma Curricular, a partir de dentro, mas você se propõe a fazer do lugar do serviço. Isto é importante, e você está implicada.”*Grifos meus. (E 20).

O que me move a fazer essa pesquisa, meu envolvimento no *aqui e agora*, de onde vim, as influências e as concepções éticas - políticas as quais defendo e como este processo aconteceu em minha vida sem uma vontade ou decisão consciente - são um pouco do percurso que passo a relatar agora. Minha implicação (e sua análise) será um dos objetos centrais deste trabalho.

Como a “Menina na Janela” (Salvador Dalí), eu contemplava externamente o mar campineiro, até que em 1988 fui contratada pela Prefeitura de Campinas para exercer a função de auxiliar de saúde pública. Entrei no barquinho confusa e sem saber ao certo para onde iria, pois remar no barquinho da saúde não era meu interesse inicial. Lembro-me que queria atuar na Educação, como monitora de creche, mas a pequena diferença de escolaridade que eu tinha em relação aos demais candidatos levou-me a entrar no barquinho da saúde. Acabei aceitando devida influência financeira, que era significativa. E naveguei...

Minha atuação seria no antigo Posto de Saúde Marina Acosta, no Parque Universitário, local onde hoje está localizado o Tear das Artes (Distrito de Saúde Sudoeste). Para atuar nesta área fui treinada por auxiliares de saúde mais experientes, e pelos médicos do serviço. A posição de um enfermeiro, naquela época, ficava no nível central da Secretaria de Saúde. Somente após um tempo foram contratados para ficarem nos postos de saúde.

Durante as entrevistas que aconteceram neste projeto, ouvi uma história muito parecida com a minha, o que me fez questionar se este não seria um movimento das instituições de saúde no sentido de ter profissionais de saúde naquela época:

“(...) comecei a trabalhar em um hospital em 1969, na idéia de trabalhar como recepcionista e acabei “virando atendente de enfermagem” (...) eles estavam precisando muito de pessoas para trabalhar na área, e eu tinha um pouco mais de qualificação e conhecimento – sabia ler e escrever (risos) mais do que os outros (...) acabei aprendendo com uma auxiliar de enfermagem super antiga que estava lá. Então um monte de coisa eu também fazia sem entender o porquê: eram procedimentos, técnicas e eu aprendia e desenvolvia a habilidade”. Grifo meu. (E 13).

Quando entrei para este barquinho, em 1988, não sabia que existia a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEP), de 1986. Essa lei dava prazo aos municípios para que formassem seus trabalhadores da saúde como auxiliares de enfermagem¹. Confesso que gostei desta turbulência inicial porque levou meu barquinho a navegar pelos mares do Projeto Larga Escala (PLE) em Campinas. Apesar de não ter concluído o curso², fiz viagens belíssimas! Estas viagens representaram para mim, a reflexão de minha vida, de minhas posturas, de uma nova maneira de ver o mundo³. Foi interessante ouvir dos entrevistados que trabalharam como professores do Larga Escala, o quanto estes momentos impactaram também em suas vidas profissionais e pessoais. Sem dúvida foram bons encontros!

¹Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. Esta lei dispõe três categorias profissionais na área da enfermagem: o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro. Em consonância com esta lei, o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987 que a regulamentou. (COFEN, 2008).

²Com o tempo, gostei de navegar por estes mares, e prestei vestibular para o Curso de Enfermagem na UNICAMP. Passei, e experimentei novas viagens!

³Foi meu primeiro contato com a Metodologia da Problematização, que tanto utilizo até os dias atuais.

Apesar disso, durante as aulas eu sentia dificuldade em falar, participar e me colocar. Tentava fugir dos debates, pois não me sentia preparada para discutir. Nem mesmo gostava de problematizar, problematizar, problematizar... Achava algo muito enrolado e pouco objetivo! Só depois de muitos anos é que pude compreender o valor destes movimentos. Hoje compreendo outros que também sentem essa dificuldade de se expressar. Durante essas viagens, conheci pessoas que incentivaram muito os rumos de meu barquinho. Hoje as(re) encontro quando (re)visito essa história. Interconexões!

Minhas primeiras inquietações relacionadas ao tema parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde ocorreram durante a Graduação, na década de 90, enquanto eu estagiava na rede de serviços de saúde de Campinas. O estágio era algo descolado, uma espécie de sobrevôo em relação às necessidades do sistema de saúde: eu não conseguia articular minha experiência como auxiliar de saúde pública com o que eu aprendia na Faculdade. Não sei dizer ao certo qual o meu ganho durante esses estágios; acho que - quando muito - éramos recebidos educadamente (diplomacia do serviço de saúde) e nos tornávamos bons observadores, não participantes.

Ao terminar a Graduação (1996) trabalhei no Hospital Celso Pierro na enfermaria de Psiquiatria, conhecida como Bloco 7 (sete). Minha afinidade pela Educação levou-me a optar pela Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Educação da Unicamp, momento no qual tive meus primeiros contatos com muitos educadores progressistas (dentre os quais Paulo Freire, que muito inspira meus trabalhos). Motivada pela Licenciatura e pelo Projeto Larga Escala, meu barquinho navegou na PUCCAMP, através de um trabalho educativo de reflexão das práticas voltado para os profissionais auxiliares e técnicos na área da enfermaria de Psiquiatria. Devido ao impacto desse trabalho educativo, fui convidada pela Diretoria de Enfermagem do Hospital, para outra viagem através do Serviço de Educação Continuada, ampliando o trabalho educativo para enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem do Hospital, utilizando a Metodologia da Problematização.

No ano de 1998, após ter prestado concurso público na Prefeitura de Campinas, fui chamada para exercer a função de enfermeira e assumi no Centro de Saúde Dic III – Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas. O barquinho era o mesmo, os mares eram outros. Neste serviço eu tinha atuado como auxiliar de saúde pública, e na perspectiva de um devir docente, também desenvolvi um projeto educativo⁴, que foi apresentado no I Seminário Municipal de Enfermagem do município de Campinas, em maio de 2000. O projeto foi premiado e recomendado para o Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Recife (PE) no mesmo ano. Foi um momento importante para mim, ao ver meu trabalho ser reconhecido dentro da área da saúde. No final de 1999 prestei o intitulado Processo Seletivo Interno para coordenação de serviço de saúde e, com isso, passei a coordenar o Centro de Saúde Santa Lúcia (do mesmo Distrito de Saúde⁵).

As vivências que experimentei durante a coordenação do CS Santa Lúcia e atualmente, na coordenação do CS Dic III, ajudaram na construção de minha alteridade, (co) produzindo-me enquanto coordenadora de serviços, trabalhadora da saúde e ser humano (acima de tudo). Meu percurso dentro do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp - atuando como tutora do primeiro ano de Medicina, e mais recentemente na tutoria da Residência em Medicina Preventiva e Social - possibilitou-me também bons encontros.

Certo companheiro nesses percursos e viagens foi o professor Sérgio Carvalho, que esteve comigo desde o ano de 2002, e com o qual (co) produzi muitos trabalhos. Estes trabalhos foram apresentados em congressos (ABRASCO, SAÚDE PÚBLICA, COBEM, etc.), além da produção de um artigo que contou as

⁴O trabalho intitulava Identidade Profissional da Enfermagem: uma discussão e reflexão sobre a prática profissional e seus determinantes.

⁵(Re) visitar este momento é interessante, pois eu (re) encontro ex- professores meus do Projeto Larga Escala que me entrevistaram durante o Processo Seletivo de Coordenação, e os quais volto a entrevistar nesta (co)produção. Interconexões!

experiências com o primeiro ano de Medicina no CS Santa Lúcia⁶. A decisão pela Pós Graduação na UNICAMP se deu em um momento no qual fiz uma aposta em concentrar-me teoricamente para o que me inquietava: os (des)encontros nas parcerias que estabelecíamos, enquanto serviços de saúde, com a Universidade.

A partir dessas sistematizações - que ora foram realizadas em grupo de estudo, ora em palestras, seminários acadêmicos e durante o cursar das disciplinas da Pós Graduação - aprofundei o meu projeto, e percebi que este movimento despertava ainda mais meu interesse pelo tema. Minhas inquietações relacionadas ao objeto de estudo não eram somente acadêmicas, mas prioritariamente do serviço; não foi uma questão acadêmica somente que me levou a um interrogante epistemológico, e sim minha inserção no mundo do trabalho, e a relação de alteridade⁷ que tive e tenho com estas experiências.

Minhas vivências no cotidiano e meu território existencial foram (re)construídos através destas interconexões e diálogos com vários sujeitos. Por este motivo, resgatei esta história de vida e de produção de uma rede de interconexões, que potencializaram minhas implicações.

Concordando com o pressuposto de que toda pesquisa é implicada, não utilizo o conceito de implicação como uma simples vontade de um sujeito, reduzindo-o a uma personalidade. Busco inserir este debate no plano teórico proposto por Lourau na década de 1970 (LOURAU, 1975, 1996), buscando aqui explicitar o lugar de onde falo e meu território vivencial. Quando menciono território, não utilizo o conceito como espaço físico ou geográfico, falo de território de inscrição de sentidos no trabalho.

⁶O CARVALHO, S.R.; GARCIA, R.A.; ROCHA, D.C. Ensino da Saúde Coletiva no Curso Médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 2006, vol.10, no. 20, p.457-472.

⁷Alter: "outro", em latim. A alteridade é a condição daquilo que é do outro (alter), diferença daquilo que é mesmo (CARVALHO & CECCIM, 2006, p.196), e refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas. Segundo os autores, entrar em contato com a alteridade é contactar o outro no si mesmo. Sentir o outro, medir-se pelo outro, diferir de si mesmo como efeito do encontro.

“Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente racionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade” (CECCIM, 2005, p. 175).

A noção de território aqui é entendida num sentido amplo, relativo tanto a certo espaço vivido, a certo sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”, a um sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o “(...) conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 323). Segundo os autores, o território pode se desterritorializar, abrindo-se em linhas de fuga, no sentido de que seus territórios originais se desfazem ininterruptamente, sendo necessária a construção de um novo território – processo de reterritorialização.

Quando eu assumi a coordenação do CS Santa Lúcia no Distrito Sudoeste de Campinas (final de 1999) tive a oportunidade de me aproximar do tema parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde, desta feita de outro lugar – o lugar da gestão. Era uma época em que não havia estágios de nível superior no Distrito mencionado. É no ano de 2002 que esse movimento inicia de forma intensa e como política de governo. O Distrito Sudoeste foi também escolhido para receber alunos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, e esse investimento de governo foi percebido por todos os coordenadores e apoiadores que atuavam (alguns ainda atuam) nesse território.

“Então este contato lá com vocês (Sudoeste), tem a ver com este investimento que priorizamos em nosso governo. Queríamos levar professores e cursos que aceitassem ir para estes lugares, ainda que não sistematizados na Instituição de Ensino. Tentamos uma espécie de efeito demonstração – vai lá ver, faz, depois você dá o retorno. Tentamos trabalhar com a adversidade, para a gente, abria um espaço naquele fundamentalismo, o mesmo de sempre, que não tinha o que mudar, não tinha que fazer modificações de estrutura, de conteúdo, etc. Era um abandono geral, a região Sul e Sudoeste ficavam isoladas por ficar na periferia, a geografia não contribuía, além de outras adversidades”. Grifos meus. (E 18).

Foi desta maneira que iniciamos a primeira parceria com instituição de ensino superior no Centro de Saúde Santa Lúcia: o primeiro ano de Medicina⁸ – Disciplina Ações em Saúde Pública. Foi um momento de encontros intercessores que produziram muita potência, tendo trabalhadores da saúde, gestores e conselheiros de saúde e usuários participando.

A coordenação da Disciplina era do Professor Emerson Merhy, por quem tinha uma admiração, e o professor Sérgio Resende Carvalho foi o docente designado para acompanhar os alunos no CS Santa Lúcia. Nessa época, tive a oportunidade de acompanhar como tutora do serviço, apesar dos embates dentro da Faculdade de Ciências Médicas pelo fato de eu ser “*enfermeira e não ser médica*”. Que bom encontro... Quantos afetos e potência mobilizaram não somente em mim, mas em outros trabalhadores da saúde e usuários...

Os sentimentos que atravessaram os trabalhadores da saúde puderam ser resgatados através de uma das entrevistas de uma ex-trabalhadora do Centro de Saúde Santa Lúcia:

⁸MD 142 (primeiro semestre) e MD 242 (segundo semestre).

“As aulas que participei lá na UNICAMP também foram legais para fazer essa aproximação com o Gastão, com o Merhy, dos professores de uma maneira geral. (...) eu acho que eu fui incentivada, eu aprendi coisa lá, sempre tava tendo aulas lá embaixo (sala de reuniões do CS), com você, Rosana, ou com o Sergio (...) assim fui me interessando, porque o SUS da faculdade era uma coisa diferente do SUS na vida real (marcas para o trabalhador). Até a vivência que a gente teve com o projeto Paidéia, que teve a Unicamp muito inserida lá no Santa Lúcia, era outro universo, o que nós vivemos no Santa Lúcia, ninguém viveu, acho que eu sou uma premiada em relação a outras pessoas, porque às vezes estou em espaços e vejo que as pessoas não têm essa visão que eu tenho de um monte de coisa que rolou, apesar de ter algumas críticas, pra enfermagem teve algumas quebras, de fazer algumas reflexões. Mas foi um ganho, foi muito legal.” – (momento de grande emoção)”. Grifos meus. (E 3).

Quantos espaços pedagógicos foram criados e inventados pelos trabalhadores da saúde⁹, gestão, docente, alunos e usuários... Em quantos momentos nos deslocamos para assistir aulas na Unicamp – algo inovador na época... Ou seja, deslocamento do trabalhador da saúde para o espaço acadêmico a convite da Universidade. Hoje me pergunto o quanto estes movimentos não foram iniciativas pontuais, heróicas, de pessoas que faziam a docência e tinham o interesse em construir um projeto que contemplasse uma visão ampliada de saúde, e no qual a educação era uma das dimensões. Para se pensar...

Foi um “acontecimento”, no sentido Deleuziano¹⁰, ou seja, não foi uma relação causa-efeito como da água, que ao receber o vento produz uma onda. Não! Esta onda - expressão corpórea do encontro entre dois corpos físicos - não é o acontecimento ao qual me refiro. Esta é uma relação física esperada quando dois corpos se encontram, produzindo efeitos corpóreos. Falo do efeito não

⁹Chamávamos os trabalhadores da saúde e usuários que exerciam a função docente de Rede Docente (CARVALHO, et al, 2006).

¹⁰Deleuze concebe a vida como um acontecimento que se produz como um devir, um fazer-se, dentro de singularidades, não previsíveis em uma matriz identitária, não imitáveis, pois são únicos, mas que abrem processos para novos fazeres e devires. Opera múltiplas dobras.

corpóreo, uma metafísica, ou seja, falo do ondular - uma experimentação singular - provocada pelo encontro entre corpos.

“Que acontecimento é esse, que se abre de modo tão díspar, como oportunidade para processos de subjetivações dos mais variados tipos, num intenso agir micropolítico e pedagógico ímpar? Que pode ser construído em encontros muito diferenciados e operados por cuidadores de muitas distintas formações e inserções, junto ou não?” (MERHY, 2008, p.1).

Estes encontros intercessores, que foram e continuam sendo um acontecimento para mim, instigaram-me na produção de um conhecimento sistematizado: os debates em grupos de estudo, congressos, seminários, produção de um artigo de revista. Tanto é verdade que hoje me motiva escrever esta Dissertação de Mestrado. Sentindo esse acontecimento, movo-me por uma ética que me toca, faz-me vibrar no processo de aprendizagem pelo encontro fortuito e o acontecimento feliz. Não me movo por uma ética que nos captura com regras morais de convivência e que me restringe o processo de construção e de criação.

Nos anos seguintes, recebemos no Centro de Saúde Santa Lúcia a Residência Multiprofissional de Saúde da Família e o Internato do quinto ano de Medicina, na subárea de Planejamento e Gestão, ambos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. O quinto ano de Medicina estava estruturando o curso na subárea de Planejamento e Gestão, e tanto eu como outros colegas coordenadores de UBS pudemos participar da discussão pedagógica da disciplina na UNICAMP propondo, assim, conteúdos e metodologia.

A co-gestão que experimentei junto ao grupo acadêmico – docentes e discentes, enquanto representante do serviço de saúde, era um acontecimento também singular, resultante do processo de encontro entre os diferentes sujeitos das respectivas instituições. Não percebia uma relação dual ou dicotômica entre os sujeitos envolvidos, apesar das diferenças e de alguns dissensos. Sentia-me à vontade para diferir em meio às heterogeneidades existente, mas outros colegas coordenadores e apoiadores não tinham tal percepção. Sentiam-se excluídos em dados momentos, um sentimento como que de uma *“fala não valorizada pelo mundo acadêmico”*. Algumas vezes éramos ouvidos enquanto serviços de saúde, e outras vezes tínhamos falas desconsideradas! A disputa de projetos e de interesses sempre foi clara.

“Eu defendo que deve ter co-gestão nestes processos: (...) tem coisas que conflitam. Conflitos de interesses, de lógica, cultura, forma de organizar, velocidade do atendimento, abertura para demanda, o recurso acadêmico que aumenta o consumo (ah o aluno usa mais papel higiênico, isto é verdade). Eu acho que implica em Seminários, como nós temos feito (...)”. Grifos meus. **(E 18)**.

No ano de 2002 fui convidada a participar de um Curso de Capacitação para Tutores de Serviços, desenvolvido pelo Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde (LACES), pela FCM/UNICAMP e CETS. O debate do trabalhador tutor, ou tutor de serviço, estava em processo de discussão na FCM/UNICAMP e na Secretaria de Saúde de Campinas. Havia um incentivo financeiro dado pelo Ministério da Saúde através do Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Minha participação gerou certa turbulência no mar e fez o barquinho balançar muito! Esta turbulência mexeu com o barquinho da Universidade, pois eu tutorava o primeiro ano de Medicina, e a figura do tutor de serviço era restrita ao quarto ano do mesmo curso.

Mexeu, ainda, com o barquinho geral dos serviços de saúde, pois houve um forte questionamento dentro do Colegiado de Coordenadores do Distrito pelo fato de eu estar assumindo esta função estando na posição circunstancial de coordenação¹¹.

“A FCM da Unicamp estava recebendo tutores de serviço, a gente tinha que fazer uma confluência do que era o Sistema de Saúde, o pensar em saúde, o modo de organização dos serviços de saúde, e a formação. Então, já que eles vinham utilizar a rede de Campinas como campo de estágios, e nós estávamos formando tutores para recebê-los, eles tinham também que nos entender: nós não tínhamos como nos moldar a eles, mas existia a necessidade de se fazer uma confluência, ou seja, qual a necessidade deles e qual a nossa necessidade; como nós dos serviços íamos nos abrir para recebê-los e eles entenderem o que era o SUS Campinas. Porque não queríamos criar bolsões de ensino dentro da rede de Campinas, afinal de contas eles iam trabalhar com os nossos profissionais (tutores do serviço) e com os nossos usuários. A responsabilidade primeira é do próprio SUS Campinas, então as coisas tinham que estar organizadas.” Grifos meus. (E 15).

¹¹Estes (des) encontros ainda são intensos, e atualmente perpassam outras discussões. Um exemplo destes (des) encontros foi, por exemplo, o pedido feito por três coordenadores de serviços de saúde no Distrito Sudoeste – CS São Cristóvão, CS Dic III (o qual coordeno) e CS Aeroporto, para sermos tutoras do quarto ano de Enfermagem da Unicamp, atual parceira do Distrito Sudoeste. A Universidade aceitou e avaliou como sendo interessante esta disposição dos coordenadores de serviço. Não haveria ganho financeiro algum sobre esta tutoria, e a perspectiva que tínhamos ao fazer o pedido era de participar da formação de futuras profissionais da nossa área específica – Enfermagem. A Comissão de Ensino e Serviço do município de Campinas, se reuniu e emitiu um parecer que diz: “... o coordenador de unidade, devido a concentração de trabalhos no campo da gestão da unidade como um todo, não conseguiria atender às necessidades de tutoria deste estágio, que envolve uma carga horária de cada aluno entre 20 a 36 horas semanais e 8 horas de supervisão direta ao estudante, conforme a Secretaria pactuou com a Universidade (...) Neste sentido, a substituição do tutor enfermeiro pelo coordenador da unidade, que está em pauta, nos parece uma distorção ainda maior, que não poderia ocorrer”. (Documento CETS, ano 2008). Apesar da defesa que fizemos enquanto coordenadoras enfermeiras, no sentido de trazer nosso protagonismo na formação de trabalhadores da saúde há anos, nunca deixando de atuar de forma responsável na gestão do serviço, ao contrário, servindo de referência para o modelo de atenção em saúde em Campinas, tivemos que nos curvar frente ao instituído, apesar de deixar claro que atuaremos nos desvios, não nos prendendo a ordem institucional que nos foi dada.

Participei desta experiência inovadora de diálogo com vários sujeitos da Universidade e dos serviços de saúde, e da discussão do Método chamado Problem based Learning (PBL) - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Apesar das minhas diferenças em relação a esta metodologia, não posso negar a inovação que tal conceito trazia em termos metodológicos.

“Eu acho que o PROMED foi um começo muito legal, a Capacitação dos docentes juntos com os profissionais de saúde da rede – chamados de tutores do serviço, encabeçada pelo CETS. Foi muito interessante”. (E 6).

“A gente participou do PROMED (CETS). (...) montamos uma oficina grande de Capacitação Pedagógica tanto para docentes que estavam na Unicamp, como para tutores da rede de serviços de Campinas”. (E 15).

Quantas experiências aconteceram em tão curto espaço de tempo! Não posso deixar de mencionar o Curso de Especialização em Saúde Pública que fiz no ano de 2004 e me permitiu reiniciar atividades acadêmicas formais. A vivência com docentes, colegas e companheiros de curso ampliou meu olhar e me acrescentou conhecimento enquanto processo de construção de minha alteridade.

Devido à grande intensidade dos fluxos, interconexões e encontros, iniciei um registro escrito destas situações, registro, este, que aprendi durante o momento que estive na Educação, no Grupo de Estudos de Práticas de Ensino e Serviço (PRAESA). Professora Maria Helena Bagnato auxiliou-me nos primeiros passos de um diário de campo. Nunca me preocupei com um rigor metodológico destes registros. O que me interessava eram os encontros e a expressão verbal e não verbal sentida nestes momentos. O professor Sergio incentivou-me a fazer tais registros, que contavam nossas histórias de integração e parcerias.

As várias experiências foram cuidadosamente registradas por mim, através de diários de campo, as quais eu chamava de cadernos de anotações¹². Tenho estes registros até hoje, como uma memória da história vivida. Reconheço que temos interesses distintos enquanto instituições que representamos, mas devemos superar as dicotomias e a racionalidade esta que separa sujeitos e não potencializa encontros. Trabalhar em co-gestão para pactuar estes interesses distintos é uma estratégia para manter o diálogo entre os sujeitos. Memórias... Como é bom cultivá-las e (re) significá-las... Esta dissertação tenta fazer este movimento: ouvir histórias, sentir processos, perceber fluxos de intensidade existente, explicitar conflitos, desterritorializar e reterritorializar lugares.

Tive também a oportunidade de me inserir em um grupo de estudos coordenado pelo professor Sérgio Carvalho – o Grupo de estudos e investigação em docência e atenção em saúde (GIDAS). A partir destas discussões participei de congressos sistematizando trabalhos relacionados à relação ensino e serviço.

Em 24 de agosto de 2005 participei de um grande Seminário que debatia o Papel da Atenção Básica e o Ensino Médico, que trazia subgrupos para debates dos seguintes temas: 1) gestão da relação nível local – Centros de Saúde/Universidade e a singularidade dos contratos; 2) integração das atividades de ensino e ações em saúde, e o desenvolvimento docente – educação continuada/permanente promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp em parceria com o CETS. Tendo os diversos sujeitos dialogando em um mesmo espaço, fora algo inovador até então, visto que a dicotomia existente no Curso de Medicina da Unicamp tem sido algo muito relatado pelos sujeitos nesta pesquisa.

Nesta época o primeiro ano de Medicina estagiava em dez unidades básicas de saúde em Campinas (disciplina: Ações de Saúde Pública); o segundo ano de Medicina estagiava no Complexo Ouro Verde e em Unidades básicas de

¹²Foram muitos cadernos de anotações, desde 2002, ano a ano, turma por turma que passou no CS Santa Lúcia, ementas, trabalho produzido pelos alunos, fotos, memórias de alguém que acredita na inseparabilidade da gestão e da formação.

Saúde (disciplina: Saúde e Sociedade); o quarto ano de Medicina atuava em seis Unidades Básicas de Saúde no Distrito Norte e Leste (disciplina: Atenção Integral a Saúde) e o quinto ano de Medicina estagiava em serviços de saúde do Distrito Sudoeste de Campinas. Foi uma época de intenso debate sobre o papel da Atenção Básica para a formação tendo sido ampliado no Congresso Brasileiro de Ensino Médico em outubro de 2005, do qual participei e apresentei pesquisa.

Campinas, por sua vez, fazia sua I Conferência Municipal de Gestão do trabalho e educação na saúde (7 a 8 de outubro de 2005), no Centro de Ciências da Vida – Campus II PUCCAMP - da qual também pude participar. Esta conferência foi realizada em atenção à chamada do Conselho Nacional de Saúde (CNS), como primeira etapa preparatória para a III Conferência Nacional que se realizaria em março de 2006. O tema da Conferência Municipal foi: *“Trabalhadores da Saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”*.

Essa conferência trouxe um debate sobre a necessidade de articular e integrar os setores Saúde e Educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para a saúde. Também trazia a discussão de sistematização das experiências já acumuladas no município, o compromisso das escolas de graduação em saúde em adotar processos de mudanças enfocados nas necessidades de saúde da população e do SUS, o desenvolvimento de metodologias ativas de aprendizagem, focadas em cenários de prática concretos, dentre outras discussões.

Em maio de 2005 deixei a coordenação do Centro de Saúde Santa Lúcia, e assumi a coordenação do Centro de Saúde Dic III¹³, posição que ocupo até os dias atuais. Este é uma unidade de saúde complexa e tem um dos piores

¹³Segundo L'ABBATE 1990, o Distrito Industrial de Campinas foi inaugurado em 1978, região próxima ao Aeroporto de Viracopos, com uma área de 8 milhões de metros quadrados, com objetivo de construir moradia para 300.00 pessoas (p. 467).

Índices de Condições de Vida¹⁴ (ICV) do município de Campinas associado a uma população usuária e dependente do serviço de saúde em quase toda totalidade. A gestão desta unidade depende muito da construção dos trabalhadores da saúde, que inventam e (re)inventam seus processos de trabalho, operando modos de fazer saúde em sua micropolítica de trabalho que, superam a lógica administrativa gerencial.

Estas (re) invenções do processo de trabalho traziam consigo um novo parceiro da Universidade – professor Dr. Heleno Corrêa Rodrigues Filho. Esse docente desenvolvia um projeto de pesquisa a alguns anos nesta unidade – Projeto TRAPP¹⁵ e, mantinha-se como um companheiro da equipe de saúde em meio à crise que esta unidade de saúde vivenciava quando a assumi. Crise, essa, que abrangia o campo da assistência pela grande falta de médicos, falta de insumos e medicamentos e uma crescente demanda pelo atendimento médico.

“Eu defendo que deve ter co-gestão nestes processos: envolver a Universidade com os problemas da assistência e assistência saber dos problemas do Ensino”. Grifo meu. (E 18).

“Apesar de ter o dia certo da Universidade vir, monitorar o trabalho, eles (docentes) chegavam lá e as ACS não saíam, por que ficavam presas em outras ações que as demandavam no momento (recepção, etc.). Os docentes ficavam no Centro de Saúde, amarrados, a população batendo forte, filas de madrugada, e dentro do trabalho das ACS elas acabavam

¹⁴O Índice de Condição de Vida (ICV) foi proposto como método para identificação de diferenciais nos níveis de qualidade de vida e saúde das áreas de abrangência dos Centros de Saúde de Campinas e, é composto por oito indicadores: proporção de chefes de família sem ou com menos de 1 ano de instrução, taxa de crescimento anual, proporção média de mães com menos de 20 anos de idade, coeficiente médio de mortalidade infantil, coeficiente médio de mortalidade por homicídios, incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos e, incidência média de tuberculose.

¹⁵TRAPP - Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças do trabalho. Dissertação de Mestrado desenvolvida por Luciana Cugliari e orientada pelo Prof. Heleno Rodrigues Corrêa Filho (2006).

precisando assumir algumas atividades dentro do CS que as tiravam de cumprir aquela agenda específica do ACS. Acho que o que aconteceu foi que eles (docentes) pensaram: eu estou num espaço que to trazendo uma proposta de pesquisa, o contexto não ta tão favorável e como eu posso ajudar a fertilizar mais o terreno para que o espaço possa ser mais favorável até para o desenvolvimento de minha pesquisa? Uma coisa puxa a outra, tem interligação. Não dá pra falar “o meu pedaço é este” não dá... tudo ta no mesmo bolo!”. Grifo meu. (E 27).

Se pensarmos em condições ideais para que as parcerias se efetivassem, com certeza este serviço de saúde não as teria! E foi nessa crise que pude vivenciar, quando entrei na gestão desse serviço, a presença desse docente como um co-gestor, ajudando-me em minha inserção no serviço local de saúde. Esse docente, conhecedor dos problemas locais, conhecido e respeitado pelos trabalhadores da saúde, devido a trabalho intenso de anos junto a esta unidade de saúde, ajudou-me na composição do diagnóstico do serviço. Um bom exemplo de devir gestor do docente.

Esta legitimidade do docente foi construída não somente com a horizontalidade de suas vindas ao serviço, mas por um olhar solidário e co-produtor dos processos de trabalho em saúde, mantendo canal de diálogo aberto com os trabalhadores do serviço de saúde. Daí, novo questionamento surge: seria uma diretriz da instituição de ensino, fazer a co-gestão nos processos de trabalho em saúde, ou tal postura, teria a ver com o ser humano que desenvolve o papel de docente?

“A gente tem que considerar o perfil individual do docente e a Universidade enquanto Instituição: não sei dizer se fosse outro docente, se teria a mesma inserção e o mesmo papel e a mesma conduta, frente ao panorama que ele encontrou”

(se fosse uma linha de conduta da universidade). Eu não sei dizer “que papel foi este”, de um docente inserido em uma Universidade, que também tem uma história, uma bagagem, que se sentiu no dever, “não to fazendo nada além do meu papel”, acreditando que não era um favor, ele enxergava ali no seu papel, como docente uma possibilidade e necessidade de colaborar com a organização do processo de trabalho, de apontar para a gestão local e distrital questões, então houve um fechar de olhos “aqui não é meu pedaço”, neste momento de crise, de necessidade, isto existe sempre e a Universidade ta ali, e ai, como se faz? ou eu fico, ajudo e apoio, enfrento junto, ou cato minhas coisas e vou para outro espaço. Para o ensino é a mesma coisa, este cenário ser mais favorável ou menos favorável, é mutante, depende de determinantes, condicionantes, contexto político, gestão distrital, tem muita coisa que interfere. O aluno vai chegar a ser trabalhador, ou gestor e é importante ter esta visão do concreto, sem mascarar”. (E 27).

Vale reforçar outros movimentos de pactuação com os sujeitos da instituição de ensino, antigos parceiros da gestão - tanto em nível local como distrital - contribuíram para que o Centro de Saúde Dic IIII pudesse fazer parceria com o quinto ano de Medicina da Unicamp no internato da subárea de Planejamento e Gestão na coordenação (Prof. Dr Sérgio Resende Carvalho) e a Residência em Medicina Preventiva e Social da Unicamp, na coordenação de professora Dra Solange L’Abbate, sempre em co-gestão com os processos de trabalho, em um momento de muita crise de um serviço. Prof. Sérgio junto a seus colaboradores (como Gustavo Nunes, por exemplo) contribuíram para um encontro entre nosso serviço de saúde e os alunos do quinto ano de medicina.

Estes alunos contribuíram e tem contribuído para um processo de discussões de projetos terapêuticos singulares e da própria Educação Permanente de nossos trabalhadores da saúde. As discussões de casos realizadas por eles têm sido sistematizadas em trabalhos de Congressos, e até premiado no

Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP – COMAU, no ano de 2005 recebendo a Premiação Lopes Farias, o que muito honrou os trabalhadores da saúde do CS Dic III e serviu de motivador para a equipe de saúde¹⁶.

A Residência em Medicina Preventiva e Social, por sua vez, trouxe um companheiro da gestão local tanto na horizontalidade no qual ele se insere no serviço, quanto da disposição que tem para os desafios como: ano de 2005 auxiliou no debate e inauguração do Centro de Saúde Santo Antonio, que dividiu a população da área de cobertura do Centro de Saúde Dic III; ano de 2006, discussão sobre a inserção da equipe de Saúde Mental, e um trabalho no sentido de participar na Educação Permanente das equipes de saúde do serviço para esta ação; ano de 2007, uma discussão e problematização do papel do agente comunitário de saúde; em 2008, houve uma discussão sobre cuidados com cuidadores.

A coordenadora do Curso da Residência em Medicina Preventiva e Social – professora Solange L’Abbate - sempre se mostrou uma pessoa que inclui a gestão e os trabalhadores nos processos pedagógicos, mostrando muita sensibilidade quando há conflitos de agenda - horários a serem resolvidos.

Atualmente, além das parcerias listadas, outras foram construídas com os Cursos de Enfermagem da Unicamp e Licenciatura de Enfermagem (Faculdade de Educação da Unicamp).

Se eu buscasse nas entrevistas que fiz, as falas dos sujeitos sobre suas experiências com alguns docentes eu traria várias delas:

“Maria Alice Amorim Garcia e Elisabeth Smeke da PUCC, dentre outras, são pessoas muito permeáveis e muito sensíveis as necessidades do serviço. E por diversas vezes eu presenciei embates delas com a Universidade, em defesa do serviço. São pessoas que construíram uma historia dentro da Unidade

¹⁶http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2006/ju337pag8c.html.

Este grupo de alunos discutiu um Evento Sentinela de óbitos por câncer de mamas e colo de útero no CS Dic III.

na qual elas estão como docentes: elas são equipe, não são somente docentes". Grifos meus. (E 7).

"... a gente teve muita sorte, principalmente na Pediatria, que tinha o professor Calucho que era muito envolvido com tudo. Ele procurava estar em todos os lugares, o tempo todo, uma pessoa muito acessível, discutia os casos, discutia a estruturação dos serviços, era interessante a participação dele. Ele fazia uma integração da Universidade com o serviço e do serviço com a comunidade, ele foi montar uma ONG na região, então ele conhecia as pessoas de lá, saía em campo, ia à creche, conversava com padres, pastores, com todo mundo. A gente deu sorte porque era o Calucho, porque se fosse outro docente não seria assim"". Grifos meus. (E 35).

Estes depoimentos problematizaram o docente – figura instituída, enquanto parceiro e co-gestor dos processos de trabalho - fazendo movimentos instituintes, provocando desvios e rupturas, ainda que pontuais e heróicas. Está claro que muitos desses movimentos foram pontuais, heróicos, não instituídos pela Instituição de Ensino, mas faz parte de encontros intercessores, potentes, cheio de significados para os sujeitos envolvidos, e nos quais não faltaram conflitos.

1.2- Contando as histórias de outras viagens...

"Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida". (DELEUZE, 1997, p. 11)

Passo a contar alguns fragmentos de histórias relatadas pelos entrevistados, que além de relacionar com o tema de estudo, trouxe uma mobilização de conteúdo afetivo, que mexeu e tocou-nos durante a entrevista. Momentos de forte emoção, de olhos vermelhos, de um pulsar forte, e possibilitando uma co-produção e uma interconexão. As viagens contadas por cada entrevistado me afetaram e me (co) produziram.

“Nossa Rô! (emocionado)... Não tem palavra que consiga contar isto... só sentindo”. (E 7).

“(...) esta entrevista me faz lembrar coisas, resgatar memórias”. (E 27).

1.2.1- **Primeira Viagem:** a decepção da figura idealizada do médico

“Eu lembro que do segundo para o terceiro ano de Medicina, eu fui pra uma cidadezinha (...) para tentar conhecer o trabalho lá (...) e fiquei em um hospital (...), onde tinha um médico que cuidava de nossa família (médico de família). Era uma figura para mim de real identificação, foi muito importante para minha escolha, uma pessoa que minha família gostava, respeitava muito, e admirava muito.

Qual não foi minha surpresa quando eu o vi atendendo, e fazendo distinção da população dependente do INPS. Lembro-me até que a enfermagem falou: “chegou o doutor tal que vai começar a benzer os pacientes”. “Era bem assim, um paciente atrás do outro, e em meia hora ele atendia uns 20 a 30 pacientes”. Foi muito decepcionante pra mim aquela figura idealizada estar atendendo daquela forma. Causou-me uma necessidade de tentar entender isto, pois na minha cabeça não cabia e não cabe até hoje, formas diferenciadas de

atendimento. Eu queria entender esta postura se ele (médico) ganhava pouco, e ao mesmo tempo achava que fazia um favor ao atender. Isto me marcou muito.

Minha residência foi muito traumática, dolorida, dada estas condições adversas no sistema de saúde (...) em 1987 acho, eu tive mais contato com o Gastão e com o Emerson e foi muito importante pra mim este momento! (ênfase). Era a época do movimento sanitário, e em 1986 teve a Oitava Conferência Nacional de Saúde, (...) eu fui para o encontro de Pediatria Social, lá no Rio de Janeiro, e que estava tematizando esta conferência. Particpei em 1987 na coleta de assinaturas para a construção da Constituição de 1988. Foi muito rico isto, tive muito contato com o Movimento Sanitário de São Paulo, encontros com outros residentes. Estes anos (1986 e 1987) foram muito ricos em vivências, de encontros com outros grupos. Tive a oportunidade de fazer o curso teórico dos residentes em Medicina Preventiva, equivalente ao Curso de Saúde Pública, e recebi o título de sanitarista”.

Grifos meus. (E 14).

1.2.2- Segunda Viagem: a experiência de ter um aluno atendendo um filho

“Eu vivi uma experiência marcante, quando iniciei na rede de Campinas. Minha filha sofreu um acidente e eu recebi uma ligação na Prefeitura avisando. Fui a PUCC e quando a vi com o rosto cheio de cacos de vidro, e um mais especificamente no supercílio, e um aluno atendendo (entrelinhas)... Aquele menino virava aquela pinça e o caco virava e ele não conseguia tirar o caco do seu olho e eu pensava “meu Deus” (respirando fundo). Mas na hora me deu um start tão grande, quando pensei: eu aprendi aonde mesmo? Não foi na boca de alguém? Porque este aluno não podia aprender na minha filha? Isto teve um significado tão grande, que eu fiquei quieta, porque ele tinha que aprender em alguém, mesmo que este alguém fosse minha filha.

A primeira sensação é esta coisa preconceituosa de ser atendido por um aluno. Profissionais também erram, não é só aluno. Isto pra mim foi muito significativo naquela época. Alguém tem que ser o objeto de aprendizagem dos alunos, eles precisam aprender. Numa situação de saúde ou não a gente sempre é situação de aprendizagem para alguém: ou por bons exemplos a seguir ou pelos maus. A gente aprende com todo mundo em todo tempo.

Então isto foi pra mim muito significativo e me fez ficar mais próxima da questão Ensino e Serviço. Olhar pra estes meninos que estão chegando como quem vem buscar alguma coisa, e a gente poder mostrar para eles algo diferente, porque se for pra gente mostrar o que eles já tem dentro de qualquer outro serviço, não teria sentido a gente também ser campo de estágio e nós precisamos mostrar isso para eles. Então para mim, cuidar disso é muito bom.”

Grifos meus. (E 6).

1.2.3- **Terceira Viagem:** o medo de precisar do hospital pela percepção do despreparo do profissional de saúde

“Apesar de estar fazendo Faculdade de Enfermagem (1970), comecei a trabalhar em um hospital em 1969, na idéia de trabalhar como recepcionista, e acabei ‘virando atendente de enfermagem’. Eles estavam precisando muito de pessoas para trabalhar na área e, eu tinha um pouco mais de qualificação e conhecimento – sabia ler e escrever (risos). Então um monte de coisa eu também fazia sem entender o porquê, eram procedimentos, técnicas, e eu aprendia e desenvolvia a habilidade.

Trabalhei durante todo o meu curso, dando plantão e isto desenvolveu em mim um medo grande de precisar do hospital porque eu via que as pessoas eram muito despreparadas. Era contraditório e me assustava (...) mas tinha sempre uma coisa

muito forte em meu papel que era preparar pessoas: preparar gente para fazer vacina, pra fazer investigação de surto, preparar gente para atender gestantes, crianças que eram o foco dos postos de antigamente (programas).

A minha trajetória foi muito forte nesta área e quando atendia era sempre ensinando alguém. E as pessoas, umas aprendiam do jeito que eu ensinava e outras não. E aí eu ficava me questionando e tinha uma inquietação: por que as pessoas não aprendem? Eu achava que eu ensinava bem, e não entendia porque as pessoas não aprendiam.

Em 1987 eu fiz a capacitação pedagógica que muita gente fez, e que mudou muito as pessoas ao contribuir para a reflexão de suas próprias vidas (...) de postura e de olhar para a vida (...) me fez entender que a preocupação que eu sempre tive era do 'como' ensinar e não me preocupava com o fato de 'como' as pessoas aprendem. O cerne disto é a formação, o mundo do trabalho da saúde. (...) Os gestores tem dificuldade em entender isto como uma missão de nossa instituição: produzir saúde pra mim também é preparar gente pra esta produção (...) e os trabalhadores vêem os alunos com certo atrevimento – o que eu acho ótimo, maravilhoso, pois este atrevimento nos pressiona pra fazer diferente, nos desacomoda nos desestabiliza, para fazer diferente (enfático).”

Grifos meus. **(E 13).**

1.2.4- Quarta Viagem: a paixão pelo ensino

“Eu sempre tive isto comigo, eu sempre gostei de ensinar (muita emoção nesta fala). Quando eu fiz a Faculdade, eu fiz a Licenciatura junto com o quarto ano, pois era minha vontade e intenção dar aulas. É uma coisa minha mesmo, que eu sempre tive isto comigo.

Antes de entrar na Prefeitura, eu estava com 2 anos de formado, meu primeiro emprego aqui em Campinas foi à Santa Casa e nós montamos um curso de auxiliar de enfermagem para os profissionais da Santa Casa – os atendentes da época. Então é uma coisa que me dá prazer, estar ensinando. Quando eu entrei na prefeitura calhou de ter o Projeto Larga Escala, época da lei de 1988 (...) Foi um momento muito bom participar desta fase ai (...). Hoje eu continuo na docência, dou aula na PUCC (...) eu dividi os alunos na unidade por área pra eles fazerem o diagnóstico, para desenvolver um projeto de intervenção e as ações educativas (ficaram uma semana fazendo o diagnostico).

Na semana seguinte eu reuni com a coordenadora, uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem para ouvir da equipe qual era a necessidade e qual era a demanda deles e o que eles queriam e precisavam que a gente fizesse (partir de uma necessidade local). Rosana como foi legal, como casou o que os alunos tinham percebido e o que a equipe trouxe. O que os alunos produziram a equipe valorizou. Foi uma troca muito boa (emoção na fala). Por isto que eu falo que se o docente estiver na mesma unidade é importante, forma vínculo (...) dá continuidade”.

Grifos meus. (E 7).

1.2.5- **Quinta Viagem:** as primeiras parcerias com Instituições de Ensino e serviços de saúde em Campinas

“Eu comecei a receber alunos na década de 86 (...) achei uma maravilha total (enfático), inovador, era bárbaro, foi muito legal, apesar de ser algo informal, sem nenhum convênio firmado, não institucionalizado (...) muitos anos depois, que formalizar este estágio (...)

Nesta época eu ainda não tinha algo mais sistematizado pra Universidade: ela ainda me apavorava como acho que apavora e intimida os coordenadores novos hoje (...). Eu tinha medo de

sugerir atividades para os alunos, mas ainda assim a gente conseguia negociar (...)

O pessoal contribuiu enormemente, porque eu também era ávida desta contribuição (...). Os estágios quando são feitos em parceria real mesmo, eles têm esta potencia de atualizar a equipe, contribuindo para qualificar a clinica. (...) Hoje, vejo que a experiência ta riquíssima (...) mas ainda acho que somos amadores demais na construção desta política e deste projeto. Eu acho que temos que ter um preparo para ser campo de estágio (...). Não estou dizendo que temos de criar coisas artificiais, não, temos que preparar a gestão para receber alunos (...). As vezes eu vejo o pessoal desesperado para arrumar um campo de estágio, sai telefonando e perguntando (...). Tenho a impressão que não poderia ser assim. Acho que teria que ser projetos mais construídos, com maior maturidade (...)

O aluno incomoda, como todo ser humano que entra em uma equipe: ele não é só ganho. E muitos alunos, infelizmente têm um menosprezo pela Atenção Básica e até pelo SUS (...). A Universidade não está mudando e nem a Faculdade de Medicina: ela usa o campo de estágio e não muda a prática, a forma de fazer clinica. (...)

Eu queria ver um docente discutir clinica na Atenção Básica, onde aproximadamente 40 % das consultas de adulto saem sem diagnóstico porque tem que sair, porque são problemas de saúde sem diagnóstico. E a Universidade exige que todos os alunos façam um diagnóstico. Faz parte de uma tradição na clínica”.

Grifos meus. (E 17).

1.2.6- Sexta Viagem: o devir docente do trabalhador da saúde

“Eu acho que a gente tem que fazer buscas e trazer alunos, eu sempre achei isto (...). Tive estagiários de Dança, Artes Plásticas, dentre outros. São áreas que tradicionalmente não são da saúde e eu fiz trabalho com artista plástico, que a menina foi pra Alemanha e me retornou depois: ‘vou trabalhar no hospital psiquiátrico na Alemanha com artes plásticas’. Então eu acho que estas coisas são muito significativas e marcantes. Eu me emociono muito quando me lembro disto. (momento de emoção - olhos marejando). (...)

A gente preparar este aluno que virá pra gente trabalhar com a gente amanhã, eu falo para os estagiários: aproveitem bem, o que tiver que perguntar perguntem, porque será um trabalho a menos para mim quando eu recebê-los como trabalhadores do SUS (risos). Então é um investimento que fazemos como gestores. (...)

Alguns questionamentos do tipo: “porque vamos aceitar estagiários que vem aqui para um período curto e logo vão embora?”. Eu respondo: “olha, quantos funcionários começam a trabalhar e fica um período curto e vão embora?”. Claro que tem que cuidar disto com zelo, mas dá pra trabalhar isto com mais tranquilidade, não como impedimento. (...) O funcionário quando resolve se demitir, se demite e vai embora sem grandes explicações. Eu acho que é um alibi que a gente cria para dificultar os estágios. (...)

A Saúde mental mobiliza muito o sentimento dos alunos (...) porque tem uma identificação com histórias parecidas: o aluno começa a chorar porque se lembra do pai, da mãe, etc. (...) temos que aprimorar o professor urgente, para saber lidar com estas situações (manejo). As histórias são muito dramáticas. Teve alunas que falaram: “olha, eu estou vindo por obrigação. Eu não gosto, eu não quero e não vou atuar nesta área”. Daí, depois de uma semana faz a avaliação dizendo: “olha, eu estou impressionada. Eu continuo não querendo atuar nesta área, mas eu mudei meu olhar sobre isto”.

Grifos meus. (E 23).

1.2.7- **Sétima Viagem:** impacto de um estágio de vivência na rede de Campinas

“Vim para Campinas (...) por ter ouvido falar de como funcionava o SUS aqui em Campinas (...) e vim para cá para conhecer tudo o que fosse possível durante o estágio de vivência.”

Vim por uma deficiência em minha formação básica, eu posso falar que não tive um olhar sobre a Atenção Básica no meu curso, e o olhar que tive foi por desejo próprio, por correr atrás, por ouvir alguns nomes como o “Programa de Saúde da Família”, e de buscar algumas referências de colegas, de professores e a partir disto que comecei a buscar e vi que algumas Secretarias de Saúde tinham uma história interessante, e Campinas era uma delas.”

Em minha primeira experiência de vivência (...) consegui visualizar alguns princípios que regem o SUS, o Saúde da Família, os dados epidemiológicos da região, os relatórios de gestão, entendi um pouco mais sobre territorialização, a falta de profissionais, foi meu primeiro contato.

Depois fui para outro centro de saúde (...) onde passei 3 dias, uma experiência bem intensa, estando num centro de saúde maior, com um número elevado de profissionais, maior do que eu estava habituado. Deu para entender nesta Unidade como é que se trabalha em equipe, isto eu senti muito forte aqui, antes de vir trabalhar aqui. Foi ali que consegui ver como um médico, um enfermeiro, um auxiliar, um agente de saúde podem trabalhar juntos em projeto comum: tanto em assuntos específicos quanto para organizações mais gerais da Unidade e o papel da gestão de estar organizando e favorecendo estes espaços e a abertura para receber sugestões, propostas, e críticas que existem no processo”.

Grifos meus. (E 36).

1.2.8- Oitava Viagem: as marcas deixadas pelos encontros

“Parceria pra mim é deixar marcas – encontros, não somente administrativo, porque a lei determina, mas encontros entre sujeitos que se acrescentam que tem tensões, que tem conflitos (...)

O fato dos alunos terem passado comigo, em Campinas fez muita diferença na vida destas pessoas (que eu acompanho até hoje são pessoas que estão em cargo de gestão hoje. Me arrepia – (momento de sensibilização da entrevistada e entrevistadora - lágrimas) são pessoas que hoje militam pelo SUS, (...) não por que estão na lei, e sim por que eu acredito que há muitas profissões no SUS e quero melhorar esse sistema. Eu acho bonito ver a trajetória destas pessoas (...). Acompanho a carreira deles nos locais onde estão, pessoas extremamente engajadas. A maioria dos residentes que estão em cargo de gestão, militam pelo SUS no serviço público, verdadeiramente sanitarista. Isto também é prazeroso pra mim!(...)

(...) se nós gestores não fizermos uma organização mínima para dentro do serviço que garante isto, a gente não consegue receber porque a demanda nos engole, aparecem outras agendas, aquele cotidiano maluco que temos e a gente acaba não colocando na sua agenda como prioritário. Isto tem que ser discutido”.

Grifos meus. (E 24).

1.2.9- Nona Viagem: solidariedade da Instituição de Ensino para momentos de adversidade do sistema de saúde

“Do que me recordo foi uma parceria mesmo (ênfase) (...) este projeto foi construído com parceria Unicamp, Distrito e Centro de Saúde (...). Foi um trabalho com desdobramentos, teve tese de Mestrado. (...) Teve conflitos, um “ajuste de condutas”, um “ajustar os passinhos” do serviço: tinha dias específicos aonde

a Universidade vinha acompanhar o trabalho no campo, sem fazer interferências, era esta a proposta era para acompanhar e vivenciar a pesquisa. Eu acho isto fundamental (...) aproxima da realidade.

(...) Isto aconteceu, os professores foram no território, conheceram estes problemas. (...) A gente passava por um momento transitório de gestão, o Centro de Saúde sem coordenação, o distrito fazendo a mediação da gestão, mas com todo o limite que se impõe. (...) Os docente ficavam no Centro de Saúde, amarrados, a população batendo forte, filas de madrugada, e dentro do trabalho das ACS elas acabavam precisando assumir algumas atividades dentro do CS que as tiravam de cumprir aquela agente especifica do ACS. (...)

Acho que os docentes pensaram: eu estou num espaço que to trazendo uma proposta de pesquisa, o contexto não ta tão favorável e como eu posso ajudar a fertilizar mais o terreno para que o espaço possa ser mais favorável até para o desenvolvimento de minha pesquisa? Não tem como discutir este processo sem discutir os processos de trabalho que por sua vez, requerem a gestão. Uma coisa puxa a outra, tem interligação. Não dá pra falar “o meu pedaço é este” não dá... ta tudo no mesmo bolo!

A gente tem que considerar o perfil individual do docente. Não sei dizer se fosse outro docente, se teria a mesma inserção e o mesmo papel(...). Eu não sei dizer “que papel foi este”, de um docente inserido em uma universidade, que também tem uma história, que se sentiu no dever, “não to fazendo nada alem do meu papel”, acreditando que não era um favor (...) uma possibilidade e necessidade de colaborar com a organização do processo de trabalho (...) então não houve um fechar de olhos “aqui não é meu pedaço”, neste momento de crise, de necessidade (...) ou eu ajudo e apoio, enfrento junto, ou cato minhas coisas e vou para outro espaço”.

Grifos meus. (E 27).

1.3- Justificativas do estudo

Além de ser um tema que desperta interesse em níveis federal, estadual e municipal, também há um compartilhamento dos gestores do Distrito de Saúde Sudoeste em que as experiências de articulação entre Serviços de Saúde e Instituições de Ensino desse Distrito não são conhecidas pelos próprios serviços de saúde realizados pelo mesmo.

Por esta razão, houve um investimento e priorização distrital, na criação e invenção de um espaço entre os gestores do Distrito de Saúde Sudoeste, o qual realize debates, reflexões, compartilhamentos e sistematizações das experiências de parceria com as Instituições de Ensino, servindo de referência para novas parcerias e novas (co) produções de conhecimento.

Também os investimentos interministeriais vinculados às políticas do Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente, Curso de Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior em Saúde, etc) foram realizados pelo município de Campinas como um todo. É um tema que necessita ser problematizado e aprofundado e ter como norteador dos debates o impacto que tais iniciativas têm nos cotidianos dos serviços de saúde

Além disto, a co-produção deste conhecimento constitui-se um aporte importante para o debate sobre as mudanças na formação de trabalhadores de saúde para o SUS, ao trazer a luz à vivência e o olhar dos gestores de saúde para a referida problemática, além dos desvios provocados que apostam no devir docente dos trabalhadores e gestores da saúde.

A experiência aqui relatada poderá contribuir para o fortalecimento das diversas disciplinas como Saúde Coletiva, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, dentre outras, uma vez que todas se articulam com os serviços de saúde realizando um “(des)encontro” que merece ser problematizado, objetivando (re)encontros!

1.4- Objetivos

1.4.1- Geral

Navegar e descrever as viagens referentes à aposta política de integração ensino e serviço da Secretaria de Saúde de Campinas (SP).

1.4.2- Objetivos específicos

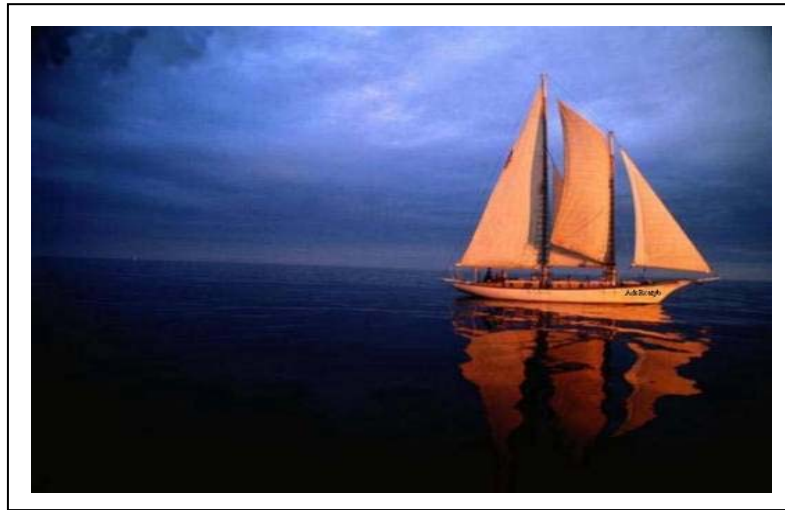
1- Descrever as estratégias utilizadas na composição da agenda de compromissos interinstitucionais, objetivando a articulação e integração entre os serviços de saúde no Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas e as Instituições de Ensino Superior.

2- Identificar e refletir sobre os arranjos e dispositivos disponíveis no SUS/Campinas que contribuem para a formação dos profissionais de saúde;

Indicar caminhos (cartas de navegação) que contribuam para novas viagens rumo a parcerias entre serviços de saúde e Instituições de Ensino potencializando (re)invenções de processos e superação dos conflitos enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 2

PROCESSOS E MOVIMENTOS: minha carta náutica



Fonte: <http://meuzahir.blogs.sapo.pt/5695.html?mode=reply>

“(...) é sabido que uma carta de navegação é um mapa relato, não apenas objetivo, mas também subjetivo, político, etc., que só serve para uma viagem, que expressa a singularidade única e irrepetível dessa viagem, o que não impede que outros viajantes dele se sirvam para construir sua própria trajetória, sempre experimental”. Grifos meus.

(BAREMBLITT, 1998, pag. 59)

2.1- Minha “*carta de navegação*” ...

“*Não é o caminho que importa, e sim o movimento*”

Luis Fuganti (Reflexões)

Ao escrever meu Projeto de Mestrado, escolhi como local de estudo meu solo comum, o Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas, no qual estou inserida desde o ano de 1988, e no qual ocupo a posição circunstancial de gestão de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) desde o final de 1999. A estratégia pensada inicialmente para esta (co) produção era a realização de *oficinas*¹⁷ com os gestores - apoiadores da gestão e coordenadores de serviços de saúde, desse distrito. Meu objetivo durante as oficinas era trabalhar com os (des)encontros existentes durante as parcerias entre Serviços de Saúde e Instituições de Ensino, no Distrito Sudoeste de Campinas.

Meu desafio era fazer um movimento que ousasse ir além das *formas*, explorando o *entre*, o *além*, e o *através* dos textos, na tentativa de cartografar as linhas de força e produção de subjetividades destes (des)encontros. Para tal desafio precisei colocar-me em análise enquanto pesquisadora implicada. Esse movimento não foi fácil para mim, dada imersão que eu vivenciava nessas experiências, muitas vezes me capturando e não me permitindo um olhar ampliado sobre o objeto. Um “*peixe no aquário*”: fui advertida quanto a isso durante o percurso cartográfico.

Dentro dos princípios éticos- políticos os quais defendo e que orientaram meu trabalho, busco explicitar as opções teóricas, metodológicas, e *conceitos-ferramentas*¹⁸ que escolhi para limpar minhas lentes e (co)produzir

¹⁷Segundo TALLEMBERG (2005) o termo oficina tem uma etimologia curiosa. *Oficio* (do latim – *officiu*), “*expressa dever, onde o modo de fazer é introjetado ao dever, compartimento, experiência partilhada*” (p. 23). Kastrup (2008) no traz a idéia de oficina enquanto *dispositivo de produção de subjetividades*”.

¹⁸Segundo BARROS & PASSOS (2000, p. 77) “*um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar*”.

esse conhecimento¹⁹, e que julgo importante resgatar neste momento. Estarei utilizando os conceitos de implicação e instituição trabalhados por Lourau, na Análise Institucional (ALTOÉ, 2004), buscando uma interlocução com Deleuze e Guattari ao trabalharem os conceitos de analisador, rizoma e cartografia. Esse hibridismo teórico-conceitual, característica da produção brasileira, traz o desafio do diálogo com focos de análise ampliados, reconhecendo, no entanto, limites e possibilidades nesta interlocução.

2.2- Iniciando a viagem e explicitando as escolhas...

Minha opção pela cartografia, proposta por Deleuze e Guattari (2002), ocorre devido a uma aproximação dos debates em grupo de estudos, e uma afinidade quanto a esta postura de vida. Pude perceber que esse movimento cartográfico facilitaria o acompanhamento do tema escolhido, bem como de sua produção de subjetividades. Dentro da formatação tradicional acadêmica eu não conseguia expressar os (des)encontros, e tive muita dificuldade inicial em registrar o que experimentei. A cartografia surge para mim, como uma opção de vida, uma escolha que não se limitava a um método histórico e longitudinal, no qual eu teria que registrar cronologicamente os fatos, e sim um método transversal e geográfico²⁰. Isto me deu a leveza de escrever e a tranquilidade de viajar muitas vezes poeticamente sobre temas que se mostravam duros, difíceis de serem registrados dentro de um rigor de escrita tradicionais. Essa perspectiva que é trazida por Deleuze e Guattari autorizou-me na utilização de novas formas de expressão, dentro do mundo acadêmico da área da Saúde. Esta viagem foi muito prazerosa para mim!

¹⁹Compartilhamos das discussões feitas por PACHECO (2008), ao afirmar que as metodologias hegemônicas, tendem a considerar que o campo de pesquisa apresenta “*dados*” - realidades *dadas*, e exige-se do pesquisador a construção de instrumentos de *coleta de dados* o mais eficazes possíveis. Entendendo que, não existem somente os momentos factíveis e objetivos, e que a relação sujeito e objeto é intersubjetiva, como PACHECO optamos por substituir, *coleta de dados* pela idéia de *co-produção*.

²⁰Segundo Kastrup (2008, p. 4) a cartografia é transversal porque desestabiliza os clássicos eixos cartesianos (horizontal e vertical), buscando a captação dos movimentos que constituíram as formas.

“Encontramos um caminho na obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari (...). Lá a cartografia não comparece como um método de pesquisa (...).” KASTRUP, 2008 p. 4.

Diferente de meu percurso, alguns autores tomam a cartografia na perspectiva de um método, como Virgínia Kastrup que descreve “*pistas cartográficas*”, que, segundo a autora, ajudariam na realização da cartografia²¹.

“Trata-se, então, de um método processual, criado em sintonia com o domínio igualmente processual que ele abarca. Neste sentido, o método não fornece um modelo de investigação. Esta se faz através de pistas, estratégias e procedimentos concretos. A pista que nos ocupa é que a cartografia, enquanto método, sempre requer, para funcionar, procedimentos concretos encarnados em dispositivos. Os dispositivos desempenham funções importantes e definidas, como procuraremos argumentar”. (KASTRUP, 2008, p. 1)

Gosto muito da idéia trazida por BAREMBLITT (1998), que aponta a cartografia com uma “*carta de navegação*”, que traz não somente o “*mapa relato*”-objetivo, mas também o subjetivo, político, etc. Segundo o autor, esta “*carta de navegação*” só serve para uma viagem, porque tem singularidades no percurso e no processo, que a torna única para quem a realiza. A partir desta idéia de uma carta náutica, desenvolvi esta dissertação.

²¹Segundo Kastrup (2008) as pistas para a realização da cartografia seriam: cartografar é acompanhar um processo, e não representar um objeto; a cartografia é sempre de um coletivo de forças; cartografia é sempre de um território existencial; cartografia é desenhar o campo problemático habitado pela subjetividade; cartografar exige um dispositivo para operar; a prática da cartografia requer a dissolução do ponto de vista do observador, e a prática da cartografia requer uma atenção concentrada e aberta ao presente.

“(...) só serve para uma viagem, que se espessa a singularidade única e irrepetível dessa viagem, o que não impede que outros viajantes dele se sirvam para construir sua própria trajetória, sempre experimental” (pag. 59)

Se a viagem é singular, é importante que o aprendiz de cartógrafo, como eu, construa estes processos e movimentos de forma a potencializar novas descobertas por outros navegadores. AMARAL (1999) refere que é uma tarefa do cartógrafo “*dar língua aos afetos que pedem passagem*”²²(p. 6 e 7), buscando trazer esses movimentos e processos. Imagino que seja esse tenha sido meu grande desafio.

O tensionamento e o desvelamento dos territórios existentes, os bloqueios, impasses e pontos de estruturação e a busca por um movimento de desterritorialização e reterritorialização²³ foram movimentos que me impulsionaram a este registro. Esse desafio, já é uma intervenção em mim mesma, no sentido que me (re)inventa, me co-produz em ato.

Não tenho a intenção de listar e descrever problemas e dificuldades, mas de realizar uma viagem que convide outras pessoas a me acompanhar, possibilitando sentir as dificuldades e facilidades ao remar o barquinho, os momentos de avanço na viagem e os momentos de turbulência que causam medo e insegurança, e que muitas vezes, nos leva a parar e até mesmo retroceder um pouco. A cartografia me auxilia não enquanto método, mas enquanto postura de vida que me exercita pensar as relações não na perspectiva binária e dicotômica, mas das interconexões (rizomas), sem um início

²²Segundo a autora, a expressão ‘*dar língua*’ significa criar modos de linguagem para que as experiências e os vários tipos de afetos ganhem visibilidade.

²³Segundo BARROS (2007), a desterritorialização é a operação na qual um território se desmancha. A autora entende o território como constituído de linhas, objetos incorporais, fluxos, e que ao encontrar-se com outros fluxos heterogêneos, causa grande pressão (“quanta”), e uma mudança de um estado intensivo para outro – desterritorialização. Já a reterritorialização, segundo a autora, é quando um território empresta seu código, modos de funcionamento a outro território, organizando-o e definindo-o. (p. 209).

e um fim, mas sempre pelo meio.

2.3- Remando... os implicados

A posição circunstancial de gestão de um serviço de saúde e o transitar pelo devir docente da gestão colocam-me em um lugar conflituoso, onde algumas fidelidades institucionais são cobradas. Tive de enfrentar essa e outras questões, e tive receio de não dar conta disto! Tive de pedir ajuda na música, no poema, em outras formas de expressão...

“A implicação não é uma questão de vontade, de decisão consciente. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar, e do que lhe é designado ocupar, com os riscos que isto implica.”
(PASSOS & BARROS, 2000, p. 73).

Optei pelo tema das parcerias entre serviços de saúde e instituições de ensino no Distrito Sudoeste de Campinas, ousando tomar essas relações e minha implicação como objeto e campo de estudo e análise em um movimento de co-produção de conhecimento. Por esta razão, aproximei-me do conceito de *implicação*, apesar de reconhecer seu caráter complexo (ARDOINO & LOURAU, 2003) e os vários níveis de abordagem²⁴ que recebe (BARBIER, 2002). O que gostaria de reforçar neste trabalho, é a importância da análise destas implicações (pertencimentos), pois segundo BARROS & PASSOS (2000), *implicado sempre se está em todos momentos da vida*. Por essa razão, o lugar de onde pretendo falar é, antes de tudo, um lugar em constante análise: análise do sistema de poder, regimes de verdade, lugares da implicação, dentre outros.

²⁴Barbier distingue três abordagens do conceito de implicação: 'nível psicoafetivo', ou seja, o plano da personalidade do pesquisador; o 'nível histórico-existencial' que refere ser a: conseqüência do primeiro e, que leva em conta o 'ethos' e o 'habitus' da nossa classe social de origem e, o 'nível estrutural-profissional' que é análise do campo das relações de produção e do sistema de crenças e valores que lhe dão coerência interna.

“(...) especialmente, da análise das implicações. Não mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos, que se revezam.” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 74).

O conceito de implicação surge do questionamento sobre a neutralidade exigida pelos cânones científicos, que orientava até então a relação sujeito/objeto. René de Lourau, para falar do envolvimento do pesquisador com seu trabalho, desenvolve o conceito de implicação, onde a intervenção do pesquisador modifica o objeto, transformando-o (LOURAU, 2004a). Apesar de não ser meu objetivo resgatar o pensamento científico até a reformulação do conceito de implicação, julgo necessário reforçar que a preocupação com a participação ativa das pessoas implicadas com uma pesquisa, e a interferência que isto causa no processo como um todo, é uma preocupação de vários pesquisadores.

Gostaria de citar alguns autores como Malinowski, na Antropologia, com a proposta da observação participante, e Kurt Lewin, no campo da Psicologia com a Pesquisa-Ação²⁵, que trouxeram contribuições indiretas ao conceito de implicação. Lourau (1981, p. 24) chamou de implicação,

“ao conjunto de relações que o intelectual recusa, conscientemente ou não, de analisar na sua prática, quer se trate de relações com seus objetos de estudo, com a instituição cultural, com seu meio familiar, bem como a outras dimensões, como o dinheiro, o poder, a libido, e em geral com a sociedade da qual ele faz parte”.

²⁵A Pesquisa Ação tem sua origem nos trabalhos de Kurt e Lewin (1946), no contexto Pós-Guerra, dentro de uma abordagem de pesquisa experimental e de campo. Esta pesquisa demanda o engajamento pessoal dos pesquisadores, daí sua contribuição para o conceito de 'implicação'. Outros autores como BARBIER (1985 e 2002) e THIOLENT (2000) trabalharam com o conceito de Pesquisa Ação.

Reforço ainda a importância de entendermos, que as concepções conservadoras que são cientificamente hegemônicas e que lidavam com a dicotomia teoria/prática e sujeito/objeto, buscando uma suposta neutralidade do pesquisador, foram e continuam sendo questionadas, o que nos possibilita ousar uma fala implicada e colocada em análise.

Com o passar do tempo, o conceito de implicação gerou inúmeros mal entendidos e modismos, sendo utilizado como sinônimo de engajamento, além de conter uma excessiva pessoalidade ligada às histórias de vida particulares. Lourau retoma estes mal entendidos, trazendo os conceitos de *desimplicação e sobreimplicação*. A *sobreimplicação* foi um termo criado por Lourau, para designar o processo de implicação que ocorre quando o implicar-se significa um dever, uma obrigação, levada ao extremo, ou seja, a exigência de um sobretrabalho na empresa, ou em qualquer outra situação de trabalho. (LOURAU, 2004,b,c). É o tipo de comprometimento no qual o investimento é excessivo impedindo qualquer análise das implicações.

A *desimplicação* por sua vez é o desinteresse, o (des)compromisso com aquilo que se faz. É necessário estar atento para analisar esta desimplicação, pois não participar ou não aderir a alguns processos em uma organização pode ser uma forma de implicar-se às formas antigas, pelas mais diferentes razões, mantendo o *status quo*.

Em meu objeto de estudo, especificamente, ao falar de análise de implicações, faz-se necessário situar as instituições que atravessam a *educação e a saúde* enquanto campos de conhecimentos, saberes e práticas. Nos serviços de saúde – Centros de Saúde, hospitais, ambulatorios e outros, temos instituídos protocolos, saberes construídos e hegemônicos, já reconhecidos como *verdades*, e que de tempos em tempos se atualizam, e passam por questionamentos e processos desterritorializantes. Nas instituições de ensino – Universidades, Faculdades, por sua vez, além dos saberes estruturados e validados

academicamente, temos as clássicas áreas de saber (disciplinas, cursos, etc).

As relações entre as instituições de ensino e serviços de saúde são hegemonicamente marcadas por uma racionalidade dicotomizada e fragmentada – lógica arbórea, como metaforizou Deleuze - e muitas vezes utilitarista e/ou descompromissada. Os clássicos dualismos "*teoria X prática*" e "*saber especialista X saber generalista*" são alguns dos exemplos destas tradicionais polaridades, que comprometem relações mais orgânicas e parceiras. Como ousar além destas dicotomias e dualismos? Como pensar o encontro entre estas instituições de ensino e serviços de saúde como potentes para gerar produção de conhecimento e práticas reconhecidas socialmente? Um desafio sem dúvida.

A importância de problematizar as instituições que atravessam tais relações, aproximou-me do conceito de *instituição*. Este conceito, é considerado por SAVOYE (2007) como "*conceito pivô*" para a Análise Institucional (AI)²⁶. MOURA (2003) refere que ao falar de instituição, falamos de um terreno *pantanosos*. O autor traz contribuições quanto às diferenças do conceito estabelecimento – entidade regulada por leis e disposição do Estado, e da instituição²⁷.

A partir de Castoriadis (1982), que discute que toda instituição social é resultado de um movimento dialético entre instituinte/instituído, e de Hegel que traz o movimento dialético abordado na Fenomenologia do Espírito reconhecendo a afirmação/negação e a negação da negação, Lourau reformula o conceito de instituição, no contexto da Análise Institucional, reconhecendo três momentos de decomposição da instituição.

Lourau (2004d) afirma que o "*instituído*" seria o que está estabelecido, as normas, saberes e práticas – a universalidade e o "*instituinte*" seria o

²⁶A Análise Institucional (AI) é um movimento que teve origem na França a partir da década de 40/50 baseando-se na Pedagogia Institucional, a Psicoterapia Institucional e a Psicossociologia. A Análise Institucional teve como principais autores: René Lourau e George Lapassade, e Gilles Deleuze e Félix Guattari. No Brasil a Análise Institucional surge na década de 70.

²⁷Segundo MOURA (2003, p. 31) o estabelecimento "(...)" é uma entidade criada para tentar dar conta de encomendas sociais, encomenda estas que esperam que façamos desaparecer o horror do vazio, do incongruente (...).

acontecimento que negaria o momento anterior: a particularidade. A inovação do resgate conceitual proposto por Lourau está na articulação que propõe entre as transformações dos fenômenos que acontecem no sentido de conservar aspectos de um e de outro momento (instituído e instituinte). Lourau traz o momento de singularidade, ou seja, de síntese entre os movimentos anteriores, que tensiona a prática dos sujeitos. É a partir desses conceitos que estarei analisando as instituições e os atravessamentos a essas instituições com as quais irei trabalhar²⁸.

Por “Instituinte” entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação, e em geral, a prática política como “significante” da prática social. No “instituído” colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica social e política). (LOURAU, 2004d, p.47).

Lourau reconheceu a crise vivenciada pelo conceito instituição, dada a confusão em torno de sua conceituação, e afirmou que nem sempre é possível definir instituição, havendo necessidade de explicitar qual o momento que está sendo privilegiado. Seu caráter *polissêmico* - conceito que comporta mais de um sentido, *equivocado* - confusão que existe ao designar às vezes o instituído e outras vezes o instituinte, e *problemático* - dificuldade em se ter uma instituição que se mostre claramente ao observador e analista, foi problematizado por LOURAU, (1975, 1996).

²⁸Em sua obra escrita em 1993, Lourau traz o debate sobre os diferentes momentos nos quais a instituição pode ser decomposta da seguinte forma: o instituído seria o que se impõe como verdade não produzida (idéia da Universalidade), não tendo, em Hegel, necessidade de homens para existir. O instituinte seria o momento hegeliano da particularidade, ou seja, de reconhecimento da existência humana (vindo negar e sendo partícula que se diferencia de si e do todo) – a positividade da universalidade. Segundo Lourau, esta é a primeira negação (negação simples) ou seja, uma relação que se obstaculariza a essência da universalidade não se opondo simplesmente (isso X aquilo) e sim, particular NEGA o universal. O terceiro momento – institucionalização, seria o momento de conexão entre os dois primeiros (segundo Hegel a síntese), sendo um produto transformado dessa (e por aquela) primeira contradição, ou seja, o particular e o universal ‘reagrupados’ criando as formas sociais (p. 90-91)

“Hoje em dia já não é possível conceber as instituições como um estrato, uma instância ou um nível de uma formação social determinada. Pelo contrário é necessário definir instituição como um cruzamento de instâncias (econômicas, políticas, ideológicas e desejantes) e afirmar além do mais, empregando a linguagem da análise institucional: se é certo que toda instituição é atravessada por todos os níveis de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela transversalidade” (LOURAU, 2004e, p. 76)

A complexidade da compreensão do conceito instituição leva a usos equivocados, meramente descritivos ou designativos de coisas passíveis de serem vistas e concretas. Lourau chama a atenção para a necessidade que alguns pesquisadores têm de chamar constantemente o objeto de estudo de “*instituição*”, e que podemos trabalhar com elementos da instituição sem necessariamente falar sobre a instituição em si.

Segundo Lourau, é necessário ter o cuidado com o uso equivocado desta conceituação, afirmando que este conceito foi produzido “POR E PARA” análises coletivas (1993, p. 61), sendo um artifício e um modelo teórico que ajuda a compreender, segundo o autor, o que se passa na família, na escola, em casa, na fábrica, na cidade, etc.

*“(…) é possível fazer a análise institucional (...) sem nos preocupar, o tempo todo, com o uso da palavra INSTITUIÇÃO (...) não é o fato de dizermos **instituição, instituição, instituição...** que nos faz produzir, ou não, uma análise institucional. Podemos fazê-la, sem jamais usar o termo instituição.”* Grifos do autor. (LOURAU, 1993, p. 61-62; 111).

Nesse paradoxo conceitual trazido por Lourau, o instituído não é oposto do instituinte, ou seja, não existe uma relação dicotômica ou hierarquizada entre esses conceitos e sim, uma relação de co-produção.

“Não existe, face a face, dois guerreiros, o instituído e o instituinte, parados, prontos a atacar. Tudo é movimento.”
(LOURAU, 1993, p.90).

Há necessidade de não se ater a uma polarização ingênua que nos leva a pensar que o instituinte é melhor que o instituído ou vice-versa. O SUS, por exemplo, é uma materialização (institucionalização) de um movimento instituído/instituinte abarcado pela Reforma Sanitária, e que mantém em seu bojo atual, a tensão instituída/instituinte de um projeto de sociedade não competitiva, justa e igualitária, ou seja, contra-hegemônica a atual sociedade neoliberal. MERHY (2003), reforça que o Sus é um *“campo de luta”*, afirmando que o Sistema Único de Saúde, antes de se efetivar como uma política pública, é um *“(...) campo de disputa, e quem não perceber isso, perde terreno para o outro que também disputa a direção desse território”* (p. 5)

As parcerias entre as instituições de ensino os serviços de saúde trazem à luz o processo de constituição de uma realidade produzida por lutas transversais, ou seja, nos diversos espaços de vida, não localizada especificamente em um ponto e sim, no processo. A criação de uma política específica para a Integração Ensino-Serviço em Campinas (PIES) revela interesses e necessidades sociais presentes frente a uma tensão por uma aproximação e articulação entre a instituição de ensino superior – Universidade e a instituição de saúde (centros de saúde, hospitais, laboratórios, centros de atenção psicossocial, ambulatórios, dentre outros).

Os saberes e práticas construídas nestas instituições específicas são atravessados por saberes de outras instituições como a Saúde Coletiva (L'ABBATE, 2003), Reforma Sanitária, a Medicina, a Enfermagem, a Clínica, a Reforma Curricular, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), etc. As práticas instituintes/ instituídas nestas instituições, ao serem desveladas e colocadas em análise, contribuem para um questionamento do que está dado, e para a busca de novos territórios.

2.4- Navegando... perdendo-me e voltando

Para mim, falar do lugar do serviço de saúde, estando momentaneamente vinculada à Pós Graduação, provocou alguns conflitos, causando-me algumas dificuldades ao escrever sobre as tensões. Muitas vezes senti-me *cobrada* institucionalmente por ser aluna da Pós e pertencer a um território acadêmico, e outras vezes por estar circunstancialmente na função de gestão do sistema de saúde. Foi difícil viver essa relação do “*entre*”, que me responsabilizava implicitamente de certas *fidelidades institucionais*.

“A teoria da implicação conserva aspectos negativos, agressivos, voyeuristas (mexe na merda!) ou exibicionistas (accounts íntimos, ou muito íntimos, na técnica diarística, trate-se do diário de campo, do diário de pesquisa ou do diário institucional). Existe também o risco de delação. Enunciar não é denunciar, salvo quando nos desimplicamos, quando nos abstraímos da situação, assumindo uma postura objetivista clássica. Os limites da enunciação coletiva são conhecidos. O segredo existe como condição – imaginária ou real – de sobrevivência”. (LOURAU: 2004f, p.239- 40)

Na tentativa de analisar estas fidelidades institucionais²⁹, utilizei-me do conceito- ferramenta “*analisador*”. Segundo LOURAU, o analisador seria “*aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar*” (1995, p. 284), revelando contradições de um momento específico, e permitindo, a partir da decomposição do que estava naturalizado como verdade, fazer o desvelamento desta realidade. Segundo LOURAU (2004e, p. 68), toda instituição tem uma “*face oculta*” e esses analisadores ajudariam a revelar e analisar o *não dito*.

Esse conceito foi formulado por Guattari no contexto da Psicoterapia Institucional, quando trabalhou na Clínica La Borde na França desde sua fundação em 1953, em meio às mudanças psiquiátricas que se apresentavam. Neste trabalho utilizei-me de dispositivos³⁰ como oficinas, entrevistas, diários e da observação participante, que permitiram sentir os analisadores existentes na relação entre instituição de saúde e instituição de ensino.

Ao realizar as oficinas e entrevistas, observei que surgiram situações conflituosas, temas quentes, que traziam à luz alguns problemas que não estavam revelados nem para o grupo e nem para mim mesma. Não se tratou de segredos institucionais, e sim, problemas muitas vezes inconscientes, ainda não colocados em análise. Eram acontecimentos que agitavam, permitindo surgir com maior intensidade uma análise das instituições presentes, das implicações, e que segundo Lourau (1993, p. 35), seriam responsáveis por fazer aparecer em “*(...) um só golpe, a instituição invisível*”. Lourau advertiu sobre a importância de estar atento quanto ao manejo dessa técnica para não se cair na armadilha de uma

²⁹O diário de momentos que construí durante a co-produção das informações junto ao Distrito de Saúde Sudoeste, foi um dispositivo interessante de registro de algumas situações e temas, muitas vezes nas entrelinhas e outras vezes mais explícitos. Segundo Lourau (1993) este diário de momentos contém as informações que são faladas apenas nos corredores, nos cafés, ou na intimidade e são falas institucionais que não podem ser ouvidas de forma “pública” (p. 51 -52)

³⁰Segundo FOUCAULT (1979), o dispositivo seria um “*(...) conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos*” (p.244). Para BAREMBLITT (1992), o dispositivo seria “*... uma montagem ou artifício produtor de inovação que gera acontecimento atualiza virtualidades (...) inventa uma nova radicalidade*” (p. 151).

“*acusação revanchista*”, “*denúncias impotentes*” e até mesmo as “*alianças espúrias e irrefletidas*”: “ (...) *deve enunciar ‘coisas’ e não denunciar outrem*”.

Percebi que estes temas quentes, eram bons analisadores, ou seja, se trabalhados enquanto acontecimentos com potencial de produzir rupturas, e decompor e catalisar fluxos, revelariam o que estaria escondido e desorganizando, dando sentido diferente aos fatos e conhecimentos. Foram exemplos de temas quentes durante as oficinas: alunos como mão de obra barata e substitutiva no serviço de saúde; atribuição do trabalhador da saúde em ser formador e a responsabilidade legal dada ao SUS em ser ordenador da formação de recursos humanos em saúde; o currículo oculto trazido pela instituição de ensino na Atenção Básica; o SUS legal e o SUS real que até mesmo o docente não conhece; participação do SUS na seleção de conteúdos que garantam competências para o modelo de saúde; dentre outros.

“Mas, se não existe crise, como fazer uma análise institucional? Então, dê um jeito para que ela ecloda.” (LOURAU, 2004g, p. 125)

Não me prenderei à distinção entre analisadores naturais e construídos, mas à descoberta desses analisadores como dispositivos utilizados para fazer o grupo de gestores “falar”. A estratégia metodológica escolhida foi a de trabalhar com *situações problemas*³¹, construídas a partir de minhas vivências de parcerias com as instituições de ensino. Deleuze afirma que há situações nas quais a instituição não fala e não se mostra e há necessidade de dispositivos que facilitem este desvelamento.

A proposta de trabalhar com as situações problemas em pequenos grupos durante as oficinas foi pensada enquanto dispositivo que potencializaria a participação dos sujeitos, funcionando como disparadoras de debate e reflexão e

³¹ Analisadores construídos

produtoras de analisadores. O analisador é um conceito-ferramenta central para a Pesquisa Intervenção³², que tem como um dos princípios básicos a participação dos sujeitos implicados e a busca por uma transversalidade. Não fui contratada como analista institucional, e nem tive uma encomenda formal da instituição para analisar o tema que apresento. No entanto, tive vários pedidos informais dos colegas coordenadores e apoiadores da gestão, mais especificamente no Distrito Sudoeste, para falar sobre algumas questões específicas que incomodavam o grupo.

O tema “*ensino e serviço*” e, especificamente, os (des)encontros existentes durante as parcerias entre os serviços de saúde e instituições de ensino são de especial interesse no Distrito Sudoeste, fazendo parte da lista de prioridades na gestão. Talvez por isso tenham existido momentos nos quais o grupo elegeu-me e delegou-me a função de porta-voz de algumas falas:

“Você coloca isto... Escreve, hein Rosana? Depois vou cobrar (...). É tanta coisa, o que você vai disparar, é muito mais do que resgatar história(...). Não sei como você está pensando a Oficina, mas a gente precisa falar sobre isto, chamar mais gente para roda e discutir isto, avaliar o serviço que recebe nosso órgão instituído que é referência para o ‘ensino e serviço, e a própria dinâmica de valorização de nosso trabalho’. Grifos meus. (E 24).

Para compreender melhor a dinâmica das oficinas, recorro ao conceito-ferramenta da *transversalidade* elaborado por Guattari, pensado no sentido de superar a polaridade existente entre grupo sujeito e grupo sujeito. Como grupo sujeito seria aquele que se orienta a partir da heteronomia, ou seja,

³²Segundo ROCHA & AGUIAR (2003), a **pesquisa-intervenção** consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico. Muitos autores têm se debruçado neste estudo com diferentes tipos de abordagem.

se submete a uma orientação ‘*externa, de fora*’, e o grupo sujeito por sua vez, seria aquele que se orientaria pela autonomia que é construída a partir “*de dentro*”. Buscando a superação entre estas duas polaridades nas quais Guattari transita, o autor nos propõe o conceito de transversalidade. A idéia da transversalidade vem de encontro à superação do impasse entre o eixo vertical - hierarquia fechada e da rigidez de papéis descritas num organograma objetivo, um sistema de pirâmide – e no eixo horizontal - vinculações feitas entre “*iguais*” da mesma categoria funcional, ou seja, idéia de corporativismo.

O aprofundamento desta racionalidade será desenvolvido durante as análises, de acordo com as situações específicas as quais a (re) visita ao conceito for necessária. A micropolítica do trabalho em saúde e do trabalho educativo requer uma aproximação com o conceito de transversalidade ao exigir uma mistura entre os saberes e práticas constituídas e a busca de novos processos de subjetivação. Segundo CECCIM (2005), o interesse da micropolítica é a vitória das forças que afirmam a vida, bem como a “*(...) dissolução das identidades (processo de subjetivação capturado pelo instituído) e a reconfiguração das formas e figuras do ser*”. (p. 176).

A opção pelo registro cartográfico me pareceu adequado para uma co-produção que não se prendesse a um início e a um fim, antes valorizasse as *redes de interconexões*. Por esse motivo, fiz uma interlocução com Deleuze e Guattari, ao me reportar ao conceito-ferramenta *rizoma*.

“Uma rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo... A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção ‘e. e. e.’. Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser” (DELEUZE & GUATTARI, 2002, p.37).

O conceito de rizoma, formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, diferencia a estrutura horizontal rizomática da verticalidade arbórea pelo descentramento da primeira e lógica binária e dicotômica da segunda. Segundo BAREMBLITT (1998) o rizoma seria:

“(...) um vegetal do tipo tubérculo, que cresce subterrâneo, mas muito próximo a superfície (...) se compõe essencialmente de uma raiz. Esta raiz é estranhíssima (...) difícil de saber quais são seus limites externos: quer dizer, não há separação entre uma ‘planta’ que constitui essa rede e a outra, que também a integra (...) não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior, circula em toda e qualquer direção” (p. 58)

Para BARROS (2007), *“no sistema arborescente, um se torna sempre dois e mesmo quando se desdobra em três ou quatro, é por derivação do um” (p. 206)*, dando uma idéia de unidade principal e de referência.

Ao tentar desenhar as linhas de forças e produção de subjetividades referentes à Política de Ensino e Serviço de Campinas, percebi que a conexão entre as idéias centrais muitas vezes, parecia desfocada e com digressões. Senti essa dificuldade enquanto entrevistava as pessoas, pois outras interconexões entre outros sujeitos, espaços e acontecimentos eram necessários para que o relato acontecesse de forma completa. Isto me levou a fazer alguns cortes na sequência das falas, das datas, das épocas, não me permitindo uma linearidade na história contada. Os movimentos tencionavam e pediam uma nova forma de registro: registro dos afetos, das emoções, das intensidades... Os próprios entrevistados reconheceram isto, e apesar do esforço de alguns ao anotar datas para facilitar o relato das experiências históricas, muitas vezes se perdiam em digressões.

“Ai, Rô... já to voltando lá no começo de novo e misturando tudo. Depois você tem a tarefa de juntar tudo isto de forma seqüencial (risos!).” (E 10)

O objetivo central era dar voz às interconexões, às redes e aos movimentos produzidos durante a escuta cartográfica tanto das oficinas quanto das entrevistas. Tive que exercitar essa escuta mais apurada, ousando vazar o enunciado das coisas, dos discursos, do dito nas memórias institucionais. Abrir os “poros” para uma percepção do que existia além desses estratos, sentir os acontecimentos, o ondular das águas e sua singularidade... Foi um movimento de aprendizado para mim.

Em meio a esta escuta cartográfica percebi uma história – “*A História*” - contada pelos entrevistados, que ora tinha uma linearidade, ora se perdia em digressões, voltava... Rimos algumas vezes destes movimentos.

“... estrutura arbórea “(...) consiste em decalcar algo que se dá já feito, a partir de uma estrutura que sobrecodifica ou de um eixo que suporta (...) o mapa não reproduz um inconsciente fechado sobre si mesmo, ele o constrói... (DELEUZE, 2002, p. 21-2)

A idéia de rizoma, proposta por Deleuze e Guattari, e que traz em sua formulação a idéia de platôs (linhas de segmentaridade) e região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, tinha tudo a ver com o que eu estava vivendo. O movimento de (co) produção mostrava-se inicialmente caótico, mostrando uma interconexão entre os participantes, mesmo que nunca tendo se conhecido no plano físico. A heterogeneidade dos entrevistados, e dos papéis que cada um desempenhou ou desempenha ainda dentro de sua instituição contribuíram para que este mapa pudesse ser construído a partir de diferentes

lugares (implicações). Apesar disso, reconheço que tratei de uma memória predominantemente instituída, e por isto existem algumas ausências de reflexões neste trabalho.

Por fim, para definir o encontro que busquei na relação *ensino e serviço*, reporte-me ao conceito de *intercessão*, trabalhado por Deleuze e Guattari, enquanto possibilidade de desvio que cria condições para novas criações, sendo que este intercessor pode ser tanto pessoas, acontecimentos, fatos, etc.

“O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas - para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas - mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. E mais ainda quando é visível: Félix Guattari e eu somos intercessores um do outro”
(DELEUZE, 1992: p. 156)

A partir de meus encontros intercessores com pessoas da Universidade, estando nos serviços de saúde de Campinas, interrogo as linhas de força³³ que permitem tais experiências intercessoras nessas relações de parcerias entre serviços de saúde do Distrito Sudoeste de Campinas e instituições de Ensino. Trabalharei essa relação como um encontro *intercessor*, não no sentido

³³Segundo PAULON (2005: 21) que escreve segundo baseado na concepção foucaultiana, “(...) a subjetividade aparece como agenciamento de forças e fluxos do plano do Fora, como uma linha que se inflexiona a partir dessas forças e constitui uma dobra, que, como tal, nunca será uma interioridade fechada sobre si mesma, senão expressão”.

na convergência e complementaridade que possa existir entre os sujeitos, e sim, das divergências que possibilitam desvios e novas interferências.

Na perspectiva da estratégia metodológica que utilizei para fomentar os debates durante a realização das oficinas, quero aqui explicitar o motivo pela escolha da estratégia "*situação-problema*", e do referencial teórico que abarca tal escolha. Tal escolha tem a ver com a experiência que tive no Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, dado pelo Ministério da Saúde, e administrado pela FioCruz no ano de 2005. O curso possibilitou-me a vivência dessa metodologia, além dos relatos de situações da prática de cada especializando.

O esquema do processo ensino-aprendizagem utilizado a partir de uma situação-problema envolve referenciais da Aprendizagem Baseada em Problemas ou ABP, na qual há uma participação ativa do aluno como sujeito da aprendizagem e onde o aluno é estimulado ao raciocínio crítico, a partir de problemas reais ou simulados. Esta proposta pedagógica é também chamada de *Problem Based Learning* (PBL), e surgiu no cenário educacional na Universidade de McMaster (Ontário – Canadá) no final da década de 60, sendo utilizada por algumas Escolas de Medicina, e trazendo os seguintes momentos: identificação do problema, formulação de explicações, elaboração de questões, busca de novas informações, construção de novos significados e avaliação do processo.

O Curso de Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde (FioCruz/MS), do qual participei, também se utilizou de referenciais da Teoria da Aprendizagem Significativa - *Meaningful Learning Theory* (TAS), proposta por David Ausubel, Joseph Novak e Gowin, na qual o processo de ensino é ativo, cooperativo e sem receitas prévias, necessitando ser significativo para o aluno, ao mesmo tempo em que deve haver uma disposição do aluno pelo aprendido.

Particularmente faço modificações e novas aproximações quanto ao formato original da proposta de "*situações-problemas*", utilizando-me também os referenciais advindos da Metodologia da Problematização que se baseia no

Método do Arco proposto por Charlez Maguerez, citado por Bordenave & Pereira (1982) e onde contam cinco etapas: observação da realidade, pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação na realidade. Esses referenciais têm sido utilizados por várias escolas brasileiras, como acontece na Universidade de Londrina, dentre outras.

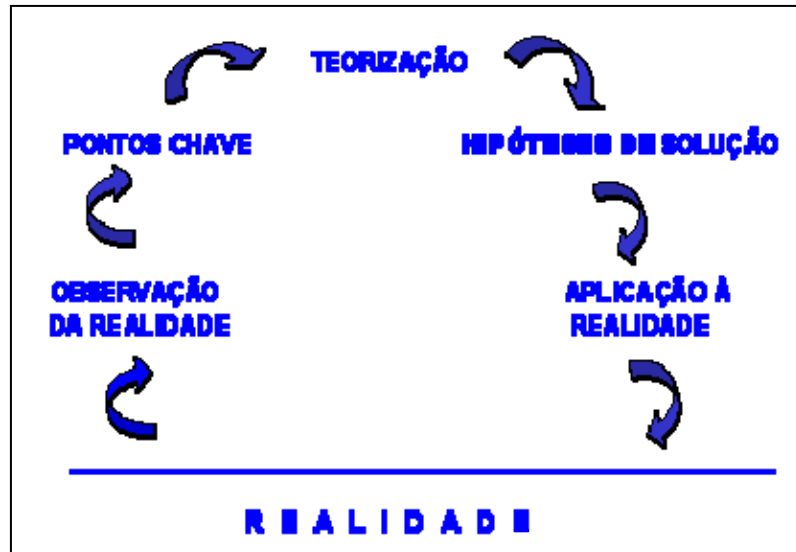


Figura 3- Método do Arco proposto por Charlez Maguerez (Bordenave & Pereira, 1982)

Como vivencio o território o qual pesquiso, sendo sujeito e objeto de pesquisa, e fazendo o movimento de produção e (co) produção, o grupo condutor da primeira oficina me autorizou a criar as "situações-problemas", a partir das minhas vivências durante os anos de percurso na gestão de serviços. Os "nós" apresentados em cada "situação-problema" são reais e experimentados no cotidiano, e pediam desvios e linhas de expansão para dar condições concretas a novos territórios e processos de (re)invenção criativa.

2.5- Compartilhando minha “carta de navegação”

"Não me lembro mais onde foi o começo, foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo. Tudo estava ali, ou devia estar, como no espaço-temporal de um piano aberto, nas teclas simultâneas do piano. Escrevi procurando com muita atenção o que se estava organizando em mim e que só depois da quinta paciente cópia é que passei a perceber. Meu receio era de que, por impaciência com a lentidão que tenho em me compreender, eu estivesse apressando antes da hora um sentido. Tinha a impressão de que, mais tempo eu me desse, e a história diria sem convulsão o que ela precisava dizer. Cada vez mais acho tudo uma questão de paciência, de amor criando paciência, de paciência criando amor". Grifos meus. (LISPECTOR, 1999).

Durante a construção desta carta náutica, fui capturada inicialmente por um movimento no qual eu definia um caminho específico para chegar a um fim pré-estabelecido – idéia da “*hodos meta*”. Durante a viagem, no entanto, alguns acontecimentos produziram rupturas e novas análises e fluxos provocando, assim, desvios na pesquisa. As mudanças produzidas nas estratégias de (co)produção, não me permitiram a restrição a um método ‘*a priori*’³⁴. A complexidade do objeto de estudo, bem como seu dinamismo, tencionou novos movimentos, e a viagem foi se construindo de forma “*ad hoc*” - com este objetivo, indicando pistas e entradas, construindo uma carta náutica e abrindo frentes para outros trabalhos.

Estar sensível aos analisadores naturais existentes - troca constante de apoiadores de ensino e serviço, troca de coordenadores de Unidades de Saúde, crises entre as instituições parceiras, dentre outros - já era um processo de (co)produção. O novo e a surpresa permearam este trabalho, tencionando outros

³⁴A tradução etimológica da palavra Método nos aponta para *meta* (alvo) e *hodos* (caminho), ou seja, um caminho que antecede a meta.

rumos ao barquinho, exigindo novos movimentos. Em meio aos receios e inseguranças de não estar “*metodologicamente correta*”³⁵, deixei que meu barquinho fosse levado, registrando os momentos, os desvios e as turbulências.

Meu “a priori” foi traçado tendo em vista que eu fazia oficinas com o grupo de apoiadores e coordenadores do Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas. Durante o percurso, no entanto, houve uma sugestão dos participantes das oficinas para que eu também realizasse entrevistas com o grupo. Achei interessante a sugestão, e aceitei a construção metodológica que o grupo fazia comigo. Em seguida uma nova sugestão aparece: que eu entrevistasse outros sujeitos que eram referências em Campinas nessa construção da Política de Ensino e Serviço. Novamente aceitei o desafio e acolhi o novo que se apresentava. Ampliei sem dúvida, as conexões referentes ao tema, entrevistando várias pessoas em outros espaços de gestão, tanto na cidade de Campinas, como fora dela³⁶. Essas pessoas muitas vezes não se conheciam todas pessoalmente, mas em dado momento, em espaços concretos ou em virtualidades, tiveram interconexões com a história do Distrito Sudoeste.

Apesar disto, esse pedido dos sujeitos do Distrito Sudoeste para que eu ampliasse as entrevistas para outras pessoas em Campinas causava-me estranhamento. Percebi que estava sendo capturada pela “*A história*”, instituída e enunciada. Furar algumas das histórias e provocar a instituição para falar era meu desafio... Tive muito medo de não conseguir completar essas remadas.

³⁵O rigor metodológico é muito ressaltado na Universidade, que se preocupa com cursos e disciplinas específicas para desenvolver este tema. Este rigor referencia prioritariamente o “*Hodos meta*”, como sendo a base da Metodologia cientificamente aceita. Particularmente sempre me sentir muito “*podada*” nestas disciplinas, visto que minha “*carta náutica*” não se encaixava neste “*Hodos meta*”. Quando muito me encaixei na triangulação de métodos, mas senti limite por estarem dados a priori. Isto sempre me preocupou neste percurso, pois não me sentia “*metodologicamente autorizada*” a seguir os movimentos que eu experimentava com meu barquinho. Acredito que deva haver este investimento, e sei que é papel da Universidade zelar por isto. Acredito, no entanto, que a Universidade deva se abrir mais para os movimentos de (re) criação e reinvenção metodológicas, dar voz e autorização para que os alunos que não se encaixam neste “*Hodos meta*”, permitindo a construção “*Ad hoc*”. Que isto seja uma escolha respeitada e autorizada, academicamente falando. Agradeço pelos orientadores e membros da mesa de Qualificação e Defesa que me permitiram este vôo responsável.

³⁶A cidade de Várzea Paulista (SP) foi por mim visitada para uma das entrevistas. Sentir os movimentos deste espaço específico trouxe novos rizomas, novas frentes, novas entradas, as quais estão em construção neste momento que fui convidada a (co) produzir com esta SMS.

Aceitei o desafio e remei, e em dados momentos me perdi na paixão do navegar, tive de voltar. Os depoimentos mostraram-me o resgate de um engajamento político dos entrevistados, o processo embrionário ao SUS Campinas, trazendo nomes de pessoas que construíram história no cotidiano. Isso me apaixonava!

Não foi pretensão deste trabalho, aprofundar um resgate histórico das relações ensino e serviço em Campinas, visto que não teria tempo hábil para tal desenvolvimento. Deixei, no entanto, pistas para novas investigações para que eu mesma ou outros sujeitos desbravasse novos territórios. Um exemplo muito citado e reforçado pelos entrevistados foi o momento da criação da política específica para o ensino e serviço em Campinas – Política de Integração Ensino e Serviço (PIES)³⁷. A sensibilidade de alguns dos entrevistados em reconhecer que foi “*um nome chique que foi dado*”, importando mais o significado do movimento do que necessariamente o título dado a esta política, chamou minha atenção enquanto pesquisadora e gestora. A rede de sujeitos envolvidos, a história específica de cada um, o momento histórico no qual se encontraram (analizador histórico-social) permearam essa viagem sem a pretensão de aprofundá-la ou esgotá-la. Pistas...

Em linguagem poética: o barquinho estava no mar... Os remos nas mãos... Havia relativa clareza sobre aonde eu queria chegar, porém a trajetória estava em construção. Remos à mão, barquinho balançando... Medo... Insegurança...

A possibilidade de cartografar sem a preocupação de estar “*metodologicamente correta*”, colocando-me inicialmente na janela de Salvador Dali – “Menina na janela” - olhando “*da minha aldeia e vendo quanto se pode ver no Universo*” (Fernando Pessoa, por Alberto Caeiro), foi de uma leveza

³⁷Os sujeitos desta pesquisa referiram que, seria interessante este resgate histórico, pois não havia nada sistematizado sobre o tema e, os relatórios oficiais existentes em Relatórios de Gestão dos anos 2001 a 2008, eram direcionados a dados quantitativos, significativos em termos de inserção de instituições de ensino, mas não trazendo a potência destes movimentos e, as linhas de forças que os produziram, não estava contada ou registrada.

para mim e me (co) produziu no percurso... Incomodar-me com minha postura contemplativa e sentir-me instigada durante os (des)encontros a pensar no “*O que será que será/ Flor da Terra*”, (Chico Buarque e Milton Nascimento), ousando medrosamente sair desta postura e construir uma “*carta de navegação*” (BAREMBLITT, 1998) que contasse a singularidade de meu percurso, realmente mexeu com minha vida.

Em meio aos (des)encontros - “*Tudo certo como dois e dois são cinco*” (Caetano Veloso) e em meio às “*pedras no meio do caminho*” (Carlos Drummond de Andrade), Clarice Lispector me ajudava, não somente no registro escrito, mas nos afetos e emoções que compartilhei ao lê-la. Não “*lembrar mais onde foi o começo, foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo*” (Clarice Lispector, 1999), me afetou. Esse movimento que exigia de mim certa ousadia e competência, eu ainda não havia experimentado. Foi uma das viagens que me foram inéditas. Quero continuar nesses movimentos. Claro que ainda é uma ousadia temerosa, certa “*linguagem sonâmbula*” (LISPECTOR, 1964), mas que pretende romper com processos instituídos academicamente para produção de conhecimento. Se consegui, não sei... Mas tentei e não tive medo de ser “*aprendiz - de - cartógrafa*”.

“Vou criar o que me aconteceu. Só porque viver não é relatável. Viver não é vivível. Terei que criar sobre a vida. E sem mentir. Criar sim, mentir não (...) Precisaréi com esforço traduzir sinais de telégrafos – traduzir o desconhecido para uma língua que desconheço e sem sequer entender para quem valem os sinais. Falarei nessa linguagem sonâmbula que se eu tivesse acordada não seria linguagem”. Grifos meus. (LISPECTOR, 1964).

Tocou-me enquanto pesquisadora ao ouvir e sentir a emoção dos participantes ao contar suas viagens e suas histórias: olhos que brilhavam e lacrimejavam vozes entrecortadas pela emoção...

“Nossa Rô! (emocionado)... não tem palavra que consiga contar isto... Só sentindo”. (E 7).

Mas minha viagem ainda estava no visível e no texto: eu precisava furar aquilo; ir além da história instituída contada por tantas pessoas quase de uma mesma forma. Minha atenção pousava sobre os movimentos, as entrelinhas, os silêncios...

“As metodologias que utilizam o questionário/entrevista como técnicas fidedignas criam a ilusão de que o pensamento de cada um pode ser “agarrado” na coleta de dados. A expectativa é de objetividade e organização dos problemas. A crença é a de que se melhor apreende a realidade quanto mais versões se acumulem sobre ela. Tais pressupostos mantêm de todo modo, o objeto como algo a ser apreendido, apreensão garantida pela estrutura a priori do fenômeno que se quer conhecer.”
(BARROS & PASSOS, 2000, p. 73)

Os depoimentos que contaram acerca da crescente inserção de alunos na rede de saúde de Campinas, e da informalidade dos estágios existentes, ao mesmo tempo em que contava uma história instituída, fazia movimentos de interconexões com outros momentos e outros sujeitos nesse rizoma que se apresentava. A aproximação dos trabalhadores/ gestores municipais e estaduais, em torno do objetivo comum – a formação de auxiliares de enfermagem através do Projeto Larga Escala (PLE) em 1988 - pareceu-me interessante devido à singularidade da história do devir docente do trabalhador de saúde de Campinas.

2.6- O momento de análise de minhas implicações: o susto que levei!

Outro momento que me afetou foi o momento no qual minhas implicações com o tema de pesquisa, foram colocadas em análise. Imaginei que este momento aconteceria, mas não achei que seria um momento tão difícil pra mim. Foi um exercício de abrir-me para um novo regime de sensibilidade que me permitisse polir as lentes que utilizaria para melhor ver meu objeto de pesquisa – processo de desterritorialização. Tarefa difícil e desestabilizadora que contou com a ajuda dos sujeitos desta pesquisa. Essa análise de implicação aconteceu de forma inesperada, em meio a uma reunião com o grupo gestor da primeira oficina, no momento no qual eu partia de um pressuposto - meu “*a priori*”, aprendido na gestão: todos os serviços de saúde do SUS são espaços de formação. Nesse momento de paixão, fui advertida por uma apoiadora do distrito que me falou:

"(...) menos, Rosana. Seu copo está sempre muito cheio e transbordando. A tua vivência de parceria com ensino e serviço, não é a vivência de nossos profissionais de uma maneira geral. (risos). Você sabia que tem gente que não gosta de trabalhar com alunos? Que não suporta este diálogo com universidades, escolas e que, se puderem, passam a responsabilidade para outro profissional? Pensa nisto durante a tua dissertação". Grifos meus. (E 3).

Senti-me como se *quebrada ao meio*, algo do tipo *sem chão*. Essa fala causou-me um estranhamento, muito mais pelo fato da pessoa que a trouxe: alguém que esteve comigo enquanto profissional no Centro de Saúde no qual eu fui gestora local, e uma pessoa muito atuante, e desejosa em fazer tais parcerias. Como “*tem gente que não gosta de trabalhar com alunos e de lidar com parcerias?*”. Não conseguia aceitar isto, visto que é uma determinação

constitucional³⁸ além de ser diretriz básica no município de Campinas (PIES). O grupo gestor da Oficina entendia que uma das primeiras ofertas a serem feitas nas oficinas, seria de uma sensibilização frente ao tema...

O grupo condutor da primeira oficina reforçou a fala da apoiadora, e ouvir do grupo que as parcerias dos serviços de saúde do Distrito Sudoeste com as instituições de ensino, tinham real contribuição para o Distrito de Saúde Sudoeste, porém traziam alguns “nós”, que precisavam ser explicitados e problematizados antes de se afirmar que todos os serviços de saúde eram espaços de formação. Isso balançou sobremaneira meu barquinho, sendo para mim, um susto e uma decepção simultaneamente. Eu vivia momentos intensos de inserção acadêmica e parcerias e ouvir isto me fez até pensar em recuar no estudo, endurecendo frente à tensão que chegava, e pensando: “*sobre isto eu não quero escrever*”.

Trabalhar tais “nós” de forma a tentar liberar as linhas que pediam expansão (ROLNIK, 2006) era o meu desafio. Era minha aproximação aos (des)encontros e às linhas de força e produção de subjetividades que os compunham. Fiquei preocupada, pois não imaginava inicialmente uma forma de desenvolver o projeto, e abordar questões tão *nevrálgicas e friáveis*.

A partir daí pude rever o território de onde eu falava sobre o tema, e meus próprios enunciados, e me permitir desterritorializar e reterritorializar. Não foi algo fácil, nem pontual, mas foi se desenvolvendo durante o percurso de entrevistas, oficinas e outros acontecimentos. A (co) produção que o grupo me permitiu, nesse momento de análise de minha implicação, foi uma primeira intervenção vivenciada durante o processo. Percebi-me sobreimplicada, engajada ao extremo com os assuntos relacionados a o que o grupo chamava de *ensino e serviço*, o que me limitaria na análise que eu gostaria de fazer do processo. Ouvir do grupo condutor da segunda oficina com gestores que “*o tempo do grupo como um todo não era o tempo da pesquisadora*” realmente foi a

³⁸Constituição Federal (1988), artigo 200, inciso III.

primeira pista que tive para repensar minha inserção no debate, e pedir ajuda a terceiros para analisar em conjunto o objeto em questão.

O momento chamado por Rolnik (2006) de *"forças que pedem expansão"*, ou, em outros termos, o que nos força a pensar, foi a tradução do que vivenciei durante as oficinas:

"(...) essa não é nossa experiência, Rosana... pelo menos não é a experiência geral do grupo. Só casos mais particulares como o seu pode ser que tenha uma vivência diferente".

(I Oficina de gestores, 2007).

Nesse processo, (re) visitei os registros e anotações realizados em meu Diário de Campo, desde o ano de 2002, contendo as falas que me chamavam a atenção e minhas impressões. Resgatei esses diários, que na época eram realizados com o objetivo de registrar momentos que me tocaram e me afetaram dos bons encontros que vivenciei com alunos, docentes, reuniões com a rede tutora do CS onde coordenava, dentre outros. Na época não diferenciava entre diários de campo³⁹ ou diários institucionais⁴⁰. Ao (re) visitar estes diários, encontrei muitas situações conflitantes vivenciadas durante minha experiência de parceria com as instituições de ensino, e o que fazia destes momentos singulares, era o processo de co-gestão que tínhamos nestes espaços.

³⁹Diário de Campo segundo ROESE (2006, p.2) é ' (...) um dos instrumentos mais básicos de registro de dados do pesquisador, inspirado nos trabalhos dos primeiros antropólogos (...) é um diário de bordo onde se anotam, dia após dia, com um estilo telegráfico, os eventos de observação e a progressão de pesquisa".

⁴⁰Segundo HESS (1988: p. 5 – 6) *"A técnica do "Diário Institucional" (D.I.) é, portanto, uma tentativa pedagógica para conduzir as pessoas do nível da escrita íntima ao nível da escrita pública. Esta técnica consiste da descrição diária, como em um diário íntimo, dos fatos organizados em torno de uma vivência em uma instituição (seu trabalho, sua relação conjugal, sua relação com uma criança, sua relação com uma pesquisa, etc.). Trata-se, não de contar tudo o que nos acontece em um dia, mas a cada dia (ou ao menos 3 ou 4 vezes por semana) anotar um fato marcante (um encontro, uma reflexão, uma leitura, um conflito, etc.) tendo uma relação com o objetivo que se está dando para este diário. O fato desse diário não ser um diário de bordo, mas seja inicialmente organizado em torno de uma instituição (ou sobretudo em torno da relação que se mantém com uma instituição) permite sua re-leitura, ou mesmo de ser dado a outros para ler. Ele é mais que um diário íntimo."*

Nas oficinas optei por fazer o “*diário de momento*” (institucional), além de pedir ajuda a segundos e terceiros observadores⁴¹, para que contribuíssem com novos olhares de análise sobre o objeto em questão. Esse registro me ajudou na cartografia do trabalho em saúde, compreendendo nuances, não ditos, fora textos e os dados não objetivos e quantificáveis que compõem o SUS Campinas e sua política de ensino e serviço.

“A fala da pesquisadora é de quem conta a(s) história(s) da integração ensino e serviço que viveu e vive até hoje, a partir de um discurso coletivo. Sua paixão ecoa e quando não, é ponto pra reflexão, escuta e construção de mudanças”.
Grifos meus. (**Diário do Segundo observador da Oficina de gestores**).

2.7- Entrada no campo (?)

“escrever é lutar, resistir; escrever é devir; escrever é cartografar...” (DELEUZE, 2005, p. 162).

Quando fui a campo? Depende do recorte que se queira fazer. Academicamente falando, esta sistematização iniciou no ano de 2007. Entendendo, no entanto, que a construção deste conhecimento - tema de meu Mestrado - foi movido por um conjunto de forças que se constituíram em uma rede de conexões, eu ousaria afirmar que me afetei com o tema desde que entrei na gestão de serviços de saúde (final de 1999). O momento da Pós Graduação representou pra mim, o esforço em concentrar um registro destas construções, destas histórias, das passagens, das pontes e das interconexões que experimentei.

⁴¹Chamei este diário de ‘*diário do segundo observador*’. Na segunda oficina com gestores, foi registrado por uma apoiadora do distrito Sudoeste.

A proposta inicial de realização de oficinas dentro do espaço de reunião do Colegiado de Gestão do Distrito de Saúde Sudoeste, (co) geridas por um coletivo de coordenadores e apoiadores, chamado de grupo condutor das oficinas, pareceu-me um dispositivo interessante para certa polifonia dos sujeitos⁴². BAKHTIN (1997) ao falar da estética da criação verbal nos traz a "*polifonia*", ou seja, a possibilidade de distintas vozes se colocarem. Durante oficinas, a polifonia era algo marcante, mas a preocupação central era para de que esta polifonia não fosse harmonizadora ou consensual. (ARAÚJO, 2005). A busca pela heterogeneidade e a possibilidade do diferente ter condições de ser diferente, permeou nossa agenda de preocupações.

Estava com o barquinho no mar, navegando com muita paixão e tendo outras pessoas interessadas em descobrir novos mares e portos comigo, quando de repente surge uma tempestade que nos assustou, vinda de um lugar não esperado. O Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) orientou que enquanto meu projeto não fosse assinado pelo Secretário de Saúde de Campinas e aprovado pelo Comitê de Ética (ambos em tramitação), "*eu não estaria autorizada oficialmente a coletar dados*", como aluna da Pós-Graduação. Foi uma surpresa pra mim e para outros navegavam comigo naquele momento!

Esta tempestade me causou certo estranhamento e uma não compreensão de qual ética estávamos falando. Por estar no serviço público de Campinas há mais de vinte anos implicada em um projeto em Defesa da Vida, não imaginei que essa exigência formal e legítima fosse algo que me impossibilitasse continuar a navegar nas oficinas tão esperadas pelo coletivo da Sudoeste.

A Política de Ensino e Serviço, criada no sentido do gestor zelar pelo ensino e pela pesquisa, também foi pensada no sentido da singularização das experiências. Lembro-me que a coordenação do Distrito Sudoeste de Campinas,

⁴²Participaram deste 'grupo co-gestor das oficinas', apoiadores de ensino e serviço, coordenadores de unidades de saúde, residente de Medicina Preventiva e Social, com apoio da coordenação do Distrito Sudoeste.

já tinha agendado a data para realização dessa oficina e o grupo condutor da oficina já estava debatendo a estratégia e os objetivos da oficina.

A documentação estava tramitando junto ao CETS, mas estas tramitações por vezes demoram! Não poderíamos dialogar sobre isto, e manter o barquinho navegando? Eu teria que “*dar o exemplo*”- foi a ordem que recebi do CETS.

Apesar do Distrito Sudoeste em nenhum momento se opor quanto à realização do trabalho devido à tramitação administrativa não estar pronta, a orientação que recebi foi de que só poderia realizar a oficina como “*gestora do distrito*” e não como “*pesquisadora*” ou aluna da “*Pós- Graduação*”. “*A maior aprovação de ética possível relaciona-se ao trabalho que você constrói em Campinas esses anos todos*”, referiu uma das entrevistadas!

Achei contraditório, paradoxal, confuso. Não entendi bem a diferença do *lugar de onde eu falava* - aluna da pós ou como gestora - mas optei por falar de um lugar de quem participa da história construída na cidade de Campinas, e mais especificamente no Distrito de Saúde Sudoeste há mais de 20 anos. Esta racionalidade do “*ou...ou*”, que exclui e dicotomiza ações, precisa ser repensada em nossos cotidianos.

A legitimidade do projeto e a autorização para a “*coleta de dados*” só foi dada em setembro de 2007, quando tive em mãos tanto a assinatura autorizando minha pesquisa na rede de Campinas, quanto o Parecer do CEP nº 639/2007:

“O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolver aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada”. Grifos meus.
(Anexo 1).

O barquinho remou, mas deu uma encostada, esperando estes prazos institucionais. Não quis ousar contra a instituição na qual eu estava inserida, e optei por me curvar às regras e às normas. Segundo o que me foi passado, os “*tempos institucionais*” foram distintos, o que me deu a impressão de uma ética que nos captura moralmente e não permite a (re) invenção e a criação de novos processos. Um bom analisador para debates futuros...

“Daí você cria barreiras, eu concordo que a gente tem que preservar a instituição, mas por outro lado você acaba criando problemas e limites”. Grifos meus. (E 23).

Afinal, de quais tempos estamos falando? Seria o tempo instituído, normatizado, ordenado dentro de uma racionalidade hegemônica – com começo, meio e fim - e não dando possibilidades para novas criações e novos arranjos, também responsáveis e éticos? Acerca de qual ética estamos falando? Ao mesmo tempo o zelo institucional é importante, visto que o próprio resgate que faço da história de Campinas mostra que houve um tempo histórico no qual esta exigência normativa se deu. Como não sermos capturados pela normatização do instituído a ponto de não nos permitir desvios intercessores no processo? Um bom analisador, sem dúvida!

Durante as tramitações legais e administrativas realizei somente a primeira oficina que já estava agendada e aguardei as assinaturas e aprovações institucionais necessárias para as demais. Foram realizadas duas oficinas no Colegiado de Gestão do Distrito de Saúde Sudoeste, sendo a primeira em 23/05/07 (não autorizada inicialmente), e a segunda no dia 05/03/08. Ambas tiveram as seguintes características metodológicas:

- 1- Pactuação prévia com a coordenação do Distrito de Saúde Sudoeste;
- 2- Grupo condutor da oficina, formado por coordenadores do serviço de saúde, 1 residente da área de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, apoiadores de Ensino Serviço do Distrito de Saúde Sudoeste e apoiador técnico do CETS.

- 3- Estratégias de aquecimento (Anexo 2)⁴³ para estimular o grupo a falar e interagir sobre o tema. A apoiadora técnica do CETS ajudou na realização do aquecimento na primeira Oficina.
- 4- Estratégias de discussão em pequenos grupos, com temas específicos (ex: situações problemas) e plenária final. O registro era feito através de tarjetas.
- 5- Diários de Momento, registrando situações que eram consideradas importantes para o grupo, e que podia ser escrito por quem se oferecesse para o registro.
- 6- Avaliação dos dois encontros sendo que no primeiro as pessoas o fizeram através de verbalização e no segundo tiveram um instrumento formal para registrarem (não necessitando de identificação).

Também foi realizada uma Oficina com o Conselho Distrital de Saúde do Distrito Sudoeste⁴⁴ e a pactuação inicial foi feita com a Executiva desse Conselho. A Oficina foi realizada no dia 19 de agosto de 2008, tendo 23 participantes, 12 conselheiros usuários e os demais representavam o segmento da gestão/trabalhador da saúde. A estratégia foi de realizar uma apresentação oral do tema dessa Dissertação de Mestrado, bem como o interesse para o distrito Sudoeste. Em seguida foi aberto para debate tendo como pergunta disparadora: "qual a tua experiência em relação a receber alunos de Instituições de Ensino Superior e você julga que esses estágios impactam para uma formação mais humanizada dos futuros trabalhadores do SUS?". Um residente de Medicina Preventiva e Social da Unicamp nos ajudou na condução do trabalho e das discussões.

⁴³Essas técnicas de aquecimento foram apoiadas pelos residentes de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que também fazia parte do grupo co-gestor das oficinas. Para registrar as oficinas nos utilizamos de diários, tanto da pesquisadora como dos interessados em observar e registrar fatos que julgassem importante para o grupo e o tema específico.

⁴⁴Espaço de controle social do SUS.

2.8- A primeira oficina com gestores – 23/05/07 (Anexo 3)

A primeira oficina com gestores do Distrito Sudoeste, realizada em 23 de maio de 2007, contou com a presença de 24 participantes, sendo dois apoiadores de ensino e serviço, dois Residentes em Medicina Preventiva e Social, um aprimorando em Gestão e Planejamento (DMPS/FCM/ Unicamp), duas alunas da graduação em Enfermagem da Unicamp⁴⁵, um trabalhador da saúde que substituíria a coordenação de uma unidade, a coordenação do CETS e um apoiador técnico, nove apoiadores a gestão, e sete coordenadores de serviços de saúde. Durante a primeira oficina utilizei a estratégia de tarjetas para facilitar o registro das discussões e pensando no fato de que pediria autorização ‘*a posteriori*’ para que o trabalho fosse validado. Assim fiz com os apoiadores, coordenadores e com o CETS, que me consentiram e autorizaram a utilização dos relatos das discussões que passo a fazer.

O apoiador técnico do CETS ficou responsável pela técnica de aquecimento⁴⁶. Outro momento quente da discussão aconteceu quando o residente trouxe sua compreensão de que o aluno muitas vezes é visto de forma utilitária, ou seja, como “mão de obra barata”, o SUS como espaço de formação e sobre o trabalhador- formador (tutor de serviço).

Com relação ao debate sobre a responsabilidade constitucional dada ao gestor - ordenar a formação de recursos humanos na saúde - o grupo da Sudoeste reforça que é importante isso estar na lei, mas também questiona o preparo que o gestor/trabalhador tem para tal função. Esse foi um momento quente nas discussões.

⁴⁵EN 701 - quarto ano de Enfermagem da Unicamp

⁴⁶Técnica da “Viagem no Tempo”: este momento serviu para que o grupo voltasse para o seu tempo de aluno relembrando o primeiro dia, as aulas teóricas, trote, e outros, até que chegou o momento onde foram fazer o primeiro estagio (primeiro contato com pacientes). Em seguida o grupo foi convidado escolher, dentre as lembranças, uma situação que NÃO faria de forma alguma e outra que FARIA (positiva) em relação a receber alunos e escrever em tarjetas. O residente de Medicina Preventiva e Social da Unicamp ficou responsável por categorizar as tarjetas e apresentar em plenária.

2.9- Avançando na viagem: utilizando a estratégia de “situações-problemas”

Em seguida, foram apresentadas cinco situações- problemas⁴⁷ (Anexo 4) que tinham as seguintes idéias centrais:

- **Situação-Problema 1-** um Centro de Saúde que estava com falta de profissionais de saúde e que fazia o pedido de estágios para alunos de nível técnico para auxiliar nas ‘faltas’ existentes
- **Situação-Problema 2-** um Centro de Saúde com tradição em receber alunos, fazendo acolhimento inicial, e deixando a Unidade para ser “*tocada*” pelos alunos
- **Situação-Problema 3-** uma Secretaria de Saúde preocupada com a não responsabilização de seus trabalhadores/gestores com a tarefa constitucional (ordenar recursos humanos para a saúde) e sua estratégia de um seminário para debater a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde
- **Situação-Problema 4-** um debate sobre os limites da formação hegemônica entre um Distrito de Saúde e uma Instituição de Ensino e a problematização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a parceria realizada entre instituição de ensino e serviço de saúde, apesar da resistência de alunos e docentes relacionada à distância e adversidade, dentre outros. Os trabalhos e atividades acadêmicas foram transferidos para os serviços de saúde que tiveram a responsabilidade de organizar suas demandas/ofertas com base nestes eixos acadêmicos.
- **Situação-Problema 5-** traz a parceria que sonhamos, tutores de serviços, rede docente, ganhos bilaterais, participação docente/discente na vida dos serviços e dos trabalhadores/gestores na vida da instituição de ensino.

⁴⁷A estratégia metodológica da ‘situação problema’ foi um dispositivo utilizado para disparar processos de discussão e reflexão do grupo, favorecendo a relação com a realidade dos participantes. Sugerir esta estratégia metodológica que conheci durante o Curso de Ativadores de Processos de Mudanças na formação Superior de Profissionais de Saúde (FIOCRUZ/MS) em 2005. O curso utilizava-se de situações problemas criadas a partir de uma vivência dos tutores, e que objetivavam disparar os processos de discussão e reflexão, além de permitir a teorização do grupo. Estas situações problemas utilizavam-se de referenciais da aprendizagem significativa e os conteúdos potencialmente significativos.

Essas situações foram coladas na parede e lidas para os participantes da oficina. Foi solicitado que as pessoas escolhessem a situação com a qual tivessem mais afinidade e a problematizasse com base em um roteiro mínimo de orientação para o debate assim formulado:

- 1- Como você avalia esta parceria para os envolvidos (trabalhador formador, apoiador, Unidade de Saúde como um todo, Rede do SUS)?
- 2- Que ganhos você percebe que estes parceiros têm com tal parceria?
- 3- Que limites você observa nessa parceria?
- 4- Que sugestões você daria nessa situação específica?

Um analisador natural que marcou esta oficina foi a não escolha da situação 5. Isto colocou o grupo gestor da oficina em uma situação embaraçosa e dividida em relação à como faríamos neste momento: alguns achavam que todas as situações deveriam ser escolhidas, outros discordavam disto. Optamos por acatar o movimento do grupo considerando a “não escolha” como um analisador a ser retomado em outra oficina. Na Plenária final os participantes da oficina referiram que esta situação seria a “*imagem objetivo*”, mas ainda não é o que acontece na relação “ensino e serviço”.

“A discussão da situação problema não escolhida na I Oficina de IES, possibilitou avaliar porque um caso tão bem sucedido não pode ser pensado na perspectiva de estratégias novas para velhos problemas, para mudarmos nossos cotidianos atuais de integração ensino e serviço”. **Diário da segunda observadora (II oficina)**

2.10- A segunda oficina (Anexo 5)

A segunda Oficina foi realizada em 5 de março de 2008 e teve a participação de vinte e um gestores (coordenadores e apoiadores) e dois residentes de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Contou também com a preparação prévia feita por um grupo condutor realizada por duas apoiadoras, sendo uma delas a apoiadora de ensino e serviço. Uma estratégia que foi sugerida pelo grupo gestor foi a técnica de um registro de observação de mais dois representantes do grupo (diário de momento), que foram escolhidos segundo o desejo em ser esse segundo observador. Esse observador registrou em uma folha suas percepções sobre as discussões, pontos nevrálgicos, sentimentos, etc. Uma apoiadora e uma coordenadora se ofereceram para tal registro.

Essa oficina foi realizada no espaço do CETS com mais duas salas para discussões em pequenos grupos. Percebi a participação efetiva de apoiadores e coordenadores de serviço, bem como do apoiador do CETS.

Nessa oficina, após um aquecimento inicial, realizei uma apresentação preliminar das entrevistas realizadas e as abri para debate. Houve momentos nos quais um intenso conflito no debate aconteceu e que nos trouxe novamente temas quentes que já haviam aparecido na I Oficina como: dever legal da participação dos serviços de saúde na formação de RH para a saúde e a responsabilidade do gestor e do trabalhador da saúde frente a esta legislação; o aluno como mão de obra para o SUS; a missão da Universidade e do serviço de Saúde; a relação teoria/prática; a não sensibilização/ responsabilização de alguns gestores (apoiadores e coordenadores) para o tema “ensino e serviço”, o devir docente do trabalhador e o devir trabalhador do docente foram alguns temas que abordei. Nessa oficina o debate sobre o desejo/dever de participar da formação e a responsabilidade do “ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde” que nos é dada pela Constituição Federal é, ainda, polêmica. Bons analisadores da relação ‘ensino e serviço’.

“A polêmica que houve com relação a questão de “todos os trabalhadores e gestores tem mesmo que receber alunos porque isto está determinado na lei”, este momento teve um debate interessante que permeou a questão do trabalho vivo que os coordenadores em sua maioria reconhecem como necessário e importante mais do que o aspecto legal. Nas discussões ficou visível pra mim a necessidade de maiores discursos e construções coletivas da Política de integração ensino e serviço: quantidade X qualidade dos estágios, avaliação, papéis e responsabilidades, objetivos e contratos, convênios, etc.” **Diário da segunda observadora (II Oficina)**

2.11- A Oficina com o Conselho Distrital de Saúde Sudoeste (Anexo 6)

Esta oficina teve como objetivo questionar dos conselheiros usuários do Distrito Sudoeste quais seriam suas percepções, problematizações, visões a respeito da inserção de alunos no Distrito e qual seria o impacto para a clínica dos futuros profissionais da saúde. Durante o debate, não percebi que o tema estivesse amadurecido para esses conselheiros de saúde: os conselheiros têm uma visão do aluno como *“alguém que vai para a periferia aprender com pobres”, “alguém poderoso pelo fato de ser aluno”*. Os conselheiros distritais apontam que existem muitos alunos, às vezes trombando um no outro, e a população sequer sabe o que eles fazem no serviço de saúde.

Outros por sua vez, relembram histórias vivenciadas em determinado serviço de saúde do mesmo Distrito – Centro de Saúde Santa Lúcia - no qual existiu uma parceria que valorizava o trabalhador da saúde, o usuário, o aluno e o professor.

Tive a impressão de que o debate deveria ser ampliado para usuários e conselheiros no sentido de um esclarecimento sobre a formação em saúde e a importância do papel do usuário ao dialogar com o aluno sobre a real necessidade do sistema de saúde.

2.12- As entrevistas...

Durante a primeira oficina fui questionada se eu não faria entrevistas ou questionários e expliquei que não era minha estratégia para (co) produção. A freqüência do pedido, e a afirmação de alguns de que através da entrevista haveria um momento mais singular entre eu, enquanto pesquisadora e os coordenadores e apoiadores, me fez rever a estratégia inicial e apostar nesses encontros com os participantes da pesquisa. Entendi que o grupo queria falar com tempo sobre o tema e, portanto, associei entrevistas às oficinas.

Os entrevistados selecionados inicialmente para as entrevistas eram os coordenadores de serviços de saúde e apoiadores da gestão no Distrito de Saúde Sudoeste, mas um novo movimento de construção aconteceria. Durante as entrevistas, os depoimentos dos entrevistados me remetiam a que eu buscasse outros sujeitos que participaram do processo de construção da atual política de integração ensino e serviço – PIES, no município de Campinas, além de alunos e docentes.

"... se eu fosse você entrevistaria 'fulano' porque esta pessoa tem uma história interessante desde tal época e, pode acrescentar na tua pesquisa". (E 6).

Esse movimento não se restringiu a um único entrevistado e tal tensão levou-me a rever não somente o percurso metodológico, mas a própria história ser contada. Ao descreverem suas trajetórias foram-se revelando linhas de forças/tensões/desvios e a produção de subjetividades de cada sujeito.

“(...) sujeito político-social, membro de determinado grupo, comissão, entidade, participante de um movimento (...) Os caminhos de suas vidas se entrecruzam com os caminhos dos movimentos nos quais estão integrados, de modo que ao referir aspectos de sua vida, mostram como construíram suas próprias histórias coletivamente com outras pessoas e grupos”. Grifo meu. (L'ABBATE, 1990, p. 456).

Inicialmente tive muito receio de perder o foco e o lócus da pesquisa – Distrito de Saúde Sudoeste - e tentei até limitar este movimento explicando para os entrevistados que era uma pesquisa de mestrado e, por limite de prazos, não iria aprofundar o tema. O grupo co-produzia esse conhecimento, e fazia exigências metodológicas em relação a essa co-produção.

Tal instabilidade me causava medo e, ao mesmo tempo, me instigava: que movimentos seriam esses e a quais linhas de forças e produção de subjetividades me levariam? Por que será que ao seguir o percurso sugerido pelos entrevistados, eu sentia uma desestabilização? Seria pelo fato de não poder fazer uso do protocolo, que supostamente me trazia segurança?

Paralelo a esta tensão, no entanto, algo mobilizava certo questionamento em mim mesma, ao perguntar-me: “*O que será que estes sujeitos têm para me contar sobre o tema?*”. Foi dessa maneira que, a partir da quinta entrevista, ampliei os sujeitos que seriam entrevistados e guiei-me pelo seguinte critério: foram entrevistados todos os sujeitos que tiveram uma menção nominal de algum dos entrevistados e/ou menção de um trabalho ou processo de construção de trabalhos relacionados à integração ensino e serviço (mesmo que não nominando pessoas, pois seria minha responsabilidade ir atrás das mesmas).

A finalização do processo de entrevistas se deu quando os temas e histórias começaram a se repetir. Foi dessa maneira que construí esse mapa inicial com as histórias, parciais e pontuais, do ensino e serviço em Campinas

Tenho a certeza de que não dei conta do universo de quem participou desses processos e que merecem respeito pela construção, mas foi a estratégia que escolhi para ter um número finito de entrevistas.

Mais do que um resgate histórico, houve um momento de novas criações e re-invenções. Repensar sujeitos de pesquisa, local de estudo, não ter como foco central a periodicização do estudo e perceber-me nesse encontro sentindo meus medos, receios de não acompanhar metodologicamente o percurso me desafiava para novos territórios. Aceitei a variação, apesar das inseguranças, pois esta variação me des-territorializava e reterritorializava minha produção, como co-produção envolvendo muitos sujeitos, uma rede constituída por eles mesmos e por suas histórias.

Compreender que o movimento que eu fazia a partir de um tensionamento dos entrevistados era inédito no sentido da construção que trazia, mas que muitas vezes ainda se mantinha no texto dos depoimentos dos entrevistados, causava-me preocupações e incômodos. As entrevistas eram belíssimas, recompunham o processo de institucionalização da política de integração ensino e serviço em Campinas, mas a busca de conexões, linhas de produção de subjetividades destas histórias contadas pelos entrevistados, era um desafio pra mim. Contar essas histórias a partir de qualquer ponto, sem um começo e um fim e trazendo os emaranhados e estratificação de linhas que estão sujeitas a desvios e linhas de fuga, me desafiou a estar mais permeável aos encontros e buscar temas geradores que produzissem analisadores que fizessem esta instituição falar.

Uma das dificuldades presentes em algumas entrevistas foi a agenda dos entrevistados, dado o lugar de gestão ocupado pela maioria dos sujeitos, a complexidade da agenda de trabalho e a intensidade dos compromissos institucionais. Isto exigiu várias remarcações, inclusive minhas, que também me incluo nestas agendas enquanto gestora de serviços. Apesar desta dificuldade, a maioria dos entrevistados mostrou interesse pelo tema e foi solidária ligando e propondo datas e contribuindo ativamente com as discussões.

As entrevistas foram pactuadas previamente com os sujeitos da pesquisa (Anexo 7), os quais recebiam com antecedência um roteiro semi-estruturado, com perguntas abertas. A pergunta disparadora: “O que é parceria entre instituição de ensino e serviços de saúde para você”, foi utilizada para gestores, docentes, trabalhadores da saúde e alunos. As demais perguntas sofreram algumas modificações de acordo com o lugar ocupado pelo entrevistado (Anexo 8).

As demais perguntas abordavam as seguintes questões: trajetória acadêmica e profissional, experiência com Instituições de Ensino (alunos, estágios) enquanto trabalhador da saúde, conflitos vivenciados, ganhos percebidos, impacto para a assistência, papel do coordenador, papel do apoiador IES, papel do CETS, iniciativas interministeriais (Pró-Saúde, Promed, Versus, Educação Permanente, dentre outros), Política de Integração Ensino e Serviço, duplo papel da gestão (gestão e docência), propostas de intervenção, dentre outros temas.

Foram pactuadas com os entrevistados a gravação da entrevista, a transcrição e a devolução do material para que o entrevistado fizesse a revisão, inclusão e exclusão de temas debatidos. Os entrevistados foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 9)⁴⁸, exigência do Conselho Nacional de Saúde e do Comitê de Ética, eu pedia uma nova autorização pós - transcrição do material e envio do mesmo ao entrevistado.

Fiz isso pelo incômodo e sentimento de utilitarismo que sempre senti ao ser entrevistada e nunca ter retorno deste material transcrito para ver como ficou. Dessa maneira, enviei por email todas as transcrições e houve um movimento interessante no qual os entrevistados faziam correções dizendo que queriam fazer outros apontamentos na entrevista e compunham novas informações.

⁴⁸ Resolução 196/1996.

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2007, e um analisador natural que se apresenta foi a troca de coordenadores e apoiadores de ensino e serviço durante o período desta (co)produção.

Os entrevistados foram assim categorizados de acordo com seus vínculos institucionais ou organizacionais:

- 14 Coordenadores de Unidades de Saúde no Distrito Sudoeste de Campinas, a saber: uma coordenadora do Distrito de Saúde Sudoeste, duas coordenadoras do Ambulatório do Ouro Verde, dois coordenadores de CAPS (Novo Tempo e Davi Capistrano), uma coordenadora do Tear das Artes, uma coordenadora do Módulo da Vila União, um coordenador da Vigilância à Saúde – Visa Sudoeste e seis coordenadores de Unidades Básicas de Saúde – UBS, a saber: Centro de Saúde Capivari, Dic I, Aeroporto, União de Bairros, São Cristóvão e Itatinga.
- seis Apoiadores⁴⁹ de Ensino e Serviço: três apoiadores do Distritos Sudoeste, um apoiador do Distrito Leste e dois apoiadores do Distrito Norte.
- quatro Representantes da Secretaria Municipal de Saúde na gestão 2001-2004: dois ex- secretários municipais de saúde de Campinas, dois ex - coordenadores do Distrito Sudoeste de Campinas e que também transitavam no papel de docência.
- dois representantes do RH da Saúde (um deles exercendo o duplo papel de docência e gestão).
- quatro representantes do CETS (alguns deles exercendo o duplo papel de docência e gestão).

⁴⁹Segundo CAMPOS (2000, p. 185), “(...) cabe ao Apoiador Institucional trazer para dentro das Equipes diretrizes (...) têm inserção matricial na linha horizontal do organograma”. O mesmo autor ainda nos fala que, este apoio é uma configuração/ arranjo que chega junto com o modelo de Atenção em Saúde nos anos de 2001 – 2004 e que depende da instalação de alguma forma de co-gestão, buscando articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2003,p. 86 – 87). O “Apoio Paidéia” pode existir em determinados lugares institucionais, que segundo o autor, são lugares de poder institucional, lugar de suposto saber, lugar de paridades no coletivo, dentre outros (p. 93). Refere ainda que o Apoio Paidéia seria uma postura metodológica que busca a reformulação dos mecanismos tradicionais da gestão, não existindo se não houver algum mecanismo de co-gestão.

- dois trabalhadores da saúde que estão envolvidos com a integração ensino e serviço.
- seis docentes ligados direta ou indiretamente às histórias contadas pelos gestores e trabalhadores da saúde (representando as instituições de ensino PUC e UNICAMP).
- três alunos que vivenciaram as histórias contadas pelos docentes e gestores e trabalhadores da saúde.
- uma conselheira usuária, que esteve envolvida no processo de integração ensino e serviço.

2.13- As Implicações dos participantes

“Enfim, eu participei deste movimento, ajudei a jogar a semente, ajudei a construir, a puxar as plantas, regar para que elas crescessem e, continuo até hoje”. (E15).

Os entrevistados foram trabalhadores da saúde, gestores, usuários do SUS, docentes e discentes que tiveram participação reconhecida pelos pares e contada como parte da história de construção da integração ensino e serviço no município de Campinas.

“Esta preocupação foi muito marcante na minha formação (movimento estudantil), a preocupação com a qualificação do ensino e dar sentido para estas praticas acaba sendo fundamental”. (E 20).

“A questão de Ensino e Serviço, quando eu estava no Espírito Santo, eu fui da Abem (fui representante discente da Abem desde 1998) e eu queria, sempre quis ter estagiários por perto, até mesmo na minha formação”. (E 28).

Quando os entrevistados relataram que a temática de integração entre ensino e serviço, já era uma preocupação que vinha desde os tempos acadêmicos, isso reflete um projeto político – ético e pedagógico na vida destes sujeitos. A percepção que tem de uma formação que não deu conta de prepará-los para o mundo do trabalho e não os colocou dentro da complexidade crescente do sistema de saúde foi também mencionada pelos entrevistados enquanto fator limitante.

“Se eu tivesse entendido como é que funciona o serviço de saúde para além da minha consulta eu seria uma profissional melhor. Na hora de encaminhar para uma especialidade eu saberia como funciona esta especialidade, a demanda e procura por esta especialidade. Não ficaria achando que eu sou um Deus maravilhoso, e que a partir do momento que dou o encaminhando o caso está resolvido”. Grifo meu. (E 28).

A maioria dos entrevistados mostrou interesse em participar deste trabalho, até preparando-se previamente para a entrevista, fazendo resgates de datas, locais relacionados ao objeto de estudo (colinhas).

“Eu até anotei as datas, pois sou péssima com elas”. (E 17).

“É legal mesmo você me dar certa referência acerca do que você vai precisar, pra já ir aquecendo a memória”. (E 42).

“Essas discussões que estão sendo feitas são interessantes, é legal ser o sujeito dessa pesquisa, um deles”. (E 40).

Nesta viagem, pude perceber a construção de uma rede de conexões na qual cada um dos entrevistados, em dado momento na vida, se relacionou com o outro, direta ou indiretamente.

O material transcrito foi lido e relido diversas vezes, e separado pelas *idéias centrais* nas narrativas, sendo colocado no OneNote⁵⁰, um bloco de anotações que ajuda na separação por tema, além de facilitar a busca por assunto. Posteriormente, essas idéias centrais foram trabalhadas em oficinas com gestores para um aprofundamento e análise dos temas, sendo aprofundadas em debates nos pequenos grupos. Os temas e sub-temas resultantes dos debates foram utilizados na organização dos capítulos desta Dissertação.

No **primeiro capítulo** – INTRODUÇÃO - trago minhas viagens e implicações com o tema, desde a época na qual fui contratada para ser auxiliar de saúde pública (1988) na antiga SAR OESTE de Campinas. Trago a escolha inicial que (não) fiz, viajando na forma pela qual fui treinada em serviço para exercer esta função, depois a regulamentação da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP de 1986, que extinguiu nossa função e que traz o movimento do Projeto

⁵⁰O OneNote é um programa do Office que serve para anotações e gerenciamento de informações, possibilitando capturar idéias e informações em formato eletrônico. Os arquivos ou conteúdos podem ser inseridos em um formato pesquisável, e os assuntos podem ser separados e organizados em blocos de anotações por assuntos ou projetos específicos, ou pode simplesmente manter blocos de anotações separados para lugares e interesses distintos.

Larga Escala, do qual participei como aluna. Neste capítulo trago minha inserção acadêmica, e depois os movimentos de Pós Graduação, até a inserção na gestão dos serviços de saúde no Distrito Sudoeste de Campinas. Aproveito para compartilhar outras viagens, às quais selecionei em meio às entrevistas que realizei.

No **segundo capítulo** – “Processos e Movimentos: minha carta náutica” trago a construção “*Ad hoc*” deste trabalho. Os medos, as inseguranças como “aprendiz de cartografia”, mas a ousadia em buscar uma linguagem poética que conseguisse expressar os processos e movimentos. Para tal pedi ajuda a Salvador Dali, Fernando Pessoa, Chico Buarque, Milton Nascimento, Vinicius de Moraes, Caetano Veloso, Carlos Drummond de Andrade, Clarice Lispector, dentre outros. Explicito meus medos e receios em realizar a cartografia destes processos, ousando a construção de uma “*carta de navegação*” (BAREMBLITT, 1998), sempre mediada por Lourau, Deleuze e Guattari, que foram os referenciais teóricos utilizados para esta construção.

No **terceiro capítulo**, chamado de “Algumas viagens pelo município de Campinas (SP) e alguns dos processos relacionados às parcerias entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde: minhas digressões” realizei um breve resgate sobre o SUS Campinas – o processo de municipalização da saúde - os postos comunitários de saúde e a interface com o Projeto Larga Escala tão mencionado em nossas entrevistas. Esse percurso sócio-histórico resgatado pelos entrevistados ajudou-me na reflexão sobre as condições sócio-históricas nas quais foi instituída a Política de Integração Ensino e Serviço (PIES), lembrando a informalidade inicial dos estágios na rede de Campinas, como surge o convênio oficial com escolas, a figura do apoiador de Ensino e Serviço, bem como do papel do CETS enquanto órgão responsável pelas políticas de educação para trabalhadores da saúde em Campinas.

O **quarto capítulo**, intitulado “Viajando no barquinho do Distrito Sudoeste de Campinas, em meio aos (des)encontros entre os serviços de saúde e as instituições de ensino: uma viagem a partir de 2001”, conta um pouco da

história do Programa Paidéia no Distrito Sudoeste, e como aconteceram os encontros com o Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, até então inexistentes nesse Distrito de Saúde. Procuro trazer o debate do devir docente do trabalhador da saúde, o trabalhador formador e a tensão existente entre o compromisso legal de sermos ordenadores da formação para a saúde e termos habilidades e condições para fazermos isto com competência e responsabilidade. Também pontuo a dimensão educativa da gestão, a indissociabilidade ou peso em assumir tais parcerias e como o gestor é inserido nesses debates.

No **quinto capítulo**, chamado de “(Des)encontros e (Des)importâncias durante as viagens”, mergulho nos relatos das oficinas e nas entrevistas, buscando entradas para o debate, frente aos temas que foram sentidos como analisadores trazendo os (des)encontros entre as instituições de ensino superior e o Distrito de Saúde Sudoeste. Busco fazer uma cartografia dos encontros, fazendo emergir os conflitos, os avanços, os limites, as marcas deixadas e produzidas, a produção de conhecimento, as avaliações do processo e as propostas de intervenções: sugestões dadas pelos sujeitos. O debate caloroso realizado através das entrevistas com os diferentes sujeitos institucionais nos remete a repensar: que tipo de encontro desejamos estabelecer com os parceiros em questão as (des)importâncias que vemos durante este percurso.

CAPÍTULO 3

ALGUMAS VIAGENS PELO MUNICÍPIO DE CAMPINAS (SP) EM SEUS PROCESSOS RELACIONADOS ÀS PARCERIAS ENTRE INSTITUIÇÕES DE ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE: minhas digressões



http://rabat_bat.blogs.sapo.pt/2007/11/

“Escrevendo”

*"Não me lembro mais onde foi o começo,
foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo.*

*Tudo estava ali, ou devia estar,
como no espaço-temporal de um piano aberto,
nas teclas simultâneas do piano.*

*Escrevi procurando com muita atenção
o que se estava organizando em mim
e que só depois da quinta paciente cópia
é que passei a perceber.*

*Meu receio era de que,
por impaciência com a lentidão que tenho em me compreender,
eu estivesse apressando antes da hora um sentido.*

*Tinha a impressão de que, mais tempo eu me desse,
e a história diria sem convulsão o que ela precisava dizer.*

*Cada vez mais acho tudo uma questão de paciência,
de amor criando paciência,
de paciência criando amor."*

Clarice Lispector

“Eu defendo o modelo assistencial de Campinas, pois eu o acho diferenciado em relação a outros locais do país”. (E 42).

A singularidade da história de Campinas e a construção específica do setor saúde aliado ao pedido feito por alguns dos entrevistados, motivaram-me a fazer um breve resgate da história da cidade, já aprofundada por alguns autores como L'ABBATE (1990), SMEKE (1989), QUEIROZ (1993), MARTINS (2005), NASCIMENTO (2006), dentre outros. Não pretendo estabelecer um curso descritivo para essa história e nem me ater a uma ordem cronológica dos fatos. Pretendo, sim, viajar livremente, contando os acontecimentos no percurso, sem a preocupação com a partida ou chegada (início ou fim): exercitarei minha atenção ao meio, ao inter.

“...a gente acabou tendo um grupo em Campinas (ainda temos) que traz muita potência neste sentido, que mexe com os governos, governo que chega mais ou menos ou vazio a gente acaba procurando ocupar o espaço (...) é perfil muito nosso. (E 1).

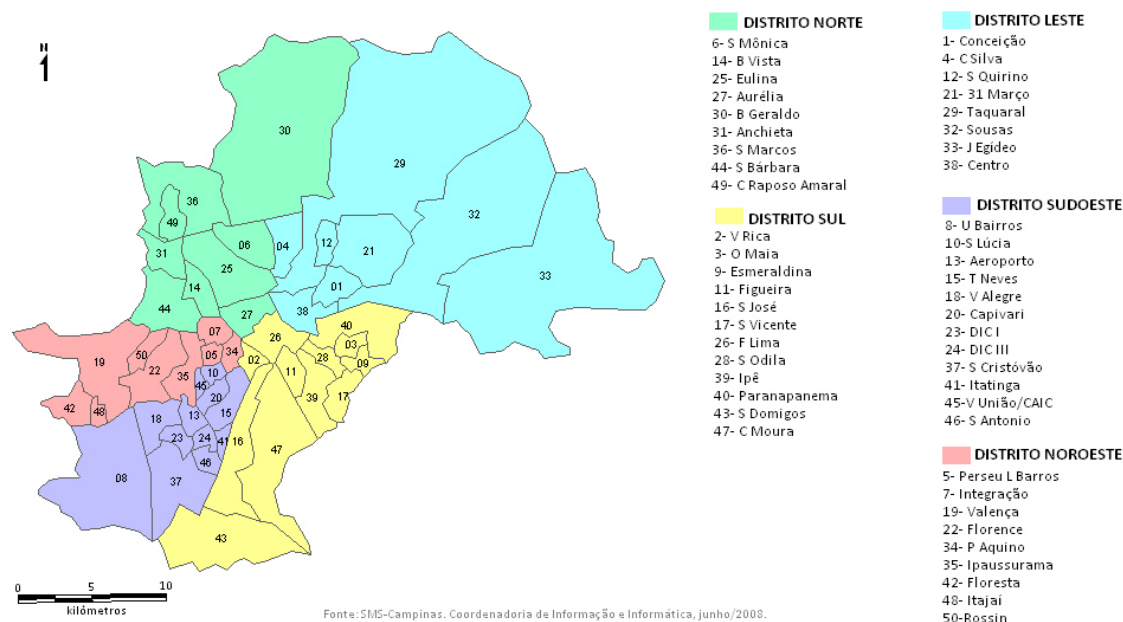
Durante os depoimentos dos entrevistados, desafiei-me enfrentar a zona de cegueira que estas memórias me traziam: ao mesmo tempo em que eram múltiplas, também existiam ausências em minhas reflexões. Meu barquinho balançou muito quando me vi capturada por uma *dada memória instituída*, que não me permitia vazar para novos territórios a serem descobertos. Não percebi isso, inicialmente. Tive medo. Foi difícil dar conta disto. Mas ousei... Se não consegui, senti-me satisfeita por ter tentado: continuarei ousando em outras descobertas e novas viagens.

Reconheço que não dei conta de mapear o universo dos sujeitos envolvidos nos processos de ensino e serviço e resgatar outras histórias igualmente importantes e co-relacionadas ao tema que me proponho desenvolver. Talvez isso tenha acontecido pelo fato de não estarem ligados diretamente ao local de estudo específico – Distrito Sudoeste de Campinas, ou até mesmo por distração de minha parte. Faço dessa possibilidade de erro um momento no qual novos trabalhos possam surgir com novas pistas cartográficas.

Apesar de não ter sido minha proposta inicial contar sobre a criação da política municipal relacionada ao ensino e serviço em Campinas⁵¹ e navegar pelos mares que indicavam algumas das histórias campineiras relacionadas ao ensino e serviço, meu barquinho foi levado a navegar por estes mares, possibilitando-me um duplo desafio: contar e registrar de forma inédita o percurso que cada entrevistado implicado viveu até os dias atuais.

⁵¹ Política de Integração Ensino e Serviço - PIES

ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE - CAMPINAS



Fonte: Portal da Saúde de Campinas (SP)

Figura 5- Mapa da cidade de Campinas dividido por Distritos de Saúde e Centros de Saúde

A cidade de Campinas é um pólo metropolitano situado há cerca de 100 km de São Paulo, na região oeste. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Campinas tem uma população de cerca de 1.039.297 habitantes, sendo também uma referência para o setor saúde. A Secretaria de Saúde de Campinas foi criada em 1968.

No final da década de 70, momento no qual se evidenciava uma crise específica na saúde, as prefeituras de alguns municípios brasileiros tiveram governos comprometidos com a defesa dos interesses da maioria da população. Para tal, estruturaram com recursos próprios os serviços de saúde apoiados em quatro características básicas: a democratização da atenção médica, a atenção integral, a participação comunitária⁵² e a extensão de cobertura. Essa extensão

⁵²Segundo L'ABBATE (1990) são vários os elementos que compõem o contexto final da década de 70, momento no qual há um aumento de imigrantes na cidade de Campinas, havendo trabalho das assistentes

previa a instalação de uma rede básica de atenção à saúde bem como uma hierarquização dos níveis de atenção. Esse movimento era inovador na época e somente alguns governos municipais assumiram tal projeto. Segundo CARVALHO (2005, p. 121), dentre esses governos destacam-se Campinas, Londrina, Niterói e Montes Claros.

"Vim para Campinas, para fazer Mestrado, Doutorado, pois achava que São Paulo seria um local onde eu poderia me desenvolver mais. Campinas foi escolhida porque não tinha a loucura de SP e tinha a Unicamp, e subindo o Rio de Janeiro pra cima a gente sempre ouviu falar de Campinas, como um exemplo de gestão e de Saúde Pública". Grifos meus. (E 28).

Vários autores tem-se ocupado em debater as profundas mudanças na rede de saúde de Campinas nos últimos trinta anos, tanto no que se refere ao modelo de atenção a saúde quanto da própria ampliação de sua rede de serviços. As várias formas de organização que a rede de Campinas experimentou na área da saúde⁵³ contribuíram para a permanente mudança do território influenciado pelo Estado⁵⁴. Segundo Queiroz (1993), o município de Campinas foi pioneiro em muitos aspectos, na implantação do novo sistema de saúde e afirma que isto ocorreu não somente pela resposta pronta aos novos incentivos do Governo Estadual e Federal, mas também a uma iniciativa municipal em antecipar-se a estes.

O Programa de Medicina Comunitária e Preventiva, implantado em Campinas no período de 1976 a 1982 estimulou a construção de projetos em parceria com o setor da saúde, considerados como embriões das atuais parcerias

sociais nas 'favelas' e o trabalho da Secretaria de Saúde nos bairros com discussão dos Postos de Medicina Comunitária (PMC). Era um momento de intensificação das reivindicações gerais.

⁵³Medicina Comunitária de Saúde; Pró-Assistência; Ações Integradas de Saúde (AIS); Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵⁴Segundo GARCIA (1997, p. 96) o município de Campinas foi pioneiro às propostas de extensão e racionalização da rede de serviços de saúde, '(...) iniciando a implantação de uma rede básica já em 1976 e criando as condições para a integração inter-institucional estabelecidas nestas propostas".

entre ensino e serviço. O Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e o Departamento de Medicina Social e Preventiva (DMSP), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), foram fortes aliados nesta construção inicial de parcerias.

A partir de 1976 e 1977 existe uma reforma na organização dos serviços de saúde em Campinas, pois existia certa desorganização administrativa que causava desperdício de “*recursos humanos*”⁵⁵ e uma incapacidade do modelo de atenção em saúde centrado na racionalidade hospitalar em dar conta das necessidades de saúde da população. Em 1978, já havia a discussão da democratização da saúde com o processo de hierarquização dos níveis de atenção e participação comunitária⁵⁶.

Segundo SMEKE (1989), L'ABBATE (1990) e NASCIMENTO (2006) os Postos Comunitários de Saúde (PCS) foram se formando a partir das regiões periféricas de Campinas, buscando dar conta das necessidades daquela população que era sócio-economicamente carente⁵⁷. O sistema de saúde nessa época era gerenciado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e consistia em consultas especializadas, atendimento fragmentado e pouco resolutivo. Os Postos de Saúde do Estado desenvolviam ações programáticas em função do quadro epidemiológico vigente na época⁵⁸. Esse era o modelo hegemônico que havia, e o posto de saúde tinha uma concepção de programas (puericultura, pré-natal, tuberculose, etc.).

⁵⁵A designação ‘*recursos humanos*’ é fortemente questionada nos dias atuais, devido sua conotação utilitarista. Este conceito está ligado a Teoria da Administração e, alguns autores trabalham como coletivos de produção, trabalhadores da saúde, profissionais da saúde, etc. Neste trabalho, utilizei da expressão ‘trabalhadores da saúde’.

⁵⁶É importante reforçar que na década de 70 foi criado o único hospital público da cidade de Campinas até então: o Hospital Dr. Mário Gatti.

⁵⁷Os postos comunitários de saúde existentes nesta época eram quatorze: Jardim Conceição, Nova Aparecida, Vila Rica, Orosimbo Maia, Vila Ypê, Vila Costa e Silva, Jardim Santa Mônica, Vila Perseu Leite de Barros, Souza, Joaquim Egídio, Barão Geraldo, Sede da Administração Regional 7, Sede da Administração Regional 9 e Ambulatório da SANASA (Campinas, 1978). Os Postos de Saúde eram implantados na perspectiva do Programa de Medicina Comunitária. Segundo L'Abbate (1990), o nome Posto de Saúde era utilizado para unidades da rede municipal e Centro de Saúde eram utilizados para as unidades de saúde da rede estadual. A partir de 1989 os Centros de Saúde estaduais (em número de quatro no total), foram municipalizados e todos foram denominados de Centro de Saúde (p. 476).

⁵⁸As áreas programáticas eram: saúde da mulher, saúde do adulto, saúde da criança, gestante e outros atendimentos como hipertensão, diabetes, saúde mental, vacinação, vigilância, odontologia, dentre outros.

“O atendimento era voltado para as grandes endemias: o individual era considerado problema da pessoa, cada um tinha que se virar, você não trabalhava com demandas espontâneas, e essa era nossa briga nos postinhos comunitários do Sebastião, que a gente ia trabalhar nas demandas espontâneas, até poderíamos trabalhar nas grandes endemias também. Isso no final dos anos 70”. (E 48).

É interessante ressaltar, que na primeira metade da década de 80, as políticas públicas de saúde buscavam uma articulação com os três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal - através do convênio com as Ações Integradas de Saúde (AIS). As Universidades eram fundamentais no processo de integração entre os níveis de governo. Colocar os diferentes sujeitos institucionais frente a frente para um diálogo era um movimento inovador na época.

A cidade de Campinas integrou-se a outras cidades como Itu, São Roque, Botucatu e Ribeirão Preto o grupo pioneiro de municípios do Estado de São Paulo a assinar esse convênio nos anos de 1983 e 1984. Nessa ocasião Campinas contava com 36 *postos de saúde*, implantados em casas alugadas com influência das Comunidades Eclesiais de Bases (CEBs)⁵⁹, ligadas as Pastorais da Saúde da Igreja Católica. A estrutura administrativa da SMS iniciava sua organização de modo descentralizado em três grandes regiões – Norte, Sul e Oeste.

Na conjuntura política, só existiam dois partidos políticos oficiais: a Aliança Renovadora Nacional (ARENA)⁶⁰ e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB)⁶¹. Campinas foi uma das poucas cidades que elegeu prefeito da oposição,

⁵⁹CEBs – Comunidades Eclesiais de Base ligadas principalmente a Igreja Católica e incentivadas pelo Concílio do Vaticano (1962 – 1965) e que se espalharam no Brasil principalmente na década de 70 e 80 durante a luta contra Ditadura Militar no país. São constituídas de pessoas que professam a mesma fé, organizadas em torno das paróquias ou capelas por iniciativa de leigos, padres ou bispos.

⁶⁰A ARENA foi um partido político brasileiro criado com o objetivo de apoiar ao governo instituído a partir do Ato Institucional-1. Foi fundada no dia 4 de abril de 1966, era um partido predominantemente conservador.

⁶¹O MDB foi um partido político brasileiro fundado para abrigar os opositores do Regime Militar de 1964 ante o poderio governista da Aliança Renovadora Nacional (ARENA), sendo organizado em fins de 1965 e fundado oficialmente no ano seguinte.

ou seja, do MDB. Esta fora a época da primeira gestão do prefeito Francisco Amaral - o *Chico Amaral* - que formulou políticas para as periferias de Campinas, realizando muitos projetos habitacionais financiados pelo sistema Banco Nacional da Habitação (BNH). O Jardim dos Oliveiras, a Vila Costa e Silva, a Vila 31 de março e Castelo Branco, são exemplos de investimentos com os recursos do sistema BNH⁶².

Nessa época, assumiu como Secretário de Saúde em Campinas, o Dr. Sebastião de Moraes, médico e cirurgião gástrico, do corpo clínico da Casa de Saúde de Campinas. Dr. Sebastião era renomado, humanista, culto, uma pessoa tocada pela literatura, pela poesia, e também pelo Projeto de Alma Ata – Conferência da Atenção Primária em Saúde⁶³ realizada no Cazaquistão em 1978⁶⁴. Dr. Sebastião de Moraes tinha como projeto de governo a valorização da rede básica de saúde em uma época pré- SUS, na qual não havia um financiamento do Estado e nem do Governo Federal para tais ações e na qual os municípios não tinham como atribuição específica o gasto com a saúde. O apoio filantrópico foi utilizado para que houvesse viabilidade de construir essa rede de saúde em Campinas.

A existência de um governo de oposição disposto a investir em um modelo contra-hegemônico de saúde facilitou esse acúmulo de experiências. A conjuntura sócio-histórica e política influenciava esses movimentos, facilitando as mudanças e os processos de articulação entre os diferentes sujeitos interinstitucionais.

⁶²QUEIROZ (1993) reconhece três fases da evolução da rede municipal de serviços de saúde em Campinas: o primeiro é chamado de 'período heróico-romântico' da administração do Prefeito Francisco Amaral e do Secretário de Saúde Sebastião de Moraes; o segundo é chamado de 'período consolidação dos convênios e integração interinstitucional do Prefeito Magalhães Teixeira e do secretário de saúde Dr Nelson Rodrigues dos Santos (1983 a 1988) e o terceiro período, em 1989 com o prefeito Jacó Bittar (PT), tendo como secretário de Saúde Dr Gastão Wagner de Souza Campos, até o momento do rompimento do prefeito com o partido e aliança com o PSDB (p.8)

⁶³A terminologia Atenção Primária em Saúde (APS) é uma tradição para outros países, ao invés da Atenção Básica de Saúde (ABS), como denominamos no Brasil. Muito mais do que a terminologia em si, CAMPOS, ET AL (2008) reforça que é necessário ter o cuidado para que o entendimento conceitual não seja relacionado a elementar ou mínimo, ou de menor complexidade por lidar supostamente com problemas que exigem baixa densidade tecnológica (p. 132 – 33).

⁶⁴Esta Conferência foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua Declaração conclamou os países chamados do 'terceiro mundo' a desenvolverem programas de saúde baseados em uma assistência sanitária essencial e investindo na Atenção primária em Saúde.

Daí vem à origem de grande parte dos *postos de saúde*, chamados por alguns de “*postinhos de fundo de igreja*”, devido ao fato da igreja ceder o espaço, para tais construções, bem como as Associações de Moradores. Os atuais Centros de Saúde da Vila Rica e Vila Ipê (Distrito Sul) são exemplos de serviços básicos de saúde que nasceram dessas parcerias. Outros exemplos de serviços de saúde construídos através destas parcerias filantrópicas foram o Centro de Saúde São Marcos e o investimento no Serviço Dr. Cândido Ferreira⁶⁵. Dr. Sebastião de Moraes uniu essa proposta filantrópica aos ideais do movimento de esquerda militante, unindo na época da Ditadura Militar, todos os que militavam na esquerda e que se propusessem a trabalhar na experiência de campineira.

“esta redinha municipal que se constituía, era uma redinha que nasceu com muito fôlego, e sob o signo da solidariedade, no melhor sentido que possa haver”. Grifos meus. (E 17).

Os depoimentos demonstraram que a rede de serviços de Campinas surgiu através de um movimento ligado às Pastorais das Igrejas Católicas, e a um movimento de esquerda - as Assembléias do Povo⁶⁶.

“(...) nessa época, a idéia era reunir a comunidade e discutir com eles o postinho o pronto-socorro, o hospital... O salão da comunidade enchia. A gente levantava o problema, levava slides, e fazia a cena, tinha uma discussão, do porque da morte da pessoa, e esse tipo de coisa acabava dando uma baita discussão. Tinha um conjunto de slides, um dos participantes cantava “caminhando e cantando e seguindo a

⁶⁵O Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" foi inaugurado em 14 de abril de 1924, e está localizado em Sousas, Campinas/SP, a 93 km da capital, sendo referência no tratamento em Saúde Mental no Brasil desde 1993, pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

⁶⁶Segundo L'ABBATE (1990) a Assembléia do Povo marcou o início do Movimento Popular de Saúde em Campinas (p. 457). Este movimento lutava pela carestia, por melhores condições de vida, de transporte coletivo, e pela saúde.

canção”, algumas músicas de protesto, sempre era a apoteose, tinha o teatro (...)a gente entrava com a proposta da Medicina Comunitária, trabalhando mais a prevenção, medicamento. Fazíamos uma crítica aos interesses que tinha por trás, quais os benefícios e malefícios de um pronto socorro, um especialista, um generalista”. Grifos meus. (E 48).

A discussão era realizada através de cursos, palestras e encontros sob a coordenação das Pastorais da Saúde, em geral por estudiosos ligados à Teologia da Libertação⁶⁷, além de pessoas ligadas a partidos políticos de esquerda (L'ABBATE, 1990, p. 459).

Esse projeto era desenvolvido na contra-hegemonia dos hospitais privados existentes na época, que se capitalizavam com recursos do convênio com o INAMPS (recurso a fundo perdido).

“Imagine Campinas com um Centro Médico tradicional, com uma Sociedade de Medicina e Cirurgia fortíssima, Esta rede de Campinas era um movimento muito contra-hegemônico, era uma luta muito grande e muito intensa dos médicos e outros profissionais de saúde que queriam construir a Rede Básica e os outros médicos tradicionais”. Grifos meus. (E 17).

Em 1987, com a assinatura do convênio para a municipalização dos serviços de saúde e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o município de Campinas amplia a rede de serviços de saúde. Em 1989, a rede básica de saúde atuava como porta de entrada do sistema de saúde através de um modelo de atenção integral á saúde.

⁶⁷Em síntese, foi uma corrente desenvolvida na década de 70 na América Latina, sendo uma das orientações para as Pastorais das Comunidades Eclesiais de Base (CEB), tendo parte de seus ensinamentos rejeitados pelo Vaticano.

Na época, houve a municipalização dos postos de atendimento médico do INAMPS, os funcionários federais e estaduais foram municipalizados. Até que em 1990 houve a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

“Era uma época que estava ocorrendo a municipalização e a Policlínica, que era do antigo INAMPS, tinha acabado de municipalizar. Era um serviço grande e complexo, com 19 especialidades e trabalharam lá 3 ex-secretários de saúde de Campinas (...) havia poucos médicos, má qualidade, os médicos com uma autonomia de fazer o que queriam, sem uma integração com a rede, tentamos promover esta integração entre Policlínica e a Rede Básica” . (E 17).

A rede de saúde de Campinas nasceu assim, muito forte, com uma ligação com a população muito intensa. Mas essa rede também era fragilizada por alguns que, a ela se opunham e tinham resistência:

“(...) lembro das discussões na Sociedade de Medicina e Cirurgia, aonde os médicos faziam discursos dos mais cruéis possíveis, na tentativa de desqualificar esta proposta. Ex: ‘essa rede de postinho que trabalha estas donas de casa desqualificadas’ (referindo-se as auxiliares de saúde recrutadas na comunidade) (...) E a rede tava lá, lutando.” Grifos meus. (E 17).

A conexão existente entre esse momento histórico de re-organização do sistema de saúde de Campinas e o surgimento do Projeto Larga Escala em 1988, permite uma análise interessante que demonstra não somente os contornos, mas as imbricações e transversalidade dos movimentos. Era um período no qual,

havia um esforço para o desenvolvimento de uma metodologia própria de trabalho, tendo como objetivo propiciar a reflexão crítica da Medicina Tradicional, o trabalho mediante a *delegação de funções* às trabalhadoras da saúde.

Foi o momento no qual o auxiliar de saúde era treinado pelos médicos a realizar certas atividades normalmente atribuídas ao médico e ao enfermeiro (L'ABBATE, 1990, p. 489-490).

*“(...) médicos assumindo a preparação técnica e política dos auxiliares de saúde (...) os auxiliares de saúde atuando diretamente junto a população”, ou seja, um projeto pedagógico ...”*Grifos meus. L'ABBATE (1990, p. 489).

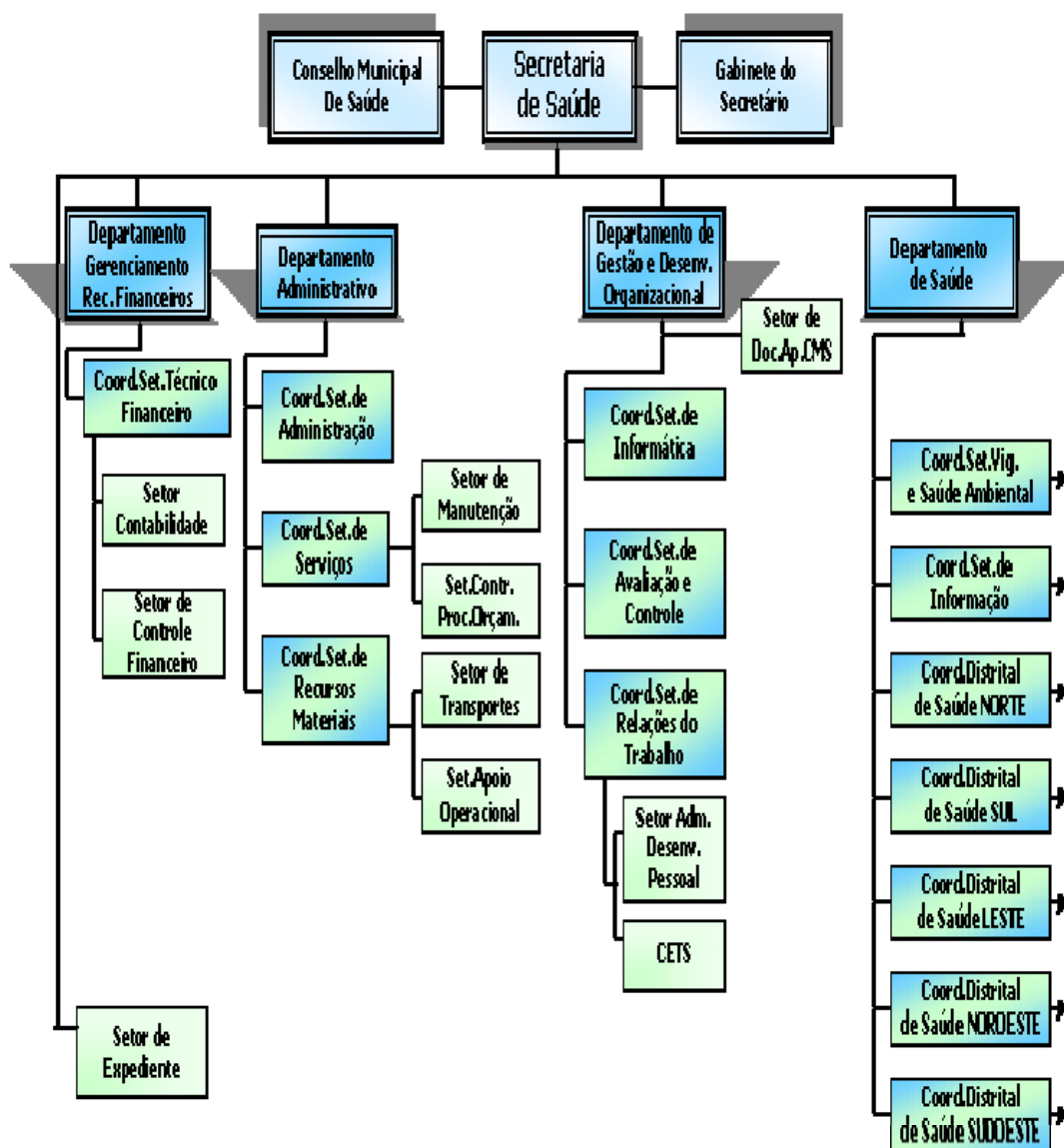
A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEP) de 1986 trouxe um processo de extinção do auxiliar de saúde pública e prazos para a formação dos auxiliares de enfermagem – categoria profissional regulamentada por esta lei para desempenhar funções de nível médio em enfermagem. Como sou ex- auxiliar de saúde pública, vivenciei e senti o esvaziamento de funções e um sentimento de inutilidade no desempenho de minhas atribuições, fato, esse, que foi reforçado com a chegada dos seus primeiros profissionais formados pelas escolas de nível médio de enfermagem da época – SENAC, COTUCA, etc. Havia muito conflito entre estas categorias profissionais e muito desdém por parte de alguns dos profissionais de saúde recém chegados pelo trabalho que até então desempenhávamos.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) optou por desenvolver um programa de formação em serviço, denominado Projeto Larga Escala (PLE), envolvendo enfermeiras tanto no ensino quanto na supervisão dos auxiliares de saúde em formação para habilitá-los como auxiliares de enfermagem. Esse projeto será problematizado neste trabalho como um dos analisadores, pois foi referido

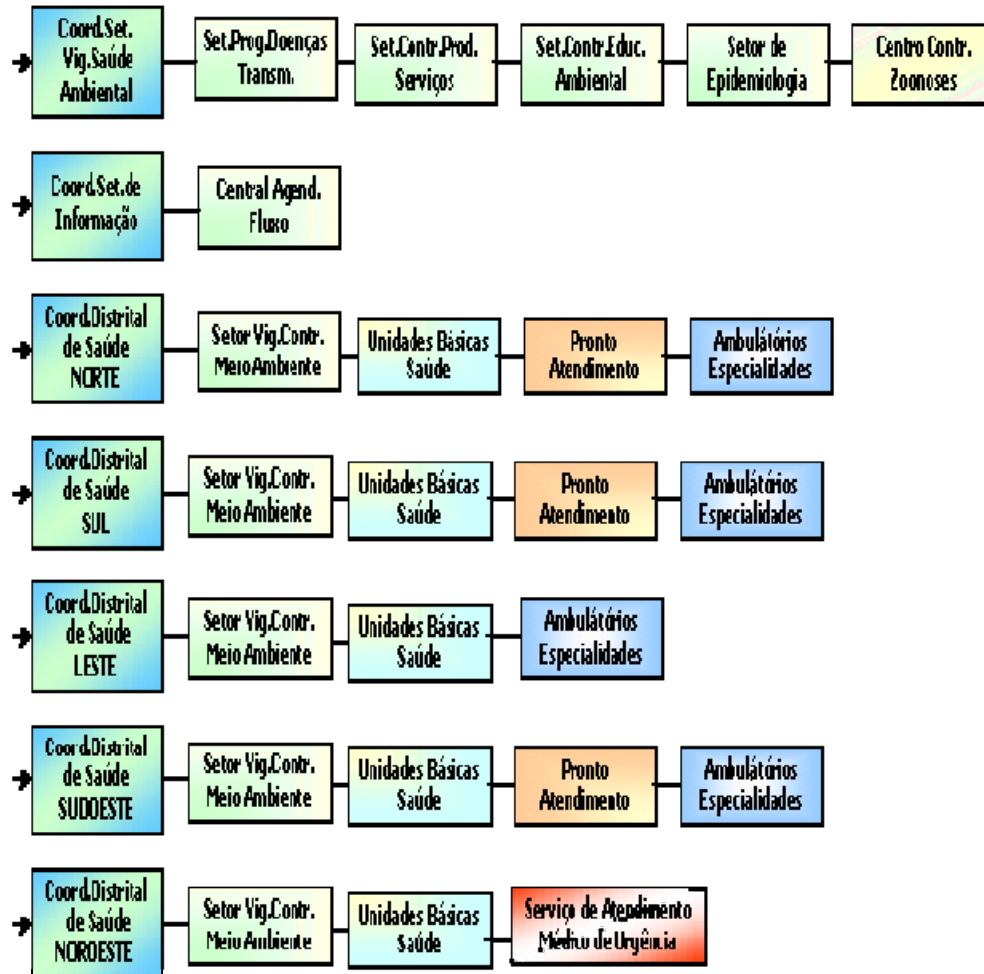
por vários entrevistados como um movimento que impactou tanto na rede de saúde de Campinas como nas vidas pessoais de cada sujeito que dele participou.

O Projeto Larga Escala surge enquanto linha de força, que, ao mesmo tempo em que formava em serviço, dando possibilidades para se refletir à prática, também valorizava o devir docente dos profissionais que realizaram capacitação pedagógica para tal função (enfermeiros, dentistas, etc.). Essa experiência vivenciada em Campinas é singular no sentido de mostrar agenciamentos e construções de novas territorialidades, renunciando dicotomias como professor/aluno, sujeito/objeto, ensino/serviço e pesquisador/pesquisado. Tive o prazer de vivenciar essa experiência do lugar de um adulto em formação.

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CONTINUAÇÃO DO ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FONTE: Portal da Saúde de Campinas

Figura 6- Organograma da SMS de Campinas, 2008.

A atual complexidade desta rede de serviços de saúde foi construída através de parcerias entre vários sujeitos, dentre eles os provenientes das Instituições de Ensino. Repensar o modelo técnico-pedagógico que a cidade tem e o papel que se desenha para a formação dos trabalhadores da saúde dentro

desse complexo sistema é um desafio para os serviços de Campinas. A exigência de uma estruturação para repensar a formação de trabalhadores para essa rede complexa de serviços de saúde faz com que o município de Campinas seja pioneiro em algumas iniciativas, dentre elas a questão do ensino e serviço como política municipal.

3.1- O Projeto Larga Escala (PLE): o devir docente do gestor/trabalhador de saúde de Campinas

“Quando eu entrei na prefeitura calhou de ter o Projeto Larga Escala (1988) e tínhamos que formar os auxiliares de saúde que havia na rede de Campinas. O CS Aeroporto tinha vários auxiliares de saúde fazendo o curso, e eu como enfermeiro avaliando. Foi muito bom participar desta fase”. (E 12).

Com a regulamentação da profissão de saúde de nível médio, os municípios se mobilizaram compondo estratégias para operacionalizar a formação em larga escala, visto que seu quadro de pessoal era prioritariamente formado por estes trabalhadores da saúde.

Existia um investimento federal com recursos do Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal (FAS /CEF) que era destinado à expansão e organização do Sistema Nacional de Saúde e investimento na formação dos então chamados de “*recursos humanos*”. O objetivo central deste investimento era capacitar os trabalhadores da saúde para operacionalizar o novo modelo de atenção, que privilegiava a Atenção Básica e a participação comunitária.

Nesse contexto, destacaram-se o Projeto Larga Escala (PLE) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal para a Saúde (PPREPS). O PPREPS foi realizado através de um acordo interministerial (1975) entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde (PESSOA, 2003). O Projeto Larga Escala foi estruturado a partir da experiência de duas incansáveis lideranças - Izabel dos Santos e Ena Galvão⁶⁸ - consolidando-se na década de 80.

Se navegarmos pelo Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, perceberemos que este macro-contexto estimulava as contratações para a função de *auxiliar de saúde pública*. Esse programa utilizou os ideários da Atenção Primária em Saúde (APS), investindo no Modelo de Medicina Comunitária. Seus objetivos eram a construção de uma rede básica de saúde como porta de entrada do sistema de saúde, e a implantação de serviços básicos de saúde e saneamento nos municípios da região Nordeste do país. Para tal, eram recrutadas *auxiliares de saúde públicas*, na própria comunidade, escolhidas por critérios de trabalho e liderança comunitária.

Em Campinas, a função auxiliar de saúde pública, foi criada na década de 70, quando houve o primeiro governo de Francisco Amaral e a seleção dos candidatos era feita através de um processo seletivo. Os requisitos mínimos exigidos era ser maior de idade, alfabetizado, ter domínio da escrita, ser morador da área e ter interesse pelos problemas do bairro⁶⁹. De uma maneira geral, esses auxiliares de saúde pública eram lideranças locais e serviam como referência para a comunidade. KIRSCHBAUM (1989) e L'ABBATE (1990) fazem um relato muito sensível à trajetória dos auxiliares de saúde pública de Campinas trazendo o

⁶⁸Ena Galvão e Izabel dos Santos zelavam pelo “*aprender fazendo*”, e debatiam que as prioridades de conteúdos ministrados pelas escolas deveria ser decidido pelo serviço de saúde, sendo que o planejamento deveria ser conjunto. Esta iniciativa de desenvolvimento de trabalhadores da saúde, transformou-se em uma política pública de educação de nível técnico no campo da saúde no Brasil.

⁶⁹O trabalho da auxiliar de saúde pública era de fazer visitas domiciliares, busca ativa dos usuários em suas residências, observando as condições de vida da população.

esvaziamento do papel sentido por esses profissionais, dentre os quais me incluía na época.

A regulamentação da profissão de nível médio em Enfermagem trouxe limites claros relacionados ao trabalho junto à comunidade, a liderança social, ao convívio com os problemas de saúde mais comuns que são atendidos pelo serviço de saúde. O Agente Comunitário de Saúde é, para mim, uma reaproximação do auxiliar de saúde pública, que estava próximo às necessidades de saúde da comunidade e do território.

A constatação de que o modo tradicional de ensinar não dava conta da educação de adultos trabalhadores e que, por isso, não impactava no cuidado em saúde, foi uma das preocupações e um dos diferenciais da proposta do Projeto Larga Escala. A possibilidade de formar o aluno em serviço fazendo a interface entre o mundo da formação e o mundo do trabalho e reconhecendo o enfermeiro e depois o dentista como professor, fazia toda a diferença nesta proposta. Para preparar os profissionais de saúde que atuariam na função de professores, foi dada uma Capacitação Pedagógica, que continha uma proposta contra-hegemônica em relação à formação que esses profissionais receberam em sua graduação.

“(...) uma coisa muito forte na minha formação foi o desenvolvimento da habilidade em preparar pessoas: preparar para fazer vacina, para fazer investigação de surto, para atender gestantes, crianças que eram o foco dos postos de antigamente (programas) (...) Quando eu atendia, era sempre ensinando alguém. E as pessoas, umas aprendiam e outras não. Ai eu ficava me questionando e tinha uma inquietação: por quê estas pessoas não aprendem? Eu achava que eu ensinava diferente e não entendia porque as pessoas não aprendiam. Isto sempre me incomodou grandemente”. Grifos meus. (E 13).

A coordenação do PLE em Campinas ficou por conta da enfermeira Jeanete Mufalo, uma pessoa muito respeitada em sua trajetória pessoal e profissional, tanto em Campinas, como em outros espaços nos quais esteve inserida⁷⁰. Alóide Madeira, que atuava no Ersa Lapa (SP) na área de desenvolvimento de recursos humanos (RH), também foi chamada para desbravar estes mares do Projeto Larga Escala campineiro. Navegar por esses mares pressupunha um grande envolvimento dos envolvidos no ensino e supervisão dos auxiliares de saúde em formação.

“(...) Fervilhava, nesta época. Era um grupo de trabalho que tinha feito a capacitação pedagógica e ficou alucinado (ênfase e emoção). A primeira turma do Projeto Larga Escala em Campinas, começou em 1989, era a época na qual o prefeito era o Jacó Bittar e o Gastão era o secretário de saúde. Era um momento muitíssimo propício para um projeto super contra-hegemônico como este. (...) Foi um movimento de criação de massa crítica dentre os enfermeiros, dentistas e outros que se interessavam e agregavam muito intenso mesmo!” Grifos meus. (E 10).

Um grupo de trabalhadores da saúde apostou em viajar neste barquinho do Projeto Larga Escala e navegar descobrindo novos mares... Esse grupo convidou muitas pessoas a viajar junto e fez sua “*carta de navegação*” singular que, hoje, serve de referência para novas viagens e descobertas.

⁷⁰Várias conversas foram realizadas entre SMS de Campinas e a PUCC e a UNICAMP no sentido de fazer a formação dos trabalhadores da saúde juntos, até porque facilitaria as certificações dos auxiliares de enfermagem que seriam formados, mas não foi possível esta parceria. O município de Campinas faz uma parceria com uma escola técnica do SUS, o CEFORH – Centro de Formação de Recursos Humanos, da cidade de Franco da Rocha para a certificação dos profissionais de saúde formados durante o projeto Larga Escala em Campinas.

“Tinha uma petição clamando por um processo de formação, tinha a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP (1986); tinha vontade política pra começar o curso, aí houve toda uma disposição de mobilizar os profissionais pra isto, e o Larga Escala aconteceu ali no Prédio da Barreto Leme, era do Estado, não era do município”. Grifos meus. (E 10).

As linhas de forças que explodiam no campo invisível levando pessoas a unir-se em prol de uma *“petição que clamava por processo de formação”* no final da década de 80, início da década de 90, foi tensionada por uma Lei Federal – movimento instituído, que regulamentava a profissão do auxiliar e técnico de enfermagem – a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (1986). Essa exigência, aprovada no Congresso Nacional e regulamentada na forma de lei, respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem, mexeu com muitas vidas em todo o país, dentre as quais a minha vida, trabalhadora da saúde, contratada em Campinas para exercer a função de *auxiliar de saúde pública*.

O Movimento da Reforma Sanitária, sem dúvida alguma, seria o ponto de partida para compreender estes vetores que apontavam junto com o Projeto Larga Escala (PLE).

“O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possam fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais, dos serviços de saúde), organizações de representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ética-política visando interesses coletivos” (VAITSMAN, 1989, p. 153).

Era o início de um processo de regulamentação de uma profissão na área da saúde, chamado em nossos cotidianos de trabalho de “*processo de extinção do auxiliar de saúde pública*”⁷¹. O prazo que tínhamos para nos formar como auxiliar de enfermagem era de dez anos! Sem dúvida alguma havia esta “*petição clamando por um processo de formação*”, e vivi isto na pele!

BASSINELLO (2007), em sua tese de doutorado, dentro de um resgate histórico-cultural da história dos auxiliares de saúde e do Projeto Larga Escala:

“Até que ponto a questão da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP foi determinante para se optar pelo auxiliar de enfermagem e não pela formação do visitador sanitário?”
(p. 2).

Contemporaneamente faz-me lembrar os Agentes Comunitários de Saúde que foram contratados para a função que se assemelha à que desempenhei quando fui auxiliar de saúde pública. Contratados tendo como pré-requisito morar na área de abrangência no qual prestaria serviços articulando a equipe de saúde e o território e tendo como uma das tarefas centrais estarem junto à população vivendo o sofrimento, lutando por melhores condições de vida, apostando em uma sociedade mais justa. As profissões da saúde e as corporações específicas... Um bom debate para o qual deixo pistas para os interessados em construir novas “*cartas de navegação*”⁷².

MEDICI ET AL (1999) citado por CECCIM (2002) traz uma discussão interessante sobre as terminologias específicas - *trabalhador da saúde e profissionais da saúde* - e os diferentes interesses que estão em jogo.

⁷¹Registro de uma dada memória não institucional, vivida por mim no cotidiano do serviço, estando no lugar de uma auxiliar de saúde pública.

⁷²Cada instância governamental tem seu papel/ atribuição: O Congresso Nacional cria leis do Exercício Profissional e a autorização para fiscalização dos conselhos de Exercício Profissional. O Ministério do Trabalho elabora pareceres acerca de demandas da regulamentação do exercício profissional. O Ministério da Saúde regulamenta aspectos da formação profissional e o Ministério da Saúde participa, indiretamente, da regulamentação das profissões em saúde, dando parecer sobre os pleitos. Estes processos implicam conflitos, pressões confrontos permanentes de interesses diversos, havendo uma relação direta com a macroestrutura e tendências econômicas e políticas são diretas.

Não pretendo aprofundar as definições conceituais, antes trazer o significado dessas definições para as vidas das pessoas, dentre as quais me incluí na época, com o objetivo de articular o momento atual que vivenciamos de articulações ensino e serviço, mundo do trabalho e formação.

Por *trabalhador da saúde* MEDICI entende:

“(...) todos que se inserem, direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou atividades de saúde, independente de ter formação específica para o exercício da função correspondente” (p. 100).

Por *profissional de saúde*, MÉDICI entende:

“(...) aqueles que estando ou não ocupados no setor saúde, detêm a formação profissional específica ou acadêmica para o desempenho da função ligada direta ou indiretamente às ações de saúde” (p.100).

NOGUEIRA (1999) traz o debate referente ao termo *trabalhador da saúde* como sendo de origem recente na literatura da Saúde Coletiva no Brasil, visto que até a década de 70, utilizou-se *“recursos humanos para a saúde”*. Para o autor, essa denominação abrangente - *trabalhador da saúde* - abarca uma heterogeneidade de ocupações, revelando processo sócio-histórico-políticos e institucionais. Parece-me interessante trazer o resgate feito por CECCIM (2002) com relação às profissões em saúde regulamentadas na tentativa de um diálogo, ainda que tímido, com nosso objeto específico⁷³.

⁷³O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução 218 de 06/03/97 regulamenta 14 profissões na área da saúde⁷³. O Conselho Nacional de Educação, por sua vez, só reconhece 12 profissões de saúde, pois entende que o Assistente Social pertence às Ciências Sociais, e o Psicólogo pertence às Ciências Humanas. A Coordenadoria de Aperfeiçoamento Pessoal da Educação Superior (CAPES), por sua vez, reconhece 10 profissões de saúde. De acordo com o Ministério do Trabalho, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) reconhece 40 ocupações na área da saúde.

Em meio à imposição legal da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEP), em 1986, vazou e escapou uma linha fina, tênue inicialmente – o Projeto Larga Escala e, mais especificamente, o Projeto Larga Escala em Campinas.

Dialogando com o poema de Carlos Drummond de Andrade – “*No meio do caminho*”, fico imaginando quantas “*pedras*” existiram neste caminho trilhado pelos envolvidos nos processos formativos em Campinas, ou nos mares desbravados neste contexto... Um turbilhão delas, eu diria! Era um momento histórico que precedeu o SUS, momento no qual a lógica de inserção de um trabalhador da saúde contemplava necessariamente a humanização, a integralidade, o trabalho em equipe, dentre outros.

“(...) momentos desta história nos quais eu participo na questão específica da formação do trabalhador para a área da saúde (...). Eu via o quanto as pessoas faziam as coisas sem entender o que estava fazendo. (...) Então um monte de coisa eu também fazia sem entender o porquê, eram procedimentos, técnicas e eu aprendia e desenvolvia a habilidade. (...) Me formei com enfermeira (...)ai eu ficava me questionando e tinha uma inquietação: porque que as pessoas não aprendem? Eu achava que eu ensinava muito diferente e não entendia porque as pessoas não aprendiam.” Grifos meus. (E 13).

Uma rede de pessoas que se interconectaram na “*petição que clamava por um processo de formação*”: um processo de formação que admitia, em sua essência, o trabalho como princípio educativo e que, muito mais do que cumprir e obedecer a uma linha dura da legislação pertinente da profissão Enfermagem ousava e desafiava provocar desvios na formação tradicional. Um acontecimento no sentido deleuziano no qual tive o prazer de participar!

De uma maneira geral, o PLE buscou a formação integral e profissionalizante dos adultos engajados nos processos de trabalho do setor saúde. A revista RADIS no ano de 2002 dedica uma parte do tema especial para algumas definições conceituais sobre “*fôrma, forma, formar*”. Não pretendo aprofundar esse debate, mas trago as contribuições de BATISTA (2004), na compreensão dos significados de “*formação*”. A autora traz um resgate das definições dicionarizadas⁷⁴.

“(...) um processo de aprendizagem ancorada na intencionalidade, nas características singulares de cada pessoa, nas especificidades de determinada sociedade, nas expectativas quanto a inserção profissional, nos projetos de vida em grupo (o conviver com as diferenças e construção de cidadania). Implica, ainda, saberes, experiências, crenças, que são utilizadas nas relações sociais, trazendo as possibilidades de transformação, troca e superação” (p. 72).

Navegar por mares tencionados por uma legislação que exigia a formação profissional na área da enfermagem (movimento instituído) e realizar um movimento singular a esta viagem, (re) inventando o instituído através da força das pessoas ligadas a diferentes níveis de governo que se uniram enquanto parceiros, estando afetados por uma inquietação comum - a dificuldade em atuar na educação de adultos trabalhadores e o baixo impacto nas propostas oficiais até então realizadas de capacitações em serviço (movimento instituinte) - revela como é bom (re) significar linhas duras como a de uma legislação! O movimento poderia ser formal e administrativo somente! Não! As pessoas envolvidas nesta viagem

⁷⁴“O significado dado para formação no Novo Aurélio século XXI (p. 928) “é ”1”. “Ato, efeito ou modo de formar 2”. “Constituição, caráter 3”. “Maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter, ou um conhecimento profissional”. No Dicionário Prático Michaelis (1999, p. 146), formação seria: “1. Dar forma 2. Ter a forma 3. Conceber, engendrar 4. Dispor em certa ordem ou em linha 5. Instruir, educar”. Finalmente, na Enciclopédia Larousse Cultural (p. 442): “1. Ação ou efeito de formar ou formar-se 2. Modo por que uma coisa se forma 3. Desenvolvimento dos órgãos de um corpo 4. Educação, instrução, caráter”.

não queriam isto e apostaram na (re) invenção dos processos de formação tendo como interface o mundo do trabalho

Acho que o Projeto Larga Escala foi isto, uma iniciativa em respeitar os sujeitos que já construíam histórias, respeitar contextos sociais, culturais, educacionais, profissionais, fazendo a interface entre o mundo do trabalho e o mundo da formação. Quando durante as entrevistas, percebi e senti a emoção que os sujeitos envolvidos traziam ao contar a história de ter participado dos processos de formação, das capacitações pedagógicas e o quanto estes movimentos tocaram suas vidas profissionais e pessoais, faz-me pensar nas linhas invisíveis que eclodiram em meio a dureza de uma lei e os interesses que essa lei oculta. É possível fazer diferente, fazer deixando marcas, vivendo bons encontros.

E o Projeto Larga Escala mexeu com vidas, com pessoas e com devires. Devir que, segundo BARROS (2007) é:

“(...) aquilo que é sem ser um, sem ser identidade, sem ser individuo (...) está o plano do incorporal, do invisível, das virtualidades (...) aquilo que se insinua entre as dicotomias, se afirmando como um dos modos de ser”. (p. 207).

É interessante registrar essas produções de subjetividades e a intensidade desses movimentos (chamados por mim de navegar em meio a mares desconhecidos) que foram contados através dos depoimentos dos entrevistados, mobilizado pelo atravessamento de uma Lei específica. A tensão do instituído (Lei Federal) e do instituinte (inquietação que levou os profissionais do Estado e Municípios a desejar uma formação para adultos) foi produzindo (des)encontros, bons afetos, (re)criações e (re)invenções. As capacitações pedagógicas realizadas em Campinas possibilitaram novas descobertas e momentos de (re)invenções, do qual participaram médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros profissionais.

Foi um momento que mexeu com afetos, emoções, subjetividades de cada um. Além da enfermagem, também foi criado o curso de auxiliares de consultórios dentários (ACD) e os dentistas da rede foram capacitados pedagogicamente para atuar na formação destes profissionais. Para a Saúde Bucal “*mexeu com tudo*”, sendo uma forma diferente de fazer, um jeito mais coletivo, a quatro mãos (dentista e ACD). Isto foi pioneiro aqui em Campinas, junto com outros lugares como Florianópolis, Curitiba, Londrina.

“Logo que eu entrei na rede de Campinas, eu passei pela Capacitação Pedagógica do Projeto Larga Escala e (...) muito do que eu aprendi na rede, com enfermeiros e auxiliares, foram de pessoas formadas pelo Larga Escala”. Grifos meus. **(E 8)**.

“Eu fui uma das dentistas que acompanhei a dispersão das auxiliares de consultório dentário. Adorei o método de Problematização, adorei a metodologia, me fez sentir professora, o questionou meu papel de mãe, de esposa, de profissional, foi muito interessante”. Grifos meu. **(E 6)**.

Ao realizar as entrevistas percebi que mobilizei um grande conteúdo afetivo nos entrevistados que vivenciaram esse momento histórico em Campinas. As histórias eram contadas com emoção, às vezes até com lágrimas ao relembrar os fatos. Interconectar essas viagens singulares foi muito interessante, até por que eu também nelas me enxerguei no papel de aluna. Muito bom este movimento! Eu não daria conta de registrar a totalidade dessas viagens, mas é bom reforçar que tais processos foram facilitados através de algumas pessoas que representavam as instituições naquele momento: Nelsão, Gastão, Jeanete, Alóide, Bete Zuza, Adriana, Vânia, Vitória, Josiane, dentre outros nomes.

“(...) eu fiz a capacitação pedagógica que contribuiu para mudanças e reflexões nas vidas das pessoas (...). Reflexão de posturas e de olhares sobre a vida. Fizemos muitas capacitações e as pessoas saíram maravilhadas dela, repensando e refletindo estes processos para suas vidas, para seus filhos, sobrinhos, seus irmãozinhos pequenos, etc. (emoção). Ficamos sensibilizados com a história dos trabalhadores de saúde de Campinas, e isto nos ajudou a pensar na construção do currículo deste trabalhador da saúde”.
(E 13).

BASSINELLO (2007) traz os seguintes questionamentos, que acredito serem importantes para reflexões de futuros projetos:

“Por que o PLE considerado como uma proposta inovadora, que em sua essência admitia o trabalho como princípio educativo, não se consolidou como processo permanente de formação, apesar dos diferenciais propostos pelo mesmo: integração ensino-serviço, currículo integrado e metodologia problematizadora? (BASSINELLO, p. 2.)

Mas o *tempo* passou, o contexto político-social mudou e os interesses igualmente se modificaram, e as demandas já eram outras... Não houve mais incentivo financeiro para a continuidade do PLE. Metaforizando o Barquinho de Ronaldo Bôscoli, “(...) o *barquinho a navegar (...)* que desliza sobre o mar (...)”. E o Projeto Larga Escala acabou...

“Pena que as iniciativas interministeriais pouco são multiplicadas. O projeto Larga Escala, por exemplo, apesar do impacto, ele também acabou por falta investimento, dentre eles o financeiro, etc.”. Grifos meus. (E 13).

Pode-se perceber, no entanto, que a rede de saúde de Campinas acumulou muito com tal experiência, amadureceu na temática da formação em saúde, desenvolveu o devir docente do trabalhador da saúde, além do protagonismo que lhe é singular. Acabou o projeto, ficaram as linhas de forças e produção de subjetividades que o produziram, produzindo afetos e afecções para novos projetos e novos desbravamentos.

3.2- A criação do CETS (1992) e a política de integração ensino e serviço (PIES)

A profissionalização que se impunha na sociedade, exigiu a abertura de escolas para essa formação específica. Nesse contexto ocorria em Campinas um “boom” de escolas, tanto de ensino técnico como de ensino superior, exigindo campos de estágio⁷⁵ para os alunos. As escolas – públicas e particulares - reportavam-se ao SUS Campinas como espaço para campo de estágio.

Uma nova responsabilidade legal apontava dessa feita na Constituição Federal (1988) direcionada ao SUS:

“(...) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. (BRASIL, 1988, art. 200, inciso III)

⁷⁵Segundo a LEI FEDERAL Nº 11.788 (DE 25 DE SETEMBRO DE 2008), o estágio é um “(...) ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (...) faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando (...), e visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho (...) poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso”. (artigo 1, parágrafos 1 e 2).

Um avanço, um dever, uma obrigação, uma responsabilidade? E... E...?
Ou... Ou...?

Se a Constituição Federal determinou a responsabilidade em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde para o SUS, seria necessário que os gestores se apropriassem dessa responsabilidade, debatendo e problematizando com os trabalhadores da saúde.

Em meio a esses movimentos do barquinho foi criado, em 1992, o Centro de Educação do trabalhador da saúde (CETS), fruto de uma união do grupo responsável pelo Núcleo de Educação em Saúde, coordenado pela Vitória Mendes, e do grupo que era referência para o Projeto Larga Escala (ANEXO 9).

“(...) o CETS foi criado por um grupo que enxergava a importância não só da Educação, mas de todos os princípios participativos e das ações coletivas. Existem algumas diferenças no plano das idéias, mas o princípio maior é a transformação da realidade, da transformação da sociedade e da criação de uma sociedade mais democrática e com mais justiça social, além da saúde para todos. Hoje, o CETS é um órgão que, de certa forma, congrega a Educação Permanente (EP⁷⁶) que tem esta missão, do ponto de vista da educação”.

Grifos meus. **(E15)**.

Quando o Projeto Larga Escala (PLE) terminou suas atividades de formação em Campinas houve uma tensão no CETS, visto que existiu um esvaziamento em seu papel inicial, que era a formação de profissionais para o sistema de saúde. Foi nesse momento de desterritorialização de papéis que a

⁷⁶Segundo CECCIM & FERLA (s/d) a Educação Permanente é entendida como prática de ensino aprendizagem e política de educação na saúde. Como prática de ensino e aprendizagem, produz conhecimento no cotidiano das instituições em saúde a partir da realidade vivida pelos envolvidos, e como política de educação permanente envolve a contribuição do ensino à construção do SUS. A Educação Permanente baseia-se no ensino problematizador e no quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

relação ensino e serviço teve a centralidade na gestão enquanto prioridade para o governo.

Em meio aos (des)encontros e (re)invenções, esse órgão foi se constituindo, não tendo a política de ensino e serviço como uma prioridade inicial. Essa temática específica foi-se apresentando e exigindo um olhar de gestor, razão pela qual, foi-se constituindo como uma das atribuições desse órgão. O cuidado inicial que se tinha com os estágios era muito pontual e a rede de serviços de saúde era campo de estágios para várias escolas sem uma pactuação prévia ou um convênio assinado.

“(...) fazíamos informalmente, na raça, e não tínhamos um olhar de gestor sobre isto. Tudo no Ensino e Serviço começou da boa vontade de alguns e foi crescendo e a gente teve que tomar conta disto de uma forma mais sistematizada, organizada e assumida pela instituição. Quando a gente foi tomar pé disto, já era grande, a relação já estava dada: não tivemos o trabalho de inserir as Escolas, esta relação já acontecia e já fazia parte da rotina das Unidades receber alunos. Claro que sem cuidado e sem pactuação prévia”.
Grifo meu. **(E 6)**.

Segundo o depoimento de alguns entrevistados, desde a criação da Secretaria de Municipal de Campinas, em 1968, já existiam iniciativas embrionárias de integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino.

“(...) a política de integração ensino e serviço começa como embrião desde quando foi montada a Secretaria de Saúde de Campinas, em 1968 desmembrando da Secretaria de Assistência Social, e denominando Secretaria Municipal de Saúde. Já tínhamos pequenos embriões: alunos de Medicina

naquela época, da PUC e da Unicamp, do Departamento de Medicina Preventiva, eles já vinham fazer um estágio dentro dos nossos serviços, com a orientação de médicos que eram os responsáveis pelos serviços, porque não tínhamos coordenadores de unidades”. Grifos meus. (E 12).

Os estágios eram informais, não havendo registros, resoluções, normas ou uma política específica que tomasse essa temática enquanto uma ação de governo. Os primeiros alunos foram do Curso de Medicina, logo em seguida os alunos do curso de auxiliar de enfermagem, com acordos diretos entre o docente e os serviços

“No segundo ano da Faculdade eu tive o prazer de ter uma disciplina (um período semanal à tarde) que tinha como docente o Nelsão. Na época ele levava os alunos, para conhecer todos os centros de saúde do Estado que tinha na rede. Eu fiz um estágio pequeno, lá no Centro de Saúde do Jardim Aurélia, onde eu conheci a Haydée (coordenadora do Centro de Saúde), em 1980. Lembro-me que um grupo foi para o CS Barão Geraldo e outro grupo foi para o CS Faria Lima. Achei fascinante aquele lugar de trabalho, a forma de trabalhar na saúde”. Grifos meus. (E 14).

Essa entrevista tocou-me muito, pois existia um brilho no olhar do entrevistado, enquanto contava essa experiência. Percebi que para esse profissional de saúde, atualmente ligado à rede de serviços de saúde de Campinas e à Universidade, contar essa história mobilizou muitos afetos. Tocada, viajei pela história que trazia o resgate de sua vida pessoal junto a seus pais, esposa, etc, e de seus ideais enquanto trabalhador do SUS implicado com o processo de formação em saúde. Esse momento de leveza da entrevista foi vivido em outros momentos também, e como me afetou!

Algumas iniciativas do Departamento de Pediatria Social da Unicamp foram mencionadas como inovadoras para a relação ensino e serviço, bem como o pioneirismo dos Centros de Saúde Faria Lima e do Centro de Saúde Aurélia. Quando a UNICAMP inicia seus primeiros estágios - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Departamento de Pediatria Social, dentre outros - a rede de serviços de saúde já tinha se constituído, e a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP) teve uma participação importante nessa consolidação inicial. A PUCAMP apostou na estruturação de uma rede docente assistencial na área atual do Distrito Noroeste e em Centros de Saúde em co-gestão com a Secretaria de Saúde na época⁷⁷.

“Eu achei uma maravilha total (enfático), além de ser inovador (...), pois apesar de ser algo informal, sem nenhum convênio firmado, não institucionalizado, foi somente um acordo entre professor e o coordenador do posto de saúde (...) e começou o estágio e pronto! Só depois, muitos anos depois, que fomos formalizar este estágio. Um estágio regular, todo mundo do quarto ano de Medicina passava lá o ano inteiro, com os docentes o tempo todo. Também recebemos no CS Aurélia, a Residência. E eles começaram a passar no Jardim Aurélia: Rita Donalísio, Edson Papi, Fernando Chacra (passou como graduando e residente), Teixeira, bastante gente que ta nesta rede e na Universidade estagiou lá”. (E 17).

⁷⁷O Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUCAMP, criado em 1981, foi composto por ex-docentes da UNICAMP e trabalhadores da saúde. GARCIA (1997) aprofunda esta história e nos conta que o prof. Dr Miguel Tobar Acosta (ex coordenador do DMPS da Unicamp) e o Dr José Ramos de Oliveira fizeram parte da coordenação do DMSP da PUCAMP. O Programa de Medicina Comunitária em Campinas, foi o norteador na implantação da rede básica já em 1976, formada pelos Centros de Saúde da PUCAMP: CS Perseu, CS Castelo Branco, CS Ipaussurama, CS Campos Elíseos, dentre outros. A PUCAMP cedia trabalhadores da saúde do Programa Docente Assistencial para trabalhar nos serviços de saúde, que posteriormente foram municipalizados. Esta organização da rede de serviços relacionada à PUCAMP garantiu uma mais antiga vinculação com a rede de serviços de Campinas. A UNICAMP, por sua vez, com seu Departamento de Medicina Preventiva e Social (inaugurado em 1965) e sob a coordenação do Prof. Dr Miguel Ignácio Tobar Acosta, teve seu primeiro trabalho de integração com a comunidade no bairro do Jardim dos Oliveiras. Na década de 70, desenvolveu o Programa Docente Assistencial na cidade de Paulínia (SP), só retornando para Campinas na década de 90 quando rede de serviços de saúde já tinha uma consolidação.

Inicialmente o barquinho moveu-se no sentido de mapear e quantificar quais escolas estagiavam em Campinas, até então não conhecidos em sua totalidade pelo gestor municipal. Esse movimento inicial deu um trabalhão, uma vez que foi realizado de maneira manual, um a um!

“(...) eu tive absoluta clareza que isto tinha que fazer parte da nossa preocupação. É algo super importante a gente cuidar de um jeito diferente de fazer, aliado ao fato de que eles seriam trabalhadores nossos e a gente não rompia o ciclo que era receber um conjunto de trabalhadores que precisavam passar por um monte de capacitação para saber fazer um monte de coisa que a gente precisava”. Grifos meus. **(E 13)**.

O movimento foi legítimo, responsabilidade do gestor, e Campinas assumiu por intermédio do CETS com muita competência e dedicação. A partir daí o plano de organização, de referência e hierarquização adotado impunha instrumentos de controle e avaliação dos estágios: planilhas, avaliações, documentos de intercorrência com estágios, pedidos formais para estágio na rede de serviços de saúde de Campinas, convênio, contrapartidas, etc.

“Deixamos muito claro que as regras não eram para fazer uma lei, uma burocracia. A gente começou a esclarecer isto junto as Escolas que tudo isto tinha um sentido. (...) Porque do jeito que tava antes, entrava quem chegava à frente, quem pedia primeiro. (...) as escolas começaram a gostar. O nosso interesse era acomodar a todos, que todos os alunos conhecessem o nosso SUS”. Grifos meus. **(E 13)**.

Muitos depoimentos referem que houve um grande avanço com esse mapeamento dos estágios no município de Campinas. Essa experiência tem servido de referência enquanto projeto ensino e serviço para outras localidades. Outros depoimentos, no entanto, revelam que ainda se prende muito as essas linhas duras, molares, ou seja, as tensões e conflitos ainda são trabalhados de forma amadora, merecendo outros aprofundamentos referentes à causa específica e não somente ao efeito. Que fluxos seriam esses que se apresentavam e não encaixavam nessas linhas mais duras? E os desvios que se formam nos cotidianos, pedindo novas entradas, transformações e novas “*cartas de navegação*”? Como são tratados esses movimentos?

“Acho que tivemos um tempo, uma ordem de necessidades nas quais as coisas foram acontecendo e a política de integração ensino e serviço se potencializou mais, foram criando instrumentos, fortalecendo a política de ensino e serviço. Então eu não diria que foram as pessoas e sim, os processos, apesar de reconhecer que alguns sujeitos foram importantes no fortalecimento destes processos”. Grifos meus. **(E 6)**.

Se não sabíamos inicialmente quais eram as escolas que estagiavam em Campinas e quantos alunos eram no total, também não tínhamos uma sistematização para receber e acolher esses alunos. Ainda era algo novo e gerava uma mudança significativa nos processos de trabalho de cada serviço de saúde. A dimensão do ensino na saúde possibilitou uma reflexão e uma ampliação do papel do setor saúde, bem como tencionou a construção de metodologias que facilitassem a articulação e integração entre as diferentes instituições, através de praticas pedagógicas realizadas por sujeitos implicados com a produção de saúde.

“Nesta época eu ainda não tinha algo mais sistematizado pra Universidade: ela ainda me apavorava, como eu acho que apavora e intimida os coordenadores novos hoje. (...) Eu tinha medo de sugerir atividades para os alunos, mas ainda assim a gente conseguia negociar. Negociava a inserção dos alunos, o compromisso que a Universidade ia assumir em relação à assistência, a contribuição, etc. (...) Acredito que a Política de Integração Ensino e Serviço do Município de Campinas é um super desafio, se formos pensar em todo o município de Campinas. Atualmente são milhares de alunos que passam por ano em Campinas, além dos residentes, das mais diferentes escolas do campo da saúde”. Grifos meus. (E 17).

Apesar disso, um dos entrevistados, relata as marcas deixadas por esses encontros ocorridos na década de 80:

“Foi muito interessante quando a coordenação do CS Aurélia - Haydée, levou a gente (alunos) para mostrar a área de cobertura do Centro de Saúde. Fiquei com a expectativa de trabalhar um dia em uma unidade de saúde parecida. Foi uma experiência muito rica e marcante para mim”. Grifos meus. (E 14).

As parcerias com a PUCCAMP, por exemplo, foram citadas como tendo uma organização interna que facilitava a parceria e o diálogo. O coordenador pedagógico, que servia como referência para o diálogo inter e intra-institucional, foi citado como um facilitador nos processos. Além disso, os fóruns ampliados realizados entre serviços de saúde da SMS de Campinas, usuários, docentes e discentes, são experiências que hoje são multiplicadas com outras instituições de ensino.

“No começo não tinha tanto envolvimento dos docentes. A gente foi construindo de uma forma tão tranqüila, e as pessoas vendo a necessidade de discutir mais sobre o assunto: discutindo objetivos da instituição formadora e da saúde, acertando as arestas que sempre ficam (o alunos traz uma necessidade e o serviço de saúde tem outra): então começou a ter maior participação. Então no primeiro Seminário junto com a Instituição de ensino e a rede de serviços de saúde, discutimos os cenários de práticas, começamos a fazer estas discussões”. Grifos meus. (E 6).

A história se construía, em um movimento de (re)invenção de novos territórios, inicialmente fruto da relação unicamente entre as pessoas, não sendo algo institucionalizado. Com o passar dos anos, essa forma de inserção de alunos e docentes, bem como a relação com os serviços de saúde, foi-se mostrando limitada. Navegar por esses mares informais da relação ensino e serviço, tencionou a construção de “*cartas de navegação*”, baseadas na singularidade do que se construía no processo. O objetivo dessas cartas era ajudar novos viajantes, sem cercear movimentos e criatividade, possibilitando aos curiosos o navegar por outros mares, fazendo outras paradas. Era importante mostrar locais de turbulência (ex: aluno que se acidentava durante o estágio, não tendo um seguro de vida, não tendo a proteção de vacinas, dentre outros). Os processos exigiam tais sistematizações.

“Antigamente (...) a maioria dos estágios ninguém sabia onde passava, fazia contato direto com o coordenador (...), e era algo solto”. Grifos meus. (E 3).

Alguns limites referentes a essa ação informal foram pontuados pelos entrevistados, como as escolas que chegavam na frente pegavam o estágio, outras eram excluídas, não havendo um controle deste movimento. Não havia metas e nem eram conhecidos os objetivos dos estágios.

“A gente não sentava pra amarrar as coisas, os docentes apareciam pouco naquela época pra conversar com a gente, ficava a critério do coordenador e do enfermeiro que tinham boa vontade em colaborar com a Universidade. Eu, por exemplo, por ter sido aluna da Unicamp, por gostar de aluno, acabei me interessando e me oferecendo e ficando como referência. (...) foi quando eu despertei mesmo para a seriedade do que eu estava fazendo”. Grifos meus. (E 8).

A complexidade dessas relações e a necessidade de sistematizar estes processos, tencionou o gestor municipal em Campinas a ter outro olhar para esse tema. A criação de uma política municipal que tratasse da interface entre mundo da formação e mundo do trabalho, chamada de Política de Ensino e Serviço (PIES)⁷⁸, baseou-se nesses tencionamentos vivenciados no cotidiano dos serviços e na responsabilidade constitucional dada ao gestor do SUS – ordenar recursos humanos na área da saúde. Esse foi um movimento no qual foram disparados processos de desterritorialização e reterritorialização, tanto nos serviços de saúde quanto nas instituições de ensino.

“(...) queríamos institucionalizar estas relações, garantindo um convênio e um suporte jurídico. Reconhecemos que, somente o papel não tem o poder de garantir uma relação, mas a relação sem um suporte jurídico fica prejudicada”. (E 6).

A partir de 2001 inicia-se um marco do Ensino e Serviço em Campinas, quando é instituída a Política de Integração Ensino e Serviço (PIES). No contexto político assumiram como prefeito, Antonio da Costa Santos - o Toninho do PT⁷⁹ e,

⁷⁸A PIES foi implantada no final de 2004, objetivando articulação interinstitucional para contribuir na formação de recursos humanos para o SUS e tendo como pressuposto que é competência do gestor do SUS atuar na formação em saúde, conforme legislação. Esta política afirma que toda a rede de Campinas é espaço de formação para a saúde.

⁷⁹Toninho administra a cidade até 11 de setembro de 2001, quando foi brutalmente assassinado.

em seguida, Izalene Tiene. Como Secretário de Saúde de Campinas assume, inicialmente, Dr. Gastão de Wagner Souza Campos – professor do DMPS/FCM/ Unicamp (até 2002), e em seguida Dra Maria do Carmo Carpintéro – a Carminha, também professora da PUCCAMP.

“Esta foi uma grande criação: a Política de Ensino e Serviço. Isto já começou a Adriana, a Jeanete instituiu de forma mais organizada e a Alóide que manteve a mesma linha, pegando aquilo que a gente já estava construindo. Realmente hoje está organizado o Ensino e Serviço, não somente na questão de estágios (ensino), mas nas pesquisas também (todo o projeto que passa na rede deve ser produtivo, tanto para quem passa quanto para a rede)”. (E 15).

“A idéia deste negócio que foi chamado de Política de Integração Ensino e Serviço para dar um nome chique, para causar impacto (risos)... O Gastão e a Carminha eram Secretários de Saúde e deram todo apoio para pensar esta questão”. Grifo meu. (E 13).

Essa criação passou por movimentos singulares e envolveu pessoas muito respeitadas pelas mediações em Campinas. A enfermeira Jeanete Mufalo, uma das coordenadoras do Projeto Larga Escala em Campinas voltava de Brasília nesta época e, tocada pelo tema da formação em saúde, dispôs-se junto com uma equipe de trabalho trazer o tema do *ensino e serviço* como prioridade de governo e ação política.

“(...) é algo super importante a gente cuidar de um jeito diferente de fazer, aliado ao fato de que estes alunos seriam nossos futuros trabalhadores. A tentativa era de romper o ciclo que era receber um conjunto de trabalhadores que precisavam passar por um monte de capacitação para saber fazer um monte de coisa que a gente precisava.” (E 13).

Vânia Barthmann, dentista da rede de Campinas, foi chamada para liderar essa discussão, enfrentando a informalidade das inserções de estágios em Campinas. Esse foi o momento de rastreamento, mapeamento dos estágios e escolas e reconhecimento dos diferentes parceiros institucionais ligados às instituições de ensino. Tal mapeamento foi manual e deu muito trabalho e contou com a ajuda e apoio de um grupo de trabalho realmente interessado na composição de uma política municipal, que necessitaria primeiramente conhecer quem são os parceiros existentes nos serviços de saúde.

“Eu participei de um grande levantamento e mapeamento de alunos (diagnóstico). Alguns a gente sabia onde estavam, e outros a gente nem conhecia. O levantamento foi feito Centro de Saúde por Centro de Saúde, algo manual, ligando e perguntando: vocês têm alunos estagiando aí? As respostas eram as mais diversas: “recebo, mas este semestre não veio”, “só vem semestre que vem”, “é tal professor, de tal escola”, ou, “veio e nunca mais voltou”. Grifo meu. (E 6).

Os serviços de saúde de Campinas foram orientados a remeter ao CETS todo o pedido de estágios e pesquisas:

“Então os pedidos que chegarem para vocês de pesquisa, de estágio, traga para o CETS para a gente cuidar disso.” (E 10).

A partir desse mapeamento dos estágios existentes, o setor técnico-jurídico da Secretária de Saúde, na pessoa de Sheila Carmanhanes Moreira, enfermeira e advogada, firmou convênios entre instituições de ensino e serviços de saúde de Campinas, até então inexistentes. Nessa época foi criado o documento de Normatização de Estágios (ANEXO 10), inovador na re-organização proposta em relação aos serviços de saúde e instituições de ensino. Esse instrumento é um contrato jurídico⁸⁰ com algumas definições e orientações sobre: solicitação e supervisão de campos de estágio, planejamento por área, apresentação do campo de estágio, pactuação do horário de entrada e saída, uso de materiais, uniforme, relação de alunos, substituição de docentes, objetos pessoais, alimentação e estacionamento, critérios para suspensão de estágios e o registro no prontuário.

Para aprofundar o olhar sobre o tema foi criada uma Comissão de Apoio aos estágios⁸¹, que se reunia mensalmente para reavaliar e discutir as estratégias relacionadas às parcerias entre serviços de saúde de Campinas e instituições de ensino. Para garantir a normatização desses estágios, foram criados instrumentos específicos, inovadores no sentido da organização proposta em relação à integração ensino e serviço e às parcerias com escolas.

Esses novos territórios que se construíam a partir de desterritorialização e reterritorialização disparavam a emergência de um diálogo interinstitucional. A percepção que isso causava inicialmente era de um controle. Para esse debate foram chamadas as Escolas, em um movimento inovador e dialógico com os serviços de saúde, para discutir a emergência da contratualização entre os pares

⁸⁰**Exigências contratuais:** ofício endereçado a SMS demonstrando o interesse em formalizar o convênio com a SMS; documentação dos responsáveis pelo curso e que firmariam os convênios em nome da Instituição; documentação específica da Instituição de Ensino; Estatuto Social na íntegra; declaração que os responsáveis pela Instituição não possuem cargo ou função de chefia em órgãos vinculados ao SUS Campinas; autorização do MEC para funcionamento do curso e do estabelecimento de ensino; autorização do Conselho para cursos profissionalizantes; nomeação de responsáveis técnicos dos cursos; apólice nominal de seguro de acidentes pessoais para cada estagiário. (**Fonte:** Relatório de Gestão SMS, 2001-2004.)

⁸¹Esta comissão de estágios, atualmente chamada de Comitê de Ensino e Serviço, foi sendo aprimorado e se mantém composto por representantes do CETS, Núcleo de Relações do Trabalho, do Hospital Mário Gatti, de um apoiador de ensino e serviço de cada Distrito de Saúde.

e da sistematização dos estágios existentes. Foi explicado que o movimento realizado serviria para organizar e responsabilizar os parceiros institucionais de forma que facilitasse as relações entre as partes.

“Fizemos um movimento de discussão e definições de papéis, de responsabilidades institucionais e de articulação com todos os sujeitos do processo (serviços, escolas)”. Grifos meus.

(E 2).

É natural que devido aos movimentos de contratos interinstitucionais que exigiam pactuações entre os envolvidos; algumas das exigências foram entendidas como verticais e controladoras (ex: inserção de alunos mediante vacinação, seguro de acidentes pessoais garantido previamente, dentre outros). O importante era não ser capturado por essas exigências de maneira a não dar possibilidade para o novo, o inusitado e para a (re) invenção. Como fazer isso? Só construindo e dando-se ao direito de errar/ acertar (ou nem um e nem outro)! O importante era o movimento de construção!

Uma das propostas era que as intercorrências verificadas durante o estágio deixassem de ser meras “*picuinhas*” e pudessem ser trabalhadas e (re)contratadas entre o serviço de saúde e a instituição de ensino ou notificadas através de um instrumento de intercorrência de estágios (ANEXO 11), evitando os conflitos desnecessários. Para incentivar que os serviços de saúde e as instituições de ensino fizessem um movimento avaliativo processual, foi criado o instrumento de Avaliação de Estágios, elaborado no ano de 2004, apesar de seu uso ser ainda incipiente pelos serviços de saúde (Anexo 12). Esses instrumentos facilitam a relação inter e intra-institucional colaborando com ações mais profissionais e evitando conflitos desnecessários entre os envolvidos. Tais instrumentos são referências para outros municípios, que os utilizam como dispositivos de gestão da relação ensino e serviço.

Outro momento importante relacionado ao ensino e serviço em Campinas foi a realização de um Seminário com a PUCCAMP (final de 2002). Esse Seminário teve a participação ampliada sendo um momento de avaliação e repactuação dos Campos de Estágios. Ficou contratada certa territorialização dos estágios, dentre ela que a região Noroeste da cidade seria a referência para estágios da PUCCAMP. Atualmente acontecem oficinas periódicas no distrito Noroeste tendo participação de gestor, trabalhador da saúde, alunos, docentes e conselheiros usuários, sendo referência para outros debates com instituições de ensino.

“Em dezembro de 2004 nós conseguimos assinar, no final da gestão da Carminha, depois de quatro anos de conversação, o Convênio de Ensino e Serviço com a UNICAMP e da PUCC. O convênio com a PUCC foi muito bom, com cláusulas, artigos e parágrafos, construídos todos coletivamente, entre os distritos Leste e Noroeste, o CETS, e com o RH e a PUCC”.

(E 6).

De uma maneira geral, as atribuições do CETS se relacionam à formulação, proposição de diretrizes, acompanhamento e avaliação dessa Política de Integração Ensino e Serviço (PIES), bem como ao estímulo do trabalhador da saúde para a reflexão sobre a dimensão educativa do seu papel educacional.

*“(...) para implantar isso como uma ação política tinha que dar alguns passos: trabalhar com os gestores locais o papel deles dentro dessa ordenação. Enfrentar o tema de maneira diferente, cuidar de outro jeito, e trabalhar de maneira mais profissional.” Grifos meus. **(E 10).***

Dentro da PIES a rede de serviços de saúde de Campinas é entendida como espaço de formação:

“Toda e qualquer unidade ou serviço da rede pública de Campinas é considerada campo de estágio em potencial (...)”
(SMS/CAMPINAS, 2001, p. 1)

Esse entendimento de que toda a rede de serviços de saúde de Campinas é campo de formação tem gerado forte discussão e problematização, uma vez que algumas unidades têm dificuldade estrutural (espaço físico) para desempenhar essa função e utiliza-se de parcerias com Igrejas e Escolas para tais funções de acolhimento.

“Falta espaço para se fazer uma discussão de caso, construção de projeto terapêutico. Debaixo da goiabeira, no sol, não tem condição mínima para tal. Um dia dá, mas fazer isto sempre, não dá.” (E 18).

Outro questionamento feito pelos serviços de saúde de Campinas é sobre o processo de Educação Permanente que os gestores e trabalhadores da saúde precisariam ter para desenvolverem a habilidade e competência pedagógica para receber alunos. Isso, na maioria das vezes, acontece na contramão, ou seja, os alunos chegam e o serviço não está apropriado de como recebê-los, apesar dos investimentos e espaços de diálogo estabelecidos pelo CETS junto a gestores locais e instituições de Ensino. Ainda percebe-se um vazio no investimento pedagógico destas equipes.

Em 2003 o CETS contribuiu para discussões pedagógicas no Curso de Apoio Didático-Pedagógico para docentes e tutores de serviço, ou seja, profissionais dos serviços de saúde que atuavam em parceria com os docentes da

Universidade. Esse curso teve como objetivo qualificar as relações ensino e serviço, respeitando o modelo de atenção vigente na época. Essa capacitação pedagógica da qual eu participei enquanto tutora de serviço, foi bem avaliada pelos demais participantes e deveria ser ampliada para a rede de serviços de saúde de Campinas.

Com relação ao tutor de serviço, ainda existem muitos mares a serem navegados e descobertos. As turbulências são muitas, quando se trata dessas viagens. A SMS de Campinas liberou profissionais de saúde para atuarem como *tutor de serviço* para o quarto ano de Medicina da FCM/ UNICAMP, curso vinculado ao PROMED. Da carga horária semanal desses profissionais de saúde (36 horas), 4 horas eram liberadas pela Secretaria e eram remuneradas pela UNICAMP através do PROMED. Isto gerou e tem gerado muitos conflitos nos locais onde existem tutores de serviço.

Os tutores de serviço do Curso de Enfermagem, que não são contemplados com o PROMED (que é específico para a Medicina), mas que são contemplados com o PRÓ-SAÚDE, recebem certificação da Unicamp pelo trabalho realizado, mas não recebem remuneração financeira para a função. A Residência em Medicina Preventiva e Social do DMPS/FCM/UNICAMP certificava o profissional de saúde que atuava como *tutor de serviço* pelo trabalho realizado, mas no ano de 2008 foi suspensa esta certificação devido a questões administrativas relacionadas à Diretoria Acadêmica da Unicamp (DAC), que não autoriza a certificação de carga horária a não ser para o docente.

E o barquinho da tutoria em serviço continua a navegar, ora viajando por mares tranquilos, ora sendo atravessado por tempestades. Essa função de tutor de serviço ainda é polêmica e precisa ser debatida e problematizada, além de “nós” a serem enfrentados. Afinal de contas quem é este tutor? Um substituto do professor? Um articulador e mediador inter e intra-institucional? Quem lhe estimula e potencializa para tal competência e habilidade?

Outro movimento importante do qual o CETS teve ação central, foi o Projeto Piloto de Vivências e Estágios na realidade do SUS - VERSUS, que aconteceu em julho de 2004. O VERSUS foi um projeto desenvolvido em 2003 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGETS) em parceria com o Movimento Estudantil. O objetivo desse projeto era aproximar os estudantes universitários dos cenários de prática concretos do Sistema Único de Saúde, rediscutindo o projeto político-pedagógico e a implantação das mudanças curriculares das graduações da saúde.

“(...) o Projeto VERSUS que aconteceu em Campinas, permitia uma modalidade de estágio que ainda não existia. A equipe do Ministério da Saúde (SEGETS) se apropriava da questão de ordenar formação de recursos humanos para o SUS. Era a época do Promed, e nosso slogan era conquistar mentes e corações enquanto ainda é estudante, isso era muito bom.”
Grifo meu. (E 10).

Segundo os entrevistados a experiência com o VERSUS foi positiva, e foi comparada a uma *“sensação de sentir-se importante ao ter alguém de tão distante conhecendo o serviço”*. O VERSUS *“acabou”* enquanto política ministerial, mas o barquinho do SUS continuou a navegar. Os mares campineiros da construção do SUS continuavam a chamar a atenção dos alunos, que faziam contatos informais para a realização de estágios extracurriculares.

A Universidade de Farmácia e Odontologia de Alfenas (UFOA) mantinha estágios extracurriculares em Campinas há muitos anos. Inicialmente o contato era de *“barquinho para barquinho”*, informal, pedindo para conhecer os mares campineiros. E foram experiências singulares, segundo o depoimento dos entrevistados! Essas cartas náuticas iniciais realizadas

informalmente foram sistematizadas, surgindo uma nova carta de navegação denominada Estágios de Vivência no SUS Campinas, uma iniciativa municipal de apresentar a rede de serviços de saúde da cidade. Atualmente há um convênio instituído entre as instituições envolvidas. O Estágio de Vivência na realidade do SUS Campinas é uma adaptação feita pelo CETS do antigo estágio do VERSUS, sendo uma iniciativa local dos estudantes em parceria com o CETS, não tendo apoio financeiro do MS.

Desta forma o CETS juntamente com os alunos interessados, desenvolveram o Estágio de Vivência na realidade do SUS Campinas – uma espécie de adaptação do VERSUS – sem o apoio financeiro do MS, no entanto. Os objetivos destes estágios são:

“Provocar reflexões acerca do papel do estudante enquanto agente transformador da realidade social; contribuir para a construção da consciência acerca da saúde em seu conceito ampliado; sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores do sistema de saúde, estimulando as discussões e as práticas de educação permanente, reafirmando o SUS em suas ações; estimular a participação popular para efetivação do controle social; valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes do espaço de vivência no processo da Reforma Sanitária e propiciar a criação de espaços de disseminação e discussão da proposta do Projeto VER-SU”.
(CETS/SMS, 2009, p. 1)

Em meio ao número crescente de alunos que vêm para esses estágios, esta carta ajuda a não deixar o barquinho afundar, caso todos queiram passear no barquinho ao mesmo tempo, permitindo com que todos aproveitem do momento, além de deixarem contribuições para os novos navegantes⁸².

“Vir para Campinas foi uma iniciativa pessoal. Vim por ter ouvido falar de como funcionava o SUS daqui e seus avanços. Vim para conhecer tudo o que fosse possível durante o Estágio de Vivência. Vim por uma deficiência na minha formação básica. Eu posso falar que não tive nada sobre Atenção Básica no meu curso. O olhar que tive foi por desejo próprio, por correr atrás. A partir daí comecei a buscar algumas Secretarias de Saúde que tinham uma história interessante e Campinas era uma delas.” Grifo meu. **(E 36)**.

Durante essa entrevista, uma nova viagem me era apresentada: esse ex-aluno do Estágio de Vivência no SUS Campinas atual trabalhador do SUS, fez-me lembrar o brilho nos olhos e a “*fome pelo conhecimento*” que demonstrava durante o curto período no qual esteve estagiando conosco. Seu interesse sempre me tocou e à equipe de saúde também. A opção e escolha do aluno por estar no SUS e na Atenção Básica faziam toda diferença durante o bom encontro que se formava. Ouvi-lo dizendo que aprendeu a trabalhar em equipe quando entrou em nosso barquinho e remou junto com nossos agentes de saúde, médicos, auxiliares de enfermagem, dentistas, dentre outros profissionais, debatendo as viagens, as turbulências, foi algo de um valor inominável e gratificante.

⁸²Ao término do de vivência no SUS Campinas é solicitada uma avaliação crítica do estágio e das percepções sobre o sistema de saúde local. Esta avaliação serve como instrumento de qualificação da rede de serviços do município.

3.3- O CETS e os desafios atuais relacionados ao *ensino e serviço*: novas cartas de navegação?

O esforço dos sujeitos envolvidos no processo de criação e desenvolvimento do CETS é reconhecido pelos entrevistados. O desbravamento de novos mares na relação ensino e serviço em Campinas e o avanço de uma política específica nessa área são valorizados pela grande maioria dos entrevistados. Desbravamentos rumo ao olhar do gestor sobre os estágios, até então informais: mapeamento e sistematização realizados; estabelecimento de convênios com escolas, contratos claros entre os parceiros, contrapartidas, cuidado com as pesquisas realizadas; criação de instrumentos específicos para facilitar a integração entre serviços de saúde e instituições de ensino (avaliação, intercorrências, pedido de estágios, dentre outros), são exemplos de cartas de navegação que referenciam outras viagens. Um desbravamento, sem dúvida!

Os movimentos que tencionaram novas cartas de navegação relacionadas ao ensino e serviço em Campinas, dando-lhe a singularidade de uma rede de saúde preocupada com a formação em saúde, têm diferentes percepções e significados para cada coordenador de serviço, trabalhador da saúde, docente e aluno entrevistado. Muitas vezes, o olhar de quem sistematiza, organiza, mapeia para melhor inserção, utilizando certa carta de navegação, difere do olhar de quem navega por outros mares, vivencia certas turbulências no percurso e faz paradas em alguns portos. Não são olhares excludentes (ou... ou), e sim, olhares de um certo lugar específico.

“Ate hoje (...) nunca o senti próximo a mim também (...) eu o tenho percebido o como um organizador de horários e de agenda de estágios (...) não o vejo como um órgão que discute a Integração Ensino e Serviço. Talvez eles não tenham tempo para repensar isto, diagnosticar isto”. (E 28).

“Com relação ao apoio do CETS frente a conflitos, ele está no papel institucional da formação. Eu sinto que a gente ainda tem uma distância grande, mas não culpo o CETS eu culpo a mim mesmo, porque nem sempre é o CETS que eu lembro em chamar quando estou com dificuldade. Talvez eu tivesse que acessar mais”. Grifos meus. (E 23).

Desse certo lugar, alguns entendimentos quanto ao CETS variam desde a pouca ação local no sentido de potencializar os serviços de saúde para a dimensão educativa e pedagógica até ao entendimento desse órgão enquanto “controlador e normatizador de estágios” somente.

“Este é outro aspecto: pensar estratégias para sensibilizar e preparar para isto, fazer uma discussão pedagógica antes em larga escala com nossos trabalhadores da saúde. O nosso CETS e nossos gestores deveriam pensar em uma capacitação para as questões pedagógicas. Esta dimensão está pouco contemplada na nossa formação. Grifo meu. (E 13).

O debate e a preocupação em “ficar refém” ou ser “capturado” por tarefas de natureza organizativo-administrativa já é feito pelo CETS. O número de alunos que passam por ano no município de Campinas exige muito dos atuais profissionais que trabalham no CETS, uma vez que o existe um quantitativo pequeno de profissionais alocados para esta função.

Por essa razão, muitas vezes, não se “têm pernas” para fazer discussões pedagógicas com trabalhadores da saúde, coordenadores e apoiadores recém ingressos que não conhecem a dimensão educativa do papel da gestão, bem como com os coordenadores e apoiadores antigos que ainda não se apropriaram dessa função.

“(...) que a equipe do CETS não seja engolida pelo tema do ensino e serviço, porque ele é um projeto tão grande, e nós temos tantas coisas pra fazer (...). Dá uma angústia danada viver isto e o ensino e serviço só está aumentando de tamanho”. Grifo meu. **(E 16)**.

“(...) qual é mesmo o projeto do CETS? É a Educação Permanente na qual o ensino é uma das pontas do vértice do quadrilátero. Operacionalmente tratamos como uma política de ensino e serviço, mas ela faz parte da EP... eu diria que é uma pontona bem grande que vai comendo a gente (risos!)... é um dos vértices no qual temos colocado muita energia... reconhecemos que com o atual número de pessoas que temos para esta tarefa, não daremos conta das demandas”. Grifo meu. **(E 10)**.

Toda instituição tem uma tensão instituído (universal) e instituinte (particular) que não se constitui em uma relação binária (ou/ou). Se o tema ensino e serviço for analisado na perspectiva da dualidade, corremos o risco de cair na armadilha de não considerar as linhas de força e produção de subjetividades que o produziram. Os sujeitos que institucionalizaram a política de ensino e serviço com a finalidade de responsabilizar o gestor pelo ordenamento da formação em saúde viveram movimentos inquietantes e questionadores, fruto dessas tensões.

“Vejo positivamente esta intervenção do CETS, senão eu acho que seria um ‘balaio de gato’. Não daria para ser diferente, pois são muitos alunos que passam na rede de Campinas, esta centralização do CETS. Aquela época há 8 e 9 anos atrás, eram poucas escolas, faculdades. Eram somente PUC e UNICAMP. Hoje há outra centralidade e rigor”. Grifos meus. **(E 7)**.

Essa tensão muitas vezes nos captura a ponto de não permitir com que novas linhas que explodem em nosso cotidiano, pedindo novas reflexões, se constituam, permitindo novos (des)encontros.

“O CETS não é um órgão que atua de cima pra baixo: às vezes as pessoas colocam coisas sem saber. É difícil o papel do CETS, tem que normatizar algumas coisas. Tinha uma coisa de “pegar na mão”, olhar pra isso, ver o que estava acontecendo, de certa maneira centralizar no CS e depois organizar. Era uma coisa totalmente solta, então de certa maneira teve que puxar mesmo pro CETS para organizar”. Grifos meus. (E 3).

Esse movimento organizacional é legítimo, assim como a normatização de alguns processos, tendo o cuidado para não limitar o potencial criativo existente. É importante refletir em todo momento que nem tudo cabe dentro das normas e regras e como lidamos com isso faz toda a diferença!

“Nesta experiência a gente vai percebendo, que quanto mais a gente vai aprimorando e facilitando para algumas coisas, você dificulta outras, porque a gente começou a não aceitar mais estágios voluntários, e os estágios voluntários eram o que tinha maior interesse. Daí você cria barreiras (...) eu concordo que a gente tem que preservar a instituição, mas por outro lado você acaba criando problemas e limites. (...) os estágios que a gente buscava, era de interesse nosso, e por isto, a gente sofria todo tipo de pressão e corria riscos. Os alunos não tinham seguro de vida, eles e nós corríamos riscos. ”Grifos meus. (E 23).

Em meio a uma sociedade neoliberal na qual o individualismo e a fragmentação são reforçados está inserido o setor saúde, que sofre todas as tensões desta sociedade, e busca a contra-hegemonia de um serviço de saúde público, universal, descentralizado e integral. A racionalidade da máquina administrativa, no entanto, muitas vezes se contrapõe a tais ideários, produzindo lógicas conflitantes, e até contraditórias ao projeto de saúde pública. Nessa lógica, predominantemente instrumental, técnica e dicotômica, os gestores da saúde estão, e sofrem os reflexos diretos em seus serviços.

“Hoje, concretamente, qual o tempo que a gente tem pra facilitar os processos pedagógicos?” (E 16)

Tal racionalidade é evidenciada pela agenda de compromissos intensa e as várias frentes de trabalho que lhe são dadas, não possibilitando uma maior aproximação com o cotidiano de uma Unidade de Saúde, e que muitas vezes, causa frustração tanto dos apoiadores do CETS quanto dos gestores/trabalhadores da saúde. Juntar esses fragmentos para produzir uma ação integral é o grande desafio atual.

“Se os serviços nos chamassem, eu acredito que nossa dificuldade de agenda pra fazer isto é tal, que somos engolidos para fazer outras coisas (...) tem um conflito de agenda de priorização, que a gente precisa rever. A própria quantidade de agendas de ensino e serviço que existe com a Unicamp é um problema pra nós, além de outras reuniões. É uma loucura conseguir compatibilizar, e a gente acaba ficando refém de não fazer o que seria mais eficaz, que é estar junto com o apoio do distrito, discutindo os processos de trabalho que existem”.
Grifos meus. (E 16).

Essa dificuldade de agendas e priorização por muitas vezes imprimem um caráter mais instrumental, controlador e normatizador a esse órgão formador, no entendimento de alguns entrevistados.

Outro desafio existente é de conferir ao CETS uma estrutura jurídica que garanta a autonomia para o desenvolvimento da formação de profissionais de saúde de nível médio, bem como a capacidade para fazer a gestão de recursos financeiros relacionados ao desenvolvimento destas ações.

“Desde sua criação em 1992 o CETS desenvolve ações formativas, nas áreas de enfermagem e odontologia, não tendo, no entanto, capacidade de titular por não ter autonomia para tal. Há o acúmulo para desenvolvimento da ação formativa, não havendo a autonomia jurídica para a efetivação do processo” (Plano Municipal de Saúde 2006/2007: p. 72 -7).

E o barquinho navega, ora calmamente, ora balança em meio às turbulências... Mas ele navega...

CAPÍTULO 4

**VIAJANDO NO BARQUINHO DO DISTRITO
SUDOESTE DE CAMPINAS EM MEIO AOS
(DES)ENCONTROS ENTRE OS SERVIÇOS DE
SAÚDE E INSTITUIÇÕES DE ENSINO:
uma viagem a partir de 2001**



Da minha Aldeia

DA MINHA ALDEIA

*vejo quanto da terra se pode ver no Universo....
Por isso a minha aldeia é grande como outra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura...*

*Nas cidades a vida é mais pequena
Que aqui na minha casa no cimo deste outeiro.
Na cidade as grandes casas fecham a vista a chave,
Escondem o horizonte,
empurram nosso olhar para longe de todo o céu,
Tornam-nos pequenos
porque nos tiram o que os nossos olhos nos podem dar,
E tornam-nos pobres porque a única riqueza é ver.*

**Fernando Pessoa – por Alberto Caeiro
em "O Guardador de Rebanhos.**

“Estou improvisando e a beleza do que improviso é fuga”

Clarice Lispector, Água Viva, p.52

O poema de Fernando Pessoa – *“Da minha aldeia”* relembra minha trajetória profissional no Distrito de Saúde Sudoeste desde 1988, quando fui contratada para ser auxiliar de saúde pública. A partir dessa aldeia muitos horizontes foram abrindo-se para mim. Dessa aldeia, que em 1988 chamava-se “SAR Oeste”, impliquei-me na construção de um projeto em Defesa de Vidas e no ano de 1998 assumi o Centro de Saúde Dic III como enfermeira, após ter prestado concurso público em Campinas.

Nessa época, navegando nesse barquinho não percebia muitos alunos no respectivo Distrito, e os poucos que tinham eram de escolas técnicas (nível médio). A distância e as adversidades deste território dificultavam as parcerias com instituições de ensino superior⁸³

Apesar das parcerias ensino e serviço não estarem oficializadas no Distrito Sudoeste de Campinas até o ano de 2001/2002, alguns coordenadores faziam movimentos instituintes de inserção de alunos, por estarem mais sensíveis para a questão ensino e serviço⁸⁴.

“(...) eu já estabelecia parcerias há sete anos. Iniciou com a USP de Ribeirão Preto, sem conhecimento do CETS que veio ter ciência depois. Isto acontecia por que era interessante para eles (USP) ter Campinas como Campo de Estágio, pois a forma

⁸³As parcerias com instituições de ensino superior existentes em Campinas até a metade dos anos 90 ficavam restritas ao Distrito Norte (entorno da UNICAMP) e ao Distrito Noroeste (entorno da PUCAMP). As regiões Sul e Sudoeste onde havia maior carência sócio-econômica, a integração docente assistencial era menor, embora os projetos fossem ainda muito pontuais, tanto da PUCC quanto da Unicamp. Quando a Unicamp deixou de estagiar na cidade de Paulínia, passou a ocupar os espaços dos Centros de Saúde do Distrito Norte⁸³. Esta inserção ainda não possibilitava uma integração com os serviços de saúde, pois esta parceria estava em construção. Em seguida, o Distrito Leste foi contemplado no Projeto de Integração Docente Assistencial.

⁸⁴No Centro de Saúde São Cristóvão o Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) da cidade de Ribeirão Preto (SP) estagiava por uma iniciativa pessoal da coordenação local - Eliana Petoilho.

como a gente organiza a UBS é diferente de Ribeirão Preto. Isto é rico para os alunos de lá. Eu fiz esta parceria independente de lei, porque pra mim era importante mostrar como a gente estava funcionando e divulgar um trabalho para outras cidades". Grifos meus. **(E 24).**

No ano de 2000 assumi a coordenação do Centro de Saúde Santa Lúcia, também no Distrito Sudoeste de Campinas. Estávamos no último ano da administração do Partido Social Democrático Brasileiro (PSDB), tendo como Secretário de Saúde o Dr. Igor Del Guércio e como Diretora de Saúde a enfermeira Celi Vendramini. A discussão do momento era sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) e projetos a serem realizados no território voltados para a comunidade.

Em 2001, com a mudança de governo, assumiu como prefeito de Campinas, Antonio da Costa Santos - Partido dos Trabalhadores (PT) e como Secretário de Saúde assumiu o Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. O Modelo em Defesa de Vidas (MDV)⁸⁵, que surge na década de 80 a partir de atividades acadêmicas de um grupo de Sanitaristas do DMPS/FCM/UNICAMP e trabalhadores da saúde, influenciou o modelo de tecno- assistencial que foi adotado em Campinas e denominado de Programa Paidéia (CAMPINAS, 2001b). Os conceitos do Modelo em Defesa da Vida foram incorporados ao Programa Paidéia em Campinas⁸⁶, nesta época, assim como em outras Secretarias de Saúde como Ipatinga, Belo Horizonte, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia.

⁸⁵O Modelo em Defesa de Vidas foi desenvolvido durante a década de 90 no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Segundo CARVALHO E CAMPOS (2000) este modelo foi aperfeiçoado pelos dirigentes, gestores e trabalhadores da saúde, envolvido nas discussões. O MDV se pauta nas diretrizes básicas do SUS e busca constituir dispositivos e arranjos institucionais que garantam a gestão democrática, o acolhimento humanizado, o acesso aos serviços de saúde resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais de saúde e usuários (p. 508).

⁸⁶O Programa Paidéia utilizava o modelo organizativo do PSF (equipes de referencia, adscrição de clientela, territorialização, etc).

“Eu acho que a Secretaria de Saúde de Campinas procurou um espaço de organização do modelo assistencial que era fértil para o campo da formação e a Universidade (...). Quando o modelo de saúde consegue nuclear o olhar para a gestão, olhar a qualificação da clínica e organizar as ações de saúde coletiva, resgatando e fazendo esta triangulação e interface, a Universidade fala: “que legal, é um espaço que a gente pode aproveitar (bom sentido) para a formação dos alunos (graduação e especialização)”. (E 20).

Foi um período de grande investimento em processos de capacitação das equipes de referência, e o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) teve um papel fundamental nesse processo de Educação Permanente.

“Em 2001, o projeto de saúde, que acabou sendo chamado de Projeto Paidéia, reforçava alguns conceitos dentro do SUS, que exigia uma reforma muito ampla dos trabalhadores e gestores da saúde, tanto moral, cultural, intelectual e ética (...). Um dos instrumentos era o investimento na Educação Permanente destes trabalhadores e gestores da saúde (...). Foram feitos muitos investimentos para trabalhar com vínculo, responsabilização, idéia de território, gestão participativa, co-gestão, projeto terapêutico singular, discussão de casos, interação com o usuário, e a compreensão que isto não aconteceria se não houvesse um investimento intenso na capacitação, na Educação Permanente dos trabalhadores e gestores”. (E 18).

O Programa Paidéia teve a adesão de muitos gestores/trabalhadores da saúde e por outros foi fortemente questionado. As implicações presentes foram das mais diversas, desde o “*vestir a camisa*” e engajar-se enquanto militante da causa (*sobreimplicação*) até o desinteressar-se totalmente por tudo o que

acontecia durante a implantação do modelo (*subimplicação*). Em meio às tempestades e adversidades desse território, o Distrito Sudoeste participou de forma significativa na implantação do modelo, fato esse que foi lembrado durante as entrevistas. Experimentei a vivência da implantação do Projeto Paidéia em Campinas com a paixão e militância específica das pessoas sobreimplicadas.

“Na gestão 2001- 2004 houve um maior incentivo a estas parcerias (...) lembrando que não foi fácil, pois diziam ser os serviços muito longe das universidades”. (E 2).

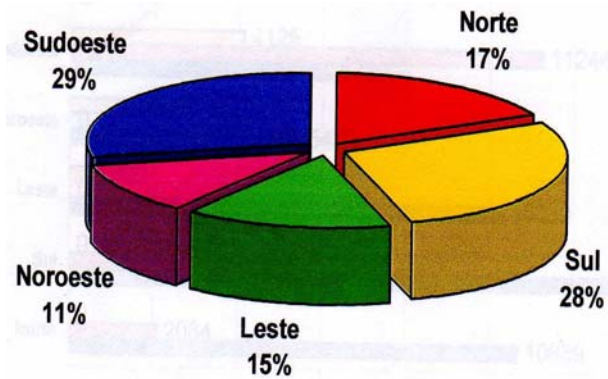
Em meio à polêmica causada por este projeto e às resistências existentes tanto nos serviços de saúde de Campinas quanto na própria Universidade, gostaria de focar no relato da experiência das parcerias que se constituíram com a UNICAMP, especificamente com o Departamento de Medicina Preventiva e Social e, atualmente, com o Departamento de Enfermagem da UNICAMP. Outros olhares provenientes de *outras viagens* circunscreveriam os espaços de análise de outras maneiras.

Os gestores do Distrito de Saúde Sudoeste discutiam alguns docentes do DMPS sobre a importância de ter alunos estagiando dentro das equipes de referência, participando dos processos internos e da vida do território. Os gestores dos serviços de saúde, o Distrito de Saúde Sudoeste, a SMS e alguns docentes defendiam a idéia de uma inserção horizontal do aluno de medicina, que iniciaria em uma UBS no primeiro ano, e nela permaneceria até o último ano, mudando somente o foco da aprendizagem. Essa proposta era contra-hegemônica na Universidade, pois desestabilizaria territórios já instituídos e exigiria um processo de reterritorialização, que muitos docentes não tinham interesse e não estavam preparados para realizar.

Muitos dos trabalhadores e gestores de saúde do Distrito Sudoeste transitavam por determinados territórios trazendo consigo um “*devoir*” docente. Essas pessoas estavam interconectadas na perspectiva de um projeto e de uma aposta coletiva. A busca não era pelo identitário, mas por um certo instaurar-se no “*meio*”, no “*entre as coisas*” e no “*inter-ser*” (DELEUZE, 2002). Naquele momento a conjuntura facilitava essa interconexão e a (re) criação de agenciamentos que permitiram novos territórios e (re)invenções. Esse era o momento do barquinho da Sudoeste nos anos de 2002 em diante.

“Acho que tivemos um tempo e uma ordem de necessidades que aconteceu naturalmente, e o ensino e serviço se potencializou mais. Foram criados instrumentos que fortaleceram a política de ensino e serviço (...) eu não diria que foram as pessoas, e sim os processos com sujeitos importantes que os fortaleceram e potencializaram.” Grifos meus. (E 12).

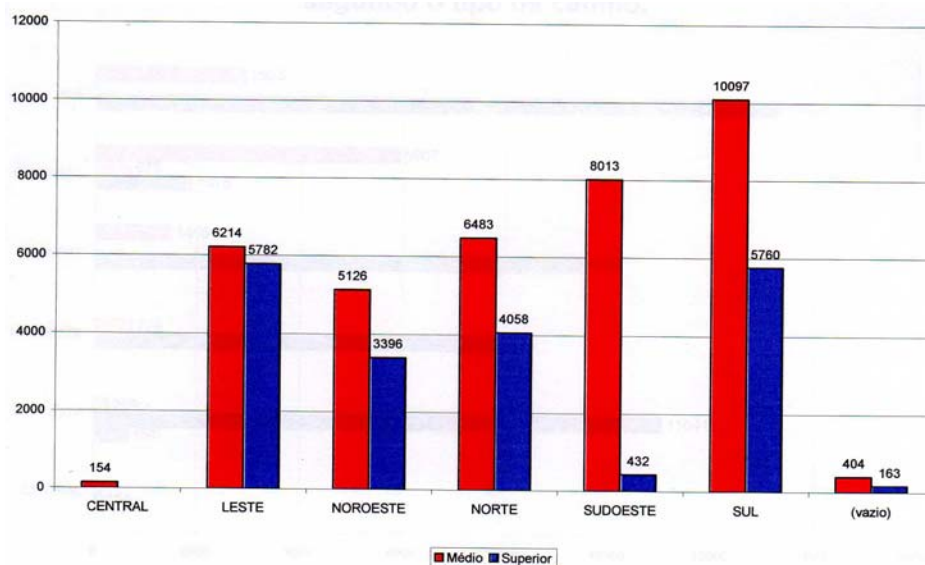
Buscando informações em fontes oficiais da SMS constatamos que até o ano de 2002 os poucos alunos que estagiavam no Distrito de Saúde Sudoeste concentravam-se em instituições de ensino de nível médio.



FONTE: Relatório de Gestão/CETS/2001 - 2004

Gráfico 1- Distribuição de Carga Horária de Estágio de Nível Médio, por Distrito, anos 2001 a 2004.

A distribuição de horas de estágio em 2004 pelos diferentes Distritos de Saúde do município de Campinas demonstra que o Distrito Sudoeste já demonstra a inserção de estágios de nível superior, ainda que em menor quantidade em relação a cidade de Campinas como um todo.



FONTE: relatório de Gestão do CETS, ano 2001-2004.

Gráfico 2- Distribuição de horas de estágios de nível médio e superior, por Distrito, ano 2004.

Um dos argumentos das Instituições de Ensino para não assumirem essa região era à distância e as adversidades do território, bons analisadores para o tema o qual nos propomos debater. A PUCCAMP tinha seu território já estabelecido para estágios em seus Centros de Saúde, na região Noroeste.

“Era um abandono geral: a região Sul e Sudoeste ficavam isoladas, por ficar na periferia de Campinas. A geografia não contribuía, além de outras adversidades”. Grifo meu. **(E 18)**.

“(...) As pessoas falavam que não tinha médicos na Sudoeste, que o Distrito era muito distante, dentre outros. Não eram todos os docentes que se dispunham a se deslocar”. Grifo meu. **(E 21)**.

Segundo alguns dos entrevistados, a aposta no Distrito Sudoeste além fazer parte da diretriz da Secretaria de Saúde, era uma vontade política de *“transformar as pessoas em docentes, em doutores, (...) porque potencializaria o SUS”*. Essa aposta na capacidade de quem está fazendo a gestão, e dos trabalhadores da saúde em serem também educadores e formadores, aprender com a realidade nas adversidades, e, ao aprender, ter muito para ensinar, é um processo de Educação Permanente realizado em ato.

“(...) trazer docente da UNICAMP daria certo prestígio ao Distrito. No meu entendimento – (enfático), também ajudaria a trazer profissionais de saúde, porque seria um campo de estágio para a Universidade, teria docentes e não seria uma terra arrasada. A aposta deu certo, e foi essa conjunção de idéias e expectativas que fizeram a proposta correr como um cenário de prática. Na UNICAMP o Sérgio nos ajudou a levar a discussão. A princípio foi difícil e teve algumas resistências dentro da UNICAMP”. Grifos meu. **(E 21)**.

A gente queria e quer muito os alunos (...). Foi muito receber alunos na Sudoeste, mas se não tiver um papel ativo nosso enquanto Distrito, não tem sentido. Quem faz política de ensino e serviço tem que ter esta coisa do “convite”. Grifos meus. (E 2).

No entendimento de alguns, esse foi o momento no qual a gestão se apropriou do objeto formação em saúde. A força para isso acontecer, segundo os entrevistados, relacionava-se a vinculação dos sujeitos naquele momento envolvidos nos serviços de saúde e na Universidade, que problematizavam a prática a partir de uma concepção teórica, buscando maior sensibilidade e maior significado para estas ações.

A militância de alguns coordenadores, além de contribuir para o modelo de saúde, contribuía no sentido de transformar o Distrito de Saúde Sudoeste em um espaço de formação. A aposta e o desafio da gestão distrital e dos coordenadores de serviço em lutar para que o Distrito de Saúde se tornasse um espaço para formação, vinha aliado ao desafio de formar um profissional de saúde mais humano, ético, solidário e responsável com o sistema de saúde e mais próximo da realidade do SUS.

Nessa conjuntura chamada por alguns de “*o momento histórico da Sudoeste*”, percebia-se esse encontro, esse afeto, essa potência, essa diretriz que era colocada, embora não tivesse explicitado no Modelo Assistencial; não estava definida de forma objetiva, mas permeava as discussões da organização do trabalho. E a formação tinha um papel importante, uma linha invisível que mexia e influenciava com os processos de trabalho e gestão.

“Quando ampliamos o conceito de gestão para além da relação administrativo e institucional, contemplando a gestão de inter-subjetividades, intermediação de conflitos e interesse (...) o pedagógico, que é a produção de conhecimento, vem junto com está visão ampliada da gestão”. Grifos meus. (E 20).

A aposta, naquele momento, era de que a gestão tinha que ser entendida de forma ampliada, na qual a dimensão educativa e pedagógica estava inserida. Apesar dessa aposta, dos avanços com inserção de alunos da graduação, das parcerias docentes, com disciplinas específicas, isso não era uma agenda de todos. Ainda era um movimento contra-hegemônico à racionalidade que se impunha.

O desafio era mostrar que, apesar das adversidades e turbulências nos mares do Distrito Sudoeste, os sujeitos que faziam parte do barquinho remavam em meio aos mares adversos, tinham um saber e uma competência pedagógica. Esse Distrito, considerado nas entrelinhas e nos discursos implícitos como “*terra arrasada*”, sendo um lugar onde não somente a Universidade não queria vir, mas outros profissionais também não se fixavam, apostava na potência dos (des)encontros, em meio às diferenças. Essa foi a aposta desse coletivo!

“(…) arranjos pedagógicos que facilitassem tanto o aprendizado do residente como do graduando tendo ação orgânica com o serviço. Este é salto e desafio importante: mais do que ter (quantidade) é ter com qualidade e ter com qualidade é pensar com criatividade estas questões (...) trocar saberes do SUS para a Universidade e da Universidade para o SUS; interpenetrar estes saberes no encontro com do SUS com a Academia (...) provocar mudanças na Universidade e nos serviços de saúde (...)”. Grifos meus. **(E 20)**.

O investimento realizado no Distrito de Saúde Sudoeste contribuiu para que essa região, anteriormente vista como “*terra arrasada*”, pudesse se colocar enquanto um espaço de formação no qual as escolas tinham interesse/necessidade em estagiar.

O Distrito de Saúde Sudoeste começa a receber alunos das Universidades, oficialmente a partir de 2002, sendo o Curso de Medicina do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP um forte parceiro nesse momento.

“Todo gestor que é docente, na política de ensino e serviço ele tem outro olhar, porque ele sabe o que significa a formação, qual a importância de ter alunos dentro de nossos serviços. Nosso atual Secretário de Saúde – Dr José Francisco Kerr Saraiva, também docente, faz questão de estar em todos os momentos na Universidade, pra reafirmar que a gestão está presente, a necessidade de parcerias, então isto potencializa muito”. Grifo meu. (E 12).

Os entrevistados referiram que a conjuntura política de Campinas aliada ao fato dos coordenadores do Distrito Sudoeste, o Secretário e a Diretora de Saúde serem docentes foram alguns dos fatores que facilitaram o início de parcerias no Distrito Sudoeste.

“Eu trabalhava no CS Santa Mônica e recebia alunos do quinto ano de Medicina (...) me chamaram para substituir uma docente (...) por 2 meses (quebrar o galho) e eu já estou quebrando o galho há 10 anos (desde 1998). Eu sempre fui professor voluntário”. Grifos meus. (E 21).

“Não é a toa que a Integração ensino e serviço se constitui como política municipal no primeiro ano de gestão do Gastão. Até então ela não era cuidada mais efetivamente, como aconteceu depois que passou a ser assumido pela Instituição, com convênios assinados”. Grifo meus. (E 6).

Dra Maria do Carmo Carpintéro – a Carminha, que foi a Diretora de Saúde na gestão de 2001 a 2002 - assumindo como Secretária de Saúde de 2002 a 2004, tinha a história de ter sido coordenadora de um Centro de Saúde que tinha vinculação com a PUCCAMP, e que passou para a gestão do município. Ela é reconhecida pelos entrevistados como uma pessoa sensível para a questão do ensino e serviço, além de ter sido docente da PUCCAMP.

“Então ela tinha os dois lados: como ela via a academia de quem está no serviço e como a Academia via o serviço. Maria Alice Amorim, Bete Smeck, dentre outras são pessoas muito permeáveis e muito sensíveis às necessidades do serviço. E por diversas vezes eu presenciei embates grandes da Maria Alice, da Bete Smecke com a Universidade na defesa do serviço. São pessoas que construíram uma história dentro da Unidade na qual elas estão como docentes: elas são equipe, não são docentes.” (E 6).

No ano de 2002 assumiu como coordenador do Distrito Sudoeste o Dr. Fábio Luiz – o “BH” - que também exercia funções docentes.

“Alguns tinham muita competência pedagógica (não eram todos). Este é salto e desafio importante: mais do que ter (quantidade) é ter com qualidade e ter com qualidade é pensar com criatividade estas questões. Como você supera o desejo de estar juntos e começa a olhar a Organização de micro-processos como espaços pedagógicos, é a grande questão colocada que é o diferencial entre a gestão anterior a 2001 e no que vivemos possibilitando a relação com a gestão e formação”. Grifos meus. (E 20).

O transitar pelos diferentes papéis institucionais – docente e gestor/trabalhador - da saúde é compreendido por alguns dos entrevistados como um facilitador de uma maior sensibilidade para o tema, mas também é questionado por outros.

“ser docente e estar gestor faz diferença, ou pelo menos deveria fazer. Por que será que na prática realmente não rola?”. Grifo meu. **(E 27)**.

“Vemos o que acontece dentro da Universidade e vemos o que acontece dentro do SUS. Ao mesmo tempo em que isto facilita, é angustiante porque você vê o dilema que está presente nas duas instituições. Coisas que são tão difíceis de trabalhar e a gente vê dos dois lados e a gente é cobrado”. Grifos meus. **(E 12)**.

“Estar docente e estar gestora é, no meu entendimento, um facilitador para que tais parcerias sejam significativas, marcantes tanto para a Instituição de ensino como para o serviço de saúde. Este devir no papel (gestor/trabalhador/docente) permite entender fragilidades tanto na instituição de ensino quanto no sistema de saúde. Dá um olhar crítico, mas ao mesmo tempo solidário com as dificuldades e limites”. Grifos meus. **(E 19)**.

A energia propulsora dessas ações (re) inventivas fizeram com que alguns docentes - que ocupam o lugar de gestão - e de alguns gestores/trabalhadores da saúde - que ocupam o lugar de docência - estivessem mais sensíveis e permeáveis para o tema, que se interpenetrava em todo o momento como uma dobra⁸⁷.

⁸⁷O “dentro” e o “fora” não seriam considerados lados opostos, e sim matérias móveis de um plano comum de produção. Esta dobra teria como desafio a superação das dicotomias.

Em todo momento houve um crescente de necessidades que aconteciam naturalmente e exigiam uma maior sistematização da rede de serviço de Campinas e para as quais foram criados instrumentos que fortaleceram a política de ensino e serviço.

“Hoje, por exemplo, do modo como o município se organiza, não teria gestores que acabaria com a política de integração ensino e serviço, devido o fortalecimento que já tem, mas com certeza poderia ser menos ou mais facilitador”. (E 12).

Com a institucionalização da agenda do ensino e serviço enquanto política de governo existia uma expectativa que houvesse uma maior consolidação do objeto de formação no campo do SUS. Esse avanço foi reconhecido em alguns dos depoimentos dos entrevistados, enquanto que outros, por sua vez, reforçam os atuais conflitos existentes.

“Quando entrei no Ensino e Serviço no Distrito Sudoeste, havia poucos campos de estágio, aconteciam em apenas algumas unidades e no Pronto Socorro. Tínhamos dificuldades em fazer a gestão destes estágios, pois os contatos eram realizados diretos com estas unidades. Tentávamos organizar planilhas de serviços, de instituições de ensino, de campos de estágios com o intuito apenas de informação para planejamento distrital. Grifos meus. (E 2).

Em meio ao mar navegava o barquinho de Campinas e, especificamente, o barquinho da Sudoeste, quando sentiu certa diferença no movimento existente. Essa diferença no movimento do barquinho foi disparado por políticas interministeriais que buscavam um incentivo nas mudanças da graduação de profissionais de saúde, sendo incentivadas pela Lei de Diretrizes e Bases

(LDB) da Educação Nacional (Lei 9394/96) e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde (aprovadas entre 2001 e 2004)⁸⁸.

Foi o caso do restrito Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED)⁸⁹, lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em dezembro de 2001. O projeto enviado pela FCM da Unicamp requeria que os alunos de Medicina estivessem estagiando na rede de serviços o mais precocemente possível (primeiro ano). Em seguida, tivemos a experiência com o PRÓ-SAÚDE, que também potencializou as parcerias e a relação ensino e serviço.

“A Reforma Curricular impunha isso, novos cenários de prática, talvez por isso não tivessem muita saída, como entravam muitos alunos na rede por ano, eles tiveram que aceitar. Então veio o PROMED, que também nos deu mais força, foi essa conjunção de fatores que nos fortaleceu.” Grifos meus. (E 21).

Os Distritos, que já eram referência para estágios, não comportariam a totalidade de alunos que viriam. Foi nesse contexto que a Secretaria de Saúde referenciou tais estágios prioritariamente para os Distritos que ainda não tinham parcerias – Distritos Sul e Sudoeste. Para o Distrito Sudoeste *“juntou a fome com a vontade de comer”*, ou seja, a conjuntura facilitou a (re) invenção de processos de trabalho e novos rumos foram dados ao barquinho.

⁸⁸As DCN recomendam que a formação do profissional da saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

⁸⁹O PROMED teve com o objetivo incentivar as Escolas Médicas do país a adequarem seus currículos e sua produção de conhecimentos à realidade social e de saúde da população brasileira. Foi realizado um Edital de Seleção de projetos, e os melhores receberiam recursos financeiros para implementação das DCN na área a Medicina.

“Eu acho que a Secretaria de Saúde de Campinas procurou um espaço de organização do modelo assistencial que pudesse ser fértil para o campo da formação. A Universidade também procurou por espaços, organizações, vivências que pudessem ter estas parcerias. Nós vivenciamos isto no Distrito Sudoeste: tanto o pedido para que a Universidade estivesse no meio de nós quanto o reconhecimento de alguns da Academia de que tínhamos habilidade para isto.” Grifos meus. (E 20).

Apesar dos limites dessas políticas interministeriais, a mim parece que, apesar de pouco impactante na formação de um novo profissional de saúde, foi uma experiência singular de bons encontros e aumento de potência. As linhas duras e rígidas das políticas que se desdobravam nos cotidianos dos serviços de saúde impulsionaram novas formas de fazer, de inventar, de produzir.

Em nível municipal temos a vontade política do gestor municipal em potencializar tais parcerias e a dimensão docente do gestor municipal, distrital e local; tudo isso compondo encontros de muita potência entre os sujeitos. Essa confluência de situações da macro e micro política fez com que o Secretário de Saúde de Campinas – Dr. Gastão - tomasse como central que os até então não contemplado com alunos do ensino superior, fossem priorizados na oferta para inserção de alunos da UNICAMP. A conjuntura que facilitou esses encontros foi composta por toda essa rede de conexões, e não somente por um ou outro fator.

4.1- A chegada de alunos: um acontecimento

A partir do ano de 2002, os coordenadores dos serviços de saúde do Distrito Sudoeste foram procurados por alguns docentes de escolas que demonstravam interesse em conhecer o trabalho existente na área da saúde. Era um novo movimento em nosso barquinho, que, até então, remou muito sozinho e sem interesses externos em conhecer o território.

Alguns docentes do DMPS da UNICAMP foram parceiros do Distrito de Saúde Sudoeste na inserção de alunos de graduação em 2002. O empenho de professores como Emerson Merhy, Edson Bueno e Sérgio Carvalho, e nos anos de 2003/ 2004, Gustavo Tenório e Rosana Onocko, dentre outros com a Disciplina Ações em Saúde Pública⁹⁰ – o *Primeiro Ano de Medicina* foi inovador para as unidades do Distrito Sudoeste. Novas frentes de trabalho estavam se abrindo, novos mares eram descobertos tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos alunos e professores. O território desse Distrito de Saúde com suas adversidades tornava-se espaço pedagógico. O Distrito Sudoeste sempre incentivou esses movimentos e cedia transporte para tais atividades. Foram muitos os incentivos às equipes de referência para que participassem de momentos na Unicamp, como a Aula Inaugural.

Presenciei vários colegas coordenadores que levavam seus trabalhadores da saúde para momentos singulares na Unicamp. Eu mesma, enquanto coordenadora do Centro de Saúde Santa Lúcia, levei muitos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, dentistas, auxiliares de enfermagem) e conselheiros usuários na Unicamp, tanto para assistir aulas, como para dar aulas sobre território (sempre a convite do DMPS/FCM/ UNICAMP).

Esses docentes incentivavam e reconheciam a rede docente que se formava no serviço e que participava como trabalhadores formadores⁹¹. Nesta época, a intensidade desse movimento foi tal, que cheguei a produzir um artigo sobre a experiência, juntamente com um docente e um graduando de Medicina. (CARVALHO, GARCIA, & ROCHA, 2006).

⁹⁰Disciplina MD 142 e 242. Esta disciplina contou com a participação de outros professores que se dispuseram a estar conosco na Sudoeste como Professora Sônia Maria Arruda e Maria Inês Rubo, ambas do Curso de Fonoaudiologia.

⁹¹Um dos registros que tenho em meu diário, é de uma aula teórica que foi dada pelo professor Emerson Merhy, para o Curso de Medicina no primeiro semestre de 2003 e, para a qual o serviço de saúde foi convidado e, participamos com um grupo de trabalhadores (dois médicos clínicos, uma enfermeira, cinco agentes de saúde e duas auxiliares de enfermagem). Foi um encontro muito potente, muito comentado na época e, revivido durante uma das entrevistas que fiz e, onde a enfermeira participou deste movimento.

O segundo ano de Medicina - Disciplina Saúde e Sociedade - coordenado pela professora Solange L'Abbate, inovava também com os alunos no então chamado Pronto Socorro do Ouro Verde e mantinha um diálogo com as Unidades Básicas de Saúde debatendo os temas como acolhimento e trabalho em rede. No final de 2004 tivemos a inserção do quinto ano de Medicina - Disciplina Planejamento e Gestão⁹² - coordenado pelo professor Sérgio Resende Carvalho, tendo inicialmente como professores o Sérgio e Gustavo Tenório e posteriormente o Gastão, Gustavo Nunes, dentre outros. A criação dessa disciplina foi um momento interessante para mim, pois tive uma participação ativa na construção da Ementa do Curso e nos debates dos conteúdos a serem priorizados, bem como sobre a metodologia.

A Residência em Medicina Preventiva e Social do DMPS/FCM/UNICAMP foi também uma inserção inovadora neste Distrito e, ao mesmo tempo, conflituosa. Docentes como Adail Rollo, Fernando Chacra e, em seguida, professora Solange L'Abbate, coordenaram a Residência tornando-se fortes parceiros da gestão do CS São Cristovão; em seguida do CS Santa Lúcia e atualmente do CS Dic III, onde o R1 estagia até os dias atuais. O segundo ano da Residência é realizado no Distrito Sudoeste, onde o residente participa das atividades de um apoiador distrital.

Os mares navegados a partir de então foram muitos, novas experiências, novas paradas em portos não conhecidos. No ano de 2007 o Distrito Sudoeste passa a receber alunos do Departamento de Enfermagem da UNICAMP: EN 430 – Enfermagem em Saúde Mental - EN 212 – Enfermagem em Saúde Coletiva - e EN 891 – Estágio Supervisionado II.

No ano de 2008, inicia-se uma nova parceria com o Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Educação, na modalidade de estágio supervisionado. Apesar dos conflitos existentes em meio a essas

⁹²MD 945, módulo ministrado com carga horária de 40 h e desenvolvida junto as UBS estabelecendo rede com o nível secundário e terciário. Os eixos temáticos trabalhados neste módulo são: humanização da atenção, integralidade, projeto terapêutico singular, clínica ampliada, trabalho em equipe, gestão da clínica, formação por competências e EPS.

parcerias, os serviços de saúde do Distrito Sudoeste de Campinas entendem que estas são fundamentais para a qualificação da atenção em saúde, além da contribuição que os serviços de saúde podem dar na formação de um profissional mais sensível às necessidades sociais.

No mês de março de 2008 o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp realizou um Seminário de Planejamento e pactuou com o CETS que as disciplinas da Saúde Coletiva seriam concentradas em alguns serviços de saúde. Dessa forma, os Centros de Saúde Dic III, São Cristóvão, Aeroporto e Vista Alegre ampliaram o campo de inserção de alunos para novas disciplinas no ano de 2009.

Apesar dessas discussões avançadas no campo da formação em saúde, as três grandes áreas de saber (especialidades) ainda mantêm a hegemonia em seus territórios - Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Clínica Médica. A proposta da Reforma Curricular da UNICAMP buscou realizar mudanças e transformações, mas a formação ainda se mantém direcionada por uma lógica hegemonicamente flexneriana⁹³ e biomédica e com alguns poucos avanços para uma formação mais integral e menos fragmentada. Alguns alunos entrevistados chegaram a dizer que “*esta reforma nunca saiu de quatro paredes e da gaveta*”.

“Por mais que se fale em Reforma Curricular, isto ainda está muito distante... seria um objeto de desejo”. Grifos meus. (E 1).

⁹³ Abraham Flexner publicou em 1910 um relatório sobre a realidade do ensino médico nos Estados Unidos. Este relatório determinou os rumos do ensino médico nos EUA, Canadá e América Latina, sendo implantado no Brasil em 1940, época na qual foram criadas inúmeras escolas de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Estas escolas foram reformuladas a partir do modelo Flexneriano que contemplava valorização excessiva da formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, centralidade do professor, pouca ênfase na prevenção e promoção à saúde, ênfase na atenção médica individual, estímulo ao ambiente hospitalar como cenário de aprendizagem e uma crescente especialização da assistência.

Outros depoimentos apontaram para uma visão na qual a concepção de um médico generalista e com formação integral, seria incompatível com o modelo de sociedade neoliberal existente. Apesar dos movimentos que tencionavam o modelo predominantemente biomédico de formação, as mensagens subliminares, linhas tênues, às vezes até mesmo explícitas que os alunos recebem em meio à “*visitas aos cenários de prática*” concretos do SUS o referenciam para o hospital, a especialidade e o consultório particular, tendo o SUS como “*bico*”. E. e...? Ou... ou...? Uma dicotomia ou a necessidade de uma dobra?

“Eu to um pouco frustrado com a Reforma Curricular, (...) pouco conseguiu fazer com que os médicos se interessassem pela carreira publica, são evidências empíricas somente (...). Os recém formados querem montar seus consultório, ganhar dinheiro com vários empregos, isto porque estamos em um modelo contra-hegemônico que é bastante complicado”.
Grifos meus. (E 21).

Além disto, o envolvimento dos docentes com a Reforma Curricular é heterogêneo: alguns não têm interesse (des)importância, outros não colocam enquanto objeto de seu investimento e quem vai para os serviços de saúde são sempre os mesmos, segundo os docentes entrevistados.

“A Faculdade precisa ir para o Posto de Saúde... lá você fala de um lugar diferente do consultório, conhece a comunidade, fica mais próximo de uma abordagem intersetorial, e as medidas são mais eficazes (...). Os docentes não vão porque não têm interesse, porque não querem, porque têm ônus...”.
Grifos meus. (E 44).

Mesmo para as disciplinas que levam alunos às Unidades Básicas de Saúde, há uma crítica em relação à forma de inserção dos projetos. Muitas vezes a metodologia utilizada não tem uma articulação com o mundo do trabalho:

“Toda reforma curricular que acontece aqui, quem vai à campo? (...) É tão difícil e cansativo, que não é legal você viajar uma hora pra ir e uma hora pra voltar, andar no sol, na terra, com mosquito, não é confortável. É mais confortável ficar sentado em uma sala com ar condicionado, e ai tem o risco do ideologizado, de perder a noção crítica, de fazer a questão de ir sempre a campo (...)”. Grifos meus. **(E 43)**.

Alguns alunos, mais envolvidos em movimentos estudantis, mencionam:

“Em algumas disciplinas, nos deslocamos para tão longe e lá acabamos fazendo o que faríamos em um ambulatório de especialidades aqui (...) não há liga com o serviço de saúde, muitas vezes nem conhecemos os funcionários do serviço”. Grifos meus. **(Diário de Campo, 2008)**.

“(...) para mim foi muito decepcionante me ver atendendo em um Centro de Saúde do qual eu não conhecia o território de abrangência, a equipe de saúde, as pessoas. Parecia um ambulatório dentro do CS”. Grifos meus. **(E 47)**.

Dessa maneira, as iniciativas como PROMED que valorizavam a inserção precoce dos alunos na rede básica de saúde e, atualmente, o PRÓ-SAÚDE, apesar do impulso que deram ao barquinho da Sudoeste,

se não estiverem engajadas em um projeto que integre mundo da formação e mundo do trabalho, passam a ter uma lógica utilitarista dos sujeitos institucionais envolvidos. Além disso, essa (des)importância que alguns docentes dão para essas necessidades de mudanças da formação em saúde tem uma relação muito íntima com as corporações da saúde. Que interesses particulares impulsionam esses barquinhos, que não autorizam mudanças de grande envergadura na residência, por exemplo? Seria este o momento considerado por eles como “*momento de fabricar o profissional de saúde*” (Merhy, 2009)?

“Não é a Universidade e sim as corporações que a atravessam, as profissões. As brincadeiras pedagógicas inovadoras podem ser feitas na Graduação sem problema algum para a Corporação, mas na residência não!”. MERHY, Debate na Defesa Mestrado, 2009.

Como a formação ainda é vista pelos entrevistados como corporativista, o protagonismo do serviço de saúde não é valorizado pela maioria das disciplinas, ou seja, não era uma diretriz para todos. Talvez isso se deva ao fato de termos uma formação muito corporativista e que não nos permite uma visão mais ampliada sobre o trabalho em saúde:

“(...) temos uma educação médica para médicos, educação para enfermeiros, currículos isolados, identidades construídas de forma não coletiva. A Interdisciplinaridade não é trabalhada, visto que os territórios se mantêm cristalizados e sem possibilidades de compartilhamento coletivo”. Grifos meus. (E 11).

Apesar dessas forças implícitas que impelem o barquinho para certos mares, muitas vezes não desejados de serem navegados, sempre houve um empenho de alguns coordenadores e apoiadores do Distrito de Saúde Sudoeste

em potencializar tais parcerias. Havia a compreensão de alguns de que, muito além de contribuir para o espaço de formação específico, essas parcerias eram a possibilidade de formar um profissional de saúde mais próximo da realidade do SUS.

“Eu acho que na Sudoeste a gente procura trabalhar de uma forma que valorize os espaços de diálogo entre os parceiros”.

Grifo meu. **(E 1)**.

Mas havia também certo preconceito de alguns trabalhadores da saúde e gestores para com os alunos, que eram de origem predominantemente burguesa. Muitas discriminações existiam por que o entendimento era de que esses alunos não entenderiam os processos devido à distância social existente. Naquele momento, esses gestores não compreenderam o que significava para aquele aluno estar neste território. Estavam no momento do “ou... ou” e não entenderam a dobra do movimento que o barquinho tinha.

“Minha perspectiva era trabalhar com o aluno pensando no trabalhador que viria para o SUS, porque a gente sempre reclama do médico que agente recebe da Universidade, mas qual a contribuição que o Sistema de Saúde tem dado pra que tenhamos médicos diferentes? Que contribuições a gente pode dar e qual nosso papel na construção que tenha outro perfil (...) Do lado de cá (Sudoeste), Muita gente apostou nisso, foi um momento pedagógico. Foi coletivo. Foi um processo interessante porque extrapolou os limites do distrito”.

Grifos meus. **(E 21)**.

Aproximando-nos de DELEUZE (2002) e do conceito de território, o desejo existente na época, e aqui entendido como força de produção e não como falta, impulsionou os sujeitos a (re) criar territórios nos quais houvesse uma conexão entre a atenção em saúde e a formação.

“Eu tenho a impressão, que Campinas não tinha uma discussão clara sobre isto até aquele momento: não havia uma discussão estruturada, com certa organização tecnológica, com certo sentido e significado potente. A gestão não tinha experimentado a organicidade do ensino ainda em Campinas”. Grifo meu. **(E 20).**

Para alguns dos entrevistados, esses movimentos estiveram relacionados prioritariamente às pessoas que estavam no governo (lógica identitária).

“Eu acho que a potência e o sucesso destes encontros estavam vinculados à algumas pessoas, pois não era uma agenda de todos ainda”. Grifos meus. **(E 20).**

Entendemos que as instituições são compostas por pessoas que atuam no interior de grupos e coletividades tencionando movimentos instituintes, como foram às discussões do ensino e serviço em Campinas até que houve a institucionalização da PIES. Apesar de não acreditar em um movimento identitário, as pessoas envolvidas foram, sem dúvida, facilitadoras dos movimentos, visto que a posição circunstancial que ocupavam foi fundamental para o sucesso da ação.

Junto com os avanços que o barquinho da Sudoeste teve rumo a novos portos e mares, surgem alguns questionamentos referentes a estes movimentos e o impacto que tiveram para os envolvidos:

“Operávamos com conceitos que vivenciamos e podíamos também ofertar pedagogicamente contribuindo para a formação de profissionais do SUS. Será que a gente conseguiu fazer com que nestes encontros (Sudoeste/Academia) a gente trocasse saberes do SUS para a Universidade e da Universidade para o SUS? Como a gente avalia isto (espaços de saberes)? A gente consegue quantificar, qualificar, identificar isto no dia-a-dia, esta interpenetração de saberes no encontro com do SUS com a Academia? Eu mudei a Universidade do ponto de vista de espaços de prática, de valorizar os serviços como um elemento importante na formação dos profissionais, no percurso do aluno/residente? E a Universidade, ela possibilita mudanças nos serviços? Ela traz processos organizativos, traz tecnologias, ela contribui pra equipe repensar o seu trabalho? Como se dá esta troca”? (E 20).

CAPÍTULO 5

(DES)ENCONTROS E (DES)IMPORTÂNCIAS DURANTE AS VIAGENS...



“No meio do caminho”

*No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.
Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.*

Carlos Drummond de Andrade

Em meio às viagens para a co-produção desse trabalho, inquietava-me a dificuldade que eu tinha em escrever sobre os (des)encontros. Escrevi e apaguei muitos parágrafos, além de ter alguns estranhamentos com essa produção. O inusitado dos temas que se impunham, relacionados às articulações dos serviços de saúde com as instituições de ensino exigiu de mim uma (re)invenção desse trabalho. Um desses temas relacionou-se ao movimento que impeliu meu barquinho para aquém dos mares da Sudoeste, exigindo novos diálogos com outros sujeitos, novas reflexões, demandando outros aprofundamentos e sentindo novas conexões. Optei por viajar por alguns dos temas que se impunham reconhecendo, no entanto, que não consegui dar o devido aprofundamento a alguns deles, mas que deixei pistas para novas “*cartas de navegação*”.

A memória resgatada através dos depoimentos dos entrevistados e das oficinas foi *certa memória da história campineira*, não é a *única memória*. Apesar das várias entrevistas realizadas, o território memorial que trago é predominantemente institucional, circunscrito e, por essa razão, reconheço ausências nas minhas reflexões e nas minhas histórias.

Além disso, apaixonada por essas *certas memórias*, em dados momentos me vi capturada pelo movimento de contar “*a*” *história campineira*, como sendo a *única história*. Um “*peixe dentro do aquário*”, como bem referiu Emerson Merhy durante debate da qualificação dessa dissertação. Por essa razão, a (re) invenção que este trabalho exigiu de mim, foi da análise do meu lugar de implicação, desafiando-me a sair desse lugar fazendo movimentos de olhar de outro lugar, voltando para dialogar com o objeto. A territorialização de minha implicação pediu movimentos de desterritorializações para novos diálogos, reflexões e um movimento de reterritorialização em outras implicações. Essa mudança na lógica da alteridade foi um esforço de co-produção e (re)invenção de mim mesma, enquanto pesquisadora.

Apesar dessas fragilidades, percebi durante esta produção, que essa *certa história campineira* tinha uma ausência de produção sistematizada na área de ensino e serviço, fato reconhecido pelos entrevistados.

“(...) nós fizemos muito e publicamos e sistematizamos pouco. Eu particularmente fiz muita coisa, permeei por vários debates, e neste foco específico da formação nós produzimos muito, e pouco sistematizamos”. Grifo meu. **(E 20)**.

Entendendo que não seria possível aprofundar essa ausência de produção sistematizada na área de ensino e serviço no município de Campinas como um todo, optei pela “*carta de navegação*” que me permitiu contar a experiência localizada no Distrito Sudoeste de Campinas com alguns setores da UNICAMP: o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem e, mais contemporaneamente, com a Faculdade de Educação. Cartografar os vetores de forças contidos nos movimentos, processos do Distrito Sudoeste – local de estudo - exigiu essas novas conexões. Alguns temas, no entanto, que exigiam processos desterritorializantes/reterritorializantes, no entanto, não tive fôlego de aprofundar, mas deixo pistas.

Com medo, deixei-me viajar por muitos mares, seguindo as linhas que se apresentavam, ora duras, lineares e binárias, impondo-me uma história identitária com certo momento inicial e final, ora linhas de intensidade, onde a variação era contínua e a interconexão entre os processos era constante. O que fazer com isso? Não considerar que isso acontecia, atendo-me a um recorte do objeto, pareceu-me não dar conta de deixar fluir *uma dada memória institucional* que poderia me revelar linhas de força e produção de subjetividades.

“(...) tudo começou quando...”. **(E 10)**.

“(...) a potência e o sucesso disto estava vinculado a algumas pessoas. Não era uma agenda de todos e nem é algo inerente ao sistema de saúde”. Grifos meus. **(E 20)**.

Essas novas entradas e conexões que foram-se colocando no momento dessa produção ao mesmo tempo em que revelavam novos portos, tecendo um fluxo molecular e rizomático, impunham viagens através de linhas duras, que se desdobravam a partir de uma derivação inicial em territórios cristalizados. O que será que essas tensões me revelariam? Senti-me tocada ao ouvir Chico Buarque e Milton Nascimento

“O que será que será (...). O que não tem certeza. Nem nunca terá! O que não tem concerto, nem nunca terá. O que não tem tamanho...! (O que será) (Flor da terra).

Foi muito interessante para eu estar com pessoas de uma sensibilidade e responsabilidade não somente com o sistema de saúde, mas com a Defesa da Vida. Optei por compartilhar algumas das viagens dos entrevistados, já no capítulo inicial. São “*cartas de navegação*” dessas pessoas, contendo uma carga de subjetividade, afeto e emoções que eu não dei conta de escrever utilizando o registro da linguagem escrita.

Por isso, em dados momentos, utilizei-me de poemas, versos, fragmentos de músicas... Vidas contando histórias! Histórias construídas em meio a sofrimentos, alegrias e tristezas. Histórias que se interpenetravam e em dado momento se interconectaram formando redes. Deu-me a sensação de que alguns dos entrevistados, que nunca se conheceram nessa viagem terrestre, tiveram muitos encontros virtuais! Muito bom sentir isso!

Deixei-me conduzir por um registro do tempo dessas viagens, que não se ateve à cronologia dos fatos, concordando com a afirmação de BARROS (2007):

“Tempo impossível de ser marcado cronologicamente. Tempo instantâneo, que rompe a ilusão de achar saídas. Tempo intensidade, que inventa entradas... várias entradas” (p. 29).

Entender alguns movimentos na *certa história campineira* que caracterizavam a cidade como uma referência para modelos tecno-assistenciais e as lutas das pessoas em seus diferentes territórios e instituições, ousando movimentos embrionários ao SUS, precedendo políticas nacionais, é resgatar uma rede de conexões entre sujeitos que acreditavam que sonhar valia a pena, e concretizar esse sonho era o desafio.

A partir desses desdobramentos co-produzidos através das entrevistas e oficinas e dos analisadores que se construíram no percurso - ruídos e temas quentes que incomodou o coletivo - busquei trazer algumas entradas que facilitarão o debate para novas viagens. Essas entradas são pequenos disparos e diálogos que poderão ser percorridos por outros interessados, pois a potência deste trabalho é problematizar questões e localizá-las permitindo intervenções futuras de várias naturezas.

5.1- Afinal, que encontros são estes que se estabelecem nestas parcerias entre serviços de saúde e instituições de ensino?

“Tudo certo como dois e dois são cinco”

Caetano Veloso

Esse verso da música composta por Caetano Veloso revela como eu gostaria de encerrar esse debate provisoriamente sem dúvida. Se, na lógica racional, dois mais dois resultam necessariamente em quatro, excluindo qualquer

possibilidade de outro resultado, se esperarmos que as parcerias sejam metaforicamente esse quatro, estamos sendo capturados por uma lógica da exclusão, dual e dicotômica (ou...ou).

Os diferentes sujeitos que compõem as parcerias, ao se unirem, não necessariamente terão momentos somente felizes, sem conflitos, divergências ou similares. De uma maneira geral, há conflitos, divergências, confusões e isso não significa que a parceria não tenha dado certo. Pouco sabemos lidar com isso e, de uma maneira geral, excluimos as diferenças exatamente por não se encaixarem em um molde pré-determinado. Nessa racionalidade tolhemos a liberdade de um encontro intercessor, pois as linhas de fugas que surgem, explodem, são tidas como problemáticas e que precisam ser resolvidas através de supostos consensos.

“(...) de vez em quando o casamento não dá certo... daí tem que mudar sair, trocar. Às vezes os interesses são muito diferentes”. Grifo meu. (E 18).

A comparação realizada entre a parceria e casamento chamou minha atenção: uma comparação com uma instituição considerada socialmente importante para formação da família, além dos valores e extensão de seus efeitos e de suas relações jurídicas e morais na vida social, imposição religiosa (um sacramento)⁹⁴ e que, supostamente, representaria compromisso, acordo, união e partilha. Essa instituição, que atua por livre-arbítrio (liberdade de escolha do companheiro) ou imposta pelas famílias ou circunstâncias, vem sendo fortemente questionada nos dias atuais. O divórcio surge enquanto outra

⁹⁴Nos primórdios da nossa civilização, a autoridade religiosa era a única competente para marcar as formalidades do casamento, assistir a sua celebração e marcar a sua validade. Sendo um dos sacramentos, a Igreja Católica procurou sempre regulá-lo e subtrai-lo à ação do poder temporal. Por outro lado, havia os que desprezavam a religião e nutriam forte expectativa que o casamento se tornasse uma instituição notadamente secular (não ligado exclusivamente à religião), um contrato puramente civil, não admitindo quaisquer formalidades religiosas.

instituição, que busca dar conta dessa incapacidade do casamento em manter a família.

Dessa maneira, a ruptura e desunião, uma saída para os momentos de conflitos, ou para quando um dos elementos não cumpre seu papel, condicionando a idéia da culpa do outro, ou desencontro e desencanto, não me parece dar conta da complexidade exigida para explicar tais parcerias.

O suposto “*casamento entre heterogêneos*”, mencionado durante as entrevistas nos remete a clássica dicotomia desses diferentes, reforçando um acordo – renúncias de alguns interesses e complementaridade para que essa relação se nutra e se mantenha.

Para os que não quiseram utilizar o termo casamento, outra comparação foi do “*namoro*”, demonstrando uma união menos formatada que o casamento, mas que também exige uma história com “*final feliz*”.

“Durante o namoro eu percebo que a gente acaba construindo na maioria das vezes uma “história feliz”, só que quando nos chega 45 do segundo tempo, quando termina é que se percebe isto (...) mas já tivemos histórias de rachar e não conseguir histórias com final feliz.” Grifos meus. (E 1).

O não conseguir histórias com finais felizes, não levam a debater as causas, novamente implicando em ruptura, ocultando que as relações entre diferentes perpassam conflitos e divergências na construção.

Outros trazem a noção de um encontro no qual há uma “*falta*” que deve ser complementada por alguém que tem, reforçando a lógica binária e dicotômica. Um dos clássicos exemplos dessas dicotomias é a relação Teoria X Prática⁹⁵.

⁹⁵Serviço de saúde (prática) e a instituição de ensino (teoria), emitindo muitas vezes, o julgamento moral sobre o bom e o ruim – serviços de saúde – bons e instituições de ensino – ruins. É um cuidado a ser trabalhado.

“Eu acho que é uma necessidade bilateral, a universidade precisa do campo de estágio, a integração de experiência, e sair do hospital universitário, então o SUS é um espaço fundamental para esta formação e vice versa, a educação para estes serviços depende muito da Universidade”. Grifo meu. (E 18).

Como as relações são mais complexas do que a equação $2 + 2 = 4$, acho que Caetano Veloso nos ajuda muito a questionar a verdade: o que é tido como certo, quando coloca a possibilidade do resultado ser cinco, questionando todas as leis matemáticas. Se não houver uma relação intercessora, onde o diferente tenha possibilidade de ser diferente e agir como tal e os conflitos serem entendidos como linhas imaginárias que nos tencionam e nos remete a uma saída de nossos territórios e uma ação para novos territórios.

“Parceria pra mim é deixar marcas – encontros, não somente administrativo, porque a lei determina, mas encontros entre sujeitos que se acrescentam que tem tensões, que tem conflitos”. Grifos meus. (E 24).

Apesar de ter sido citado por poucos entrevistados, existe uma compreensão de parcerias como um “*encontro*” que pode e deve deixar “*marcas*” e não ser somente um algo administrativo e normativo. Fazendo uma interlocução com Espinosa, afirmaríamos que tudo está em relação, e que os encontros⁹⁶ podem trazer bons ou maus afetos⁹⁷.

⁹⁶Do latim “*occursus*” - literalmente “encontro”.

⁹⁷ Deleuze adverte para a diferença das terminologias “*affectio*” (afecção) e “*affectus*” (afetos), muitas vezes traduzidas de formas iguais, o que para ele é uma catástrofe. No livro principal de Espinosa, que se chama “*Ética*”, são encontradas as duas palavras, sendo que as “afecções” traduzem-se por ocorrências, eventos ou aquilo que acontece aos modos e os efeitos de outros modos sobre este, algo como “*marcas corporais*”. É o estado de um corpo sofrendo a ação de outro corpo. Espinosa no livro II da *Ética*, Proposição 35, apresenta como exemplo de “*afecção*”, o sentir o sol e seu raio pousando sobre um corpo, e não exatamente

As “*marcas*” mencionadas nos depoimentos dos entrevistados referentes aos encontros que estabelecemos durante as parcerias foram reforçadas em muitos momentos, e, ao contar destas marcas, percebi que foram mobilizados afetos de quem contava suas viagens.

“A residência X era a residência que os alunos tinham maior resistência em vir para a Atenção Básica. Hoje, ano após ano, tem avaliado como melhor estágio, porque foi construído na Unidade (...). Ver um residente de pediatria fazendo grupo educativo na área de saúde bucal e fazendo classificação de risco para cárie dentária, são experiências inovadoras, são achados”. Grifos meus. **(E 17)**.

“Quando eu vejo uma apresentação nos finais de semestre eu consigo visualizar as marcas existentes. Ano passado, o segundo ano de Medicina, nossa... foi tão marcante a maneira como os alunos colocaram as adversidades que eles enfrentaram no CS (todos os tipos de adversidades possíveis, e como eles se apropriaram daquilo e fizeram do limão a limonada”. Grifos meus. **(E 16)**.

“Eu nunca pensei em fazer Saúde Pública na vida, tanto que minha formação inicial foi toda na área hospitalar. (...) Então, eu vim aprender muito dentro da equipe na qual trabalhei, e valorizo principalmente algumas auxiliares de enfermagem, técnicas de enfermagem, a coordenação na época, que me deram muito apoio e me ensinaram muito, e o que hoje eu sei, eu devo a elas. Até o amor e carinho que tenho pela Saúde Pública eu devo a elas”. Grifos meus. **(E 8)**.

o sol, mas sua *ação ou o efeito sobre o si*. A afecção seria a mistura de dois corpos, um corpo que se diz agir sobre outro, e um corpo que recolhe o traço do primeiro. Segundo Espinosa, ao sermos afetados por corpos exteriores, tal modificação pode implicar uma variação, passagem ou transição de um estado (do corpo afetado) a outro, uma variação na potência de agir, e isto é denominado de “afetos” ou sentimentos. Segundo Espinosa, o afeto indica mais a natureza do corpo modificado do que a natureza do corpo modificante.

“Acompanho a carreira deles nos locais onde estão, pessoas extremamente engajadas (...) me arrepiava falar sobre isto, é muito bonito (lágrimas); são pessoas que hoje militam pelo SUS, não foi porque o CETS pediu, porque estão na lei, porque eu acredito que há muitas profissões no SUS e quero melhorar esse sistema. Eu acho bonito ver a trajetória destas pessoas(...)”. Grifos meus. **(E 24)**.

Fico imaginando o quanto cada conflito e divergência vivenciados no cotidiano das parcerias são enfrentados de forma singular por cada gestor/trabalhador da saúde. Cada momento é um momento, cada situação é uma situação e a singularidade desses processos é co-produzida nos cotidianos do trabalho em saúde, podendo causar bons encontros e bons afetos que aumentam a potência de agir, ou se manterem na formalidade e normatividade dos encontros, preocupados em fazer cumprir a lei.

“O pessoal contribuiu enormemente, porque eu também era ávida desta contribuição, então eu queria estar por dentro, eu queria saber as últimas condutas da pediatria da Unicamp. Eu era muito voltada para a assistência à criança, nesta época e, eu acabei completando minha formação clínica por conta disto (...) isto era riquíssimo (...) eles têm esta potência de atualizar tecnicamente a equipe, contribuindo para qualificar a clínica.” Grifos meus. **(E 17)**.

Os desafios a serem enfrentados, a possibilidade de fazer diferente, de ousar, de dar voz aos desvios que apontam em nossos caminhos, trazendo a emergência de novas entradas, de novos territórios e de (re)invenção de nós mesmos e do mundo, foram também trazidos na segunda oficina com gestores no Distrito Sudoeste de Campinas.

“A questão do ideal é algo que muitas vezes, a gente vê como distante, não fazemos nada com ele (...) é necessário furar um pouco este ideal, e a gente conseguiu avançar. Pensar em ideal é pensar em transformar esta perspectiva em uma causa. E no cotidiano ter disposição para perseguir esta causa. (...) não queremos o ideal, nós queremos uma causa, enfrentar as dificuldades do dia-a-dia, as faltas cotidianas, para poder trabalhar melhor, ou seja, por uma causa. Este é o motivo de cada um levantar todo dia, vir trabalhar, por uma causa”.

Grifos Meus. (II Oficina com Gestores).

Como gestora dos serviços de saúde no Distrito Sudoeste tive bons encontros com vários parceiros na Universidade, senti marcas, bons afetos, e com outros, no entanto, não tive tal afinidade. Por isso algumas parcerias foram para cumprir a lei, a responsabilidade institucional, por que não consegui, na relação, estabelecer algo que me trouxesse um aumento em minha potência de agir e sei que não consegui aumentar também a potência de agir do outro. Sem querer aprofundar em Espinosa, mas é interessante reforçar que determinados corpos⁹⁸ não nos atraem, devido suas constituições e as nossas também, ou seja, o efeito do seu corpo sobre o meu, me afeta de maneira agradável ou desagradável. Como diz Vinícius de Moraes:

“A vida é feita de encontros, embora haja tantos (des)encontros na vida”.

Os desafios que se põem nesses (des)encontros realizados durante as parcerias dos serviços de saúde com as instituições de ensino são de várias natureza, dentre elas enfrentarmos nossas fragilidades, superarmos relações

⁹⁸A teoria sobre o que é um corpo, ou então uma alma, dá no mesmo, encontra-se no livro II da Ética de Espinosa. Segundo o autor o corpo é feito desse modo, certa relação de movimento e de repouso que subsume uma infinidade de partes. Pode haver um bom encontro (occursus) entre os corpos ou um mau encontro.

administrativas, “*lições de casa*” e problematizarmos as diferenças, permitindo com que essas diferenças não sejam excluídas. Enquanto não enfrentarmos essas fragilidades que exigem processos de (re)invenção de nós mesmos e do outro, estaremos sim nos prendendo a uma integração ensino e serviço pró-forma, como bem relatou um entrevistado.

“Eu acho que exige muito esforço dos dois lados: tanto da instituição de ensino quanto do serviço de saúde, em amadurecer, saber a importância disto, dar o seu devido valor neste processo, por isto eu acho que ainda somos amadores. (...) Acho que teria que ter projetos construídos com maior maturidade, amadurecidos com as equipes de saúde”.
Grifos meus. (E 17).

5.2- Primeira entrada: Constituição Federal (1988), Lei Orgânica da Saúde (1990) e investimentos interministeriais: qual a importância disto?

“Se o Sistema Público é espaço de formação, este Município pode bancar isto? O desafio é: nós estamos passando por uma atribuição do sistema mais fortalecida do ponto de vista da formação, e temos que re-significar os sentidos federais com os sentidos municipais”. Grifo meu. (E 20).

A ampliação do conceito saúde e a sua garantia como direito universal e dever do Estado, legitimado através da Constituição Federal (1988) e pela Lei Orgânica da Saúde (1990), garantiram legalmente um sistema público de saúde – o SUS. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O desafio de estabelecer um sistema único de saúde, com acesso universal, equânime, com atendimento

integral, coloca a formação como um dos vetores que merecem atenção do gestor do SUS.

A responsabilidade legal trazida pela Constituição Federal (1988) referente ao “*ordenamento de recursos humanos na área da saúde*” foi tema de discussões quentes em vários momentos de nosso trabalho (entrevistas e oficinas), revelando contradições no desdobramento desta responsabilidade dentro do cotidiano dos serviços de saúde. Na primeira oficina que fizemos junto ao Colegiado de Gestores do Distrito Sudoeste, em maio de 2007, houve uma discussão acalorada sobre o tema.

“Afinal de contas, se somos “ordenadores da formação”, isto é atribuição (...) quando a pessoa vem trabalhar no SUS ela tem que saber disto, a gente não precisa ficar pedindo (...)”.

Grifos meus **(E 6)**.

*“Um monte de coisa está nas entrelinhas... mas o ordenamento de recursos humanos pra saúde tá lá, na Constituição, grandão, com todas as letras”. **(E 10)**.*

*“Somente a Legislação (Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde) não dá conta de fazer o movimento e estabelecer parcerias concretas entre serviços de saúde e instituições de ensino. Nossos gestores e trabalhadores precisam falar mais sobre o assunto”. Grifos meus. **(E 14)**.*

As oficinas debateram que existe uma predominância de um discurso instituído, normativo, respaldado pela legalidade e formalidade presente no arcabouço constitucional, pouco dando voz às rupturas que se apresentavam no cotidiano os desvios que se impunham frente a dificuldade das unidades de saúde

em cumprir este papel. Se, por um lado foi reforçado nesta Oficina, o avanço constitucional, por outro lado foi dada a chamada para um processo dialógico de como operacionalizar isto nos cotidianos dos serviços. O cuidado para não ser capturado por um “*dever e obrigação legal*” somente, foi uma das advertências que o grupo trouxe.

A linha dura traz essa obrigação legal, normativa, mas se o encontro for formalizado apenas por intermédio do movimento instituído - leis e normas, a percepção que os gestores do Distrito Sudoeste de Campinas têm é de que não haverá mudanças ou marcas significativas nos processos de formação em saúde.

Como operar uma formação instituinte, desterritorializante? Como enfatizar nos processos pedagógicos o componente vivo do trabalho (MERHY, 1997)? Debate quente que levou o barquinho a balançar em meio às diferentes maneiras de se posicionar e traduzir a ordem constitucional.

*“(...) a Lei por si só é morta, e me parece que em tua pesquisa você está interessada no trabalho vivo. Por exemplo, como os trabalhadores desempenhariam este papel na rede de serviços – preparo que têm para isto”. Grifos meus. **(Fala de um coordenador, durante a II Oficina IES).***

As discussões e depoimentos reforçavam a micropolítica dos processos de trabalho, na qual os gestores/trabalhadores que não perceberem que essa responsabilidade constitucional tem um sentido para o trabalho em saúde lidarão com o tema/responsabilidade como uma ação morta, destituída de interesse, de co-produção.

“(...) se por Lei é uma obrigação e dever do SUS esta participação na formação, como eu transformo isto para ser o mais produtivo possível e responsável (eu respondo por aquilo que eu tenho capacidade) (...) dentro do meu atendimento, eu posso incluir o ato de educar. Às vezes o ônus é muito grande, a obrigação da Instituição em ter que cumprir uma lei, e ela tem que dar condições para que isto aconteça”. Grifos meus.
(E 15).

A transformação e o desvio sugerido no depoimento da entrevistada reportam a necessidade de novas criações, de linhas nômades, flexíveis e de fuga. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (1986) trazia uma regulamentação, uma linha dura específica, linear, excludente. A modificação feita com o processo de formação que foi direcionado para o mundo do trabalho deixou marcas, novas entradas, saudades, mexeu com valores, com mundos, com emoções... Não poderíamos ousar para além das formalidades – legítimas necessárias para a organização de processos diversos - e buscar uma maior apropriação, enquanto gestores e trabalhadores da saúde sobre o sentido de sermos ordenadores da formação?

Nesse contexto, também foram debatidas durante as duas oficinas com gestores e durante as entrevistas realizadas as iniciativas do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, com sua Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETS)⁹⁹ referentes ao Promed, Pró-Saúde, Versus, dentre outros.

Não percebi uma maior apropriação de apoiadores e coordenadores dos serviços de saúde com relação às ações da SEGETS e nem sobre suas atribuições (ANEXO 13). Aliás, senti até certo desconhecimento desse órgão governamental, por parte de alguns. A tarefa que recebi verbalmente de alguns coordenadores e apoiadores da gestão em uma das oficinas foi de trazer para o

⁹⁹Criada em 2003, pelo Decreto nº4. 726, de 09 de junho de 2003, sendo revogado pelos Decretos nº 5.841, de 13 de julho de 2006 e nº5.974, de 29 de novembro de 2006.

coletivo algo sobre esse tema para que o grupo melhor se apropriasse do tema. Por que será que esse debate não é comum às discussões da gestão, dando a impressão de que não são descentralizados enquanto debates para todos do Colegiado de Gestão – coordenadores de serviços de saúde e apoiadores da gestão? Seria esse um analisador que se repete em outros distritos do município de Campinas, revelando a necessidade de um debate político ampliado sobre tais investimentos interministeriais relacionados a formação em saúde que não se prenda simplesmente ao ato de receber alunos para estágio?

“Colocar o tema da formação e do ensino na pauta do governo federal, realizando um pacto de gestão com esta pauta, faz diferença com a criação desta Secretaria”. Grifos meus. (E 19).

Dessa maneira, a SEGETS é pouco conhecida por coordenadores de serviços de saúde e apoiadores da gestão. Os que conhecem o trabalho desta Secretaria entendem que houve um avanço nas políticas de ensino e serviço, mas que se mantém sujeito a todas as tendências políticas do nível federal mudando rumos, projetos de acordo com a mudança de governos. Essa tensão no plano político federal impacta diretamente nos municípios que constroem suas políticas de ensino e serviço.

“(...) havia uma mudança no Ministério da Saúde – troca do Ministro, e isto influenciou na formação dos Facilitadores de Educação Permanente: uma sensação de “podar”. Esta mudança no Ministério tocou muito pra gente, pois quando você tem uma equipe que tem uma centralidade (...) eu acho que a gente se fortalece. Quando isto se fragiliza cria uma insegurança porque a gente pensa “e aí? Eu vou pensar por aqui e aí vem outra eleição e este grupo cai, o que vai acontecer””? Grifos meus. (E 1).

A entrevistada Facilitadora de Educação Permanente referia-se à magia do curso feito e do investimento governamental em gestores de todo Brasil sem uma continuidade, no entanto, devido à instabilidade da política federal. De maneira semelhante eu, que participei do processo de formação de Ativadores de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais da Saúde, tive a mesma impressão, de um investimento e mobilização sem uma continuidade. Assim como o Projeto Larga Escala, algumas iniciativas interministeriais passaram.

Novamente trago Ronaldo Bôscoli: “(...) e o barquinho a navegar (...) que desliza sem parar”...

“Estas políticas são tão instáveis quanto quaisquer outras políticas públicas. Oscilam muito. O eixo de sustentação das Escolas (Médica, de Enfermagem, etc), passam por outros lugares (não por estas iniciativas interministeriais). MEC quando põe o dedo na ferida Fundações, mexe no que interessa e no que dá autonomia para as corporações (dá sustentação financeira para o Hospital Universidade)!”.
(MERHY, Debates na Defesa da Dissertação, 2009).

A necessidade de uma formação mais próxima da atenção integral e humanizada se impõe, mesmo em meio aos processos transitórios de mudança de governo e o nosso desafio enquanto gestores nos diversos níveis do governo é o de não ser capturado por estas transições políticas por interesses específicos, corporativos e partidários. Cada governo faz uma leitura desta responsabilidade constitucional do gestor. As corporações profissionais se impõem, muitas vezes, em meio a essas mudanças, transições e fragilidades. É uma disputa de projetos, de interesses específicos e corporativos que prejudicam a resposta às necessidades sociais.

“Enquanto a gente não conseguir isto, teremos dificuldade nesta mudança proposta na Constituição Federal. (...) Esta questão pra mim é crucial – Ministério da Saúde e Ministério da Educação têm que se aproximar mais. Não é uma questão apenas de políticas pontuais interministeriais como PROMED, PRÓ-SAÚDE, etc. (...) Não acho que é fácil mexer nisto, acho que é uma força hegemônica muito grande, tem interesses fortíssimos no Congresso Nacional, têm poderes instituídos, mas deveríamos ousar mais.” Grifos meus. (E 13).

Saúde e Educação são dois setores que, pela legitimidade e legalidade, devem ocupar-se das funções de regulação de Estado no tocante à *formação na área da saúde*: credenciamento, descredenciamento, recredenciamento de cursos, programas e escolas de formação, condições de ensino-aprendizagem, processos de avaliação institucional - externa e interna - e submeter às principais decisões políticas à participação popular.

Concordo com CECCIM & FEUERWERKER(2004) que afirmam que a Graduação de profissionais de saúde no Brasil segue, em geral, um modelo pedagógico tradicional de formação marcado pelo referencial biomédico e flexneriano. Um referencial que privilegia uma *abordagem* biológica e centrada na doença, utilizando-se de alta densidade tecnológica para dar conta dos problemas de saúde e *que centra os esforços de formação no ensino de conteúdos organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos que passam a ser visto através das partes – as especialidades.* Um modelo que centra o aprendizado da clínica, no hospital universitário, que incentiva a especialização precoce, que perpetua modelos tradicionais de prática em saúde e que se preocupa com a sofisticação dos procedimentos e do conhecimento dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado.

As iniciativas interministeriais propõem mudanças – mesmos que pontuais e tímidas – não tocando, no entanto, em um dos nós do processo que se reconhece quando compreendemos que :

“Existe uma nova dimensão de atuação profissional dada pela possibilidade de se construir saúde de outra maneira, de se estabelecerem outras/novas relações entre as diferentes profissões da saúde e entre os profissionais e a comunidade. Em verdade, há novas práticas a construir dentro mesmo de cada um dos níveis de atenção, desde que se considere/admita que todos os profissionais têm uma contribuição significativa a dar e que a população/os pacientes podem e devem ter um papel ativo nesse processo.”
Grifo meu. (FEUERWERKER, 1998, p. 53)

Numa perspectiva de integralidade, a formação deveria contemplar a *produção da saúde* e não só o tratamento, e os serviços de saúde deveriam constituir-se campos de formação por excelência, desde que tivessem eticamente comprometidos com a *Defesa da Vida*.

Na contra-hegemonia do *status quo* é possível observar políticas interministeriais que buscam contribuir para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva de um profissional capacitado a atuar segundo determinados princípios éticos e que compreenda as distintas dimensões do processo de saúde-doença. Políticas e projetos do Ministério da Saúde em parceria, com o Ministério da Educação como o PROMED¹⁰⁰, o APRENDER SUS¹⁰¹ e o PRÓ-SAÚDE¹⁰² (Brasil, 2002; 2004; 2005), merecem ser problematizadas na perspectiva do impacto que tem na formação desse novo profissional de saúde.

¹⁰⁰Lançado em 2001, em parceria também com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e direcionado especificamente para o Curso de Medicina.

¹⁰¹Política do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, lançada em 2004, que visa o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudança na Graduação em Saúde, e objetivado estimular os compromissos da graduação com o SUS, ampliar o conhecimento e a apropriação do profissional da saúde sobre o SUS, compreensão e conquista do trabalho em equipe multiprofissional, e a defesa e construção da atenção integral em saúde.

¹⁰²Lançado em 03 de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e inspirado Promed. Esta iniciativa interministerial foi ampliada para os cursos de Odontologia, Enfermagem e outros. (BRASIL, 1988)

“(...) vim para a Saúde Pública não por incentivo da graduação, não acho que somente ela daria conta (...)”. Grifos meus. (E 30).

“Eu to um pouco frustrado com a Reforma Curricular, sei lá. Noto pouca diferença (...) pouco conseguiu fazer com que os médicos se interessassem pela carreira publica. São evidencias empíricas, somente (...)”. Grifos meus. (E 21).

Quanto às críticas realizadas referentes às iniciativas interministeriais, como PROMED, PRÓ-SAÚDE, dentre outras, a compreensão é de que tais investimentos ainda são pontuais e tem baixo impacto na formação do futuro trabalhador da saúde do SUS. Alguns ainda se restringem à compreensão acerca dessas iniciativas, que se limita a uma visão estritamente financeira. A discussão deveria ser “*mais embaixo*”, conforme referido pelos entrevistados, porque o investimento na graduação¹⁰³ somente não dá conta de formar o profissional que a sociedade precisa e que o sistema de saúde requer.

Por conta disso, quando debatíamos em oficinas e com os entrevistados em geral, sobre esses investimentos as pessoas viam com bons olhos, pela própria possibilidade de reformar centros de saúde, melhor adequando para receber alunos, compra de materiais como vídeos, aparelho de DVDs, computadores, data show que melhoram muito o espaço de formação dos alunos. O cuidado é não enxergar essas iniciativas somente de forma utilitarista, o que levaria a um descompromisso do gestor do SUS para com suas responsabilidades no sistema de saúde e esse cuidado foi trazido durante as entrevistas.

¹⁰³Ainda que brevemente, não poderia deixar de mencionar o importante papel que a Residência Médica, as Especializações têm na formação de médicos e outros profissionais de saúde no Brasil. A hipótese da Residência funcionar como facilitador de uma inserção privilegiada no mercado necessita ser melhor discutida, pois existem diferentes mecanismos de concatenação entre as necessidades de formação dos especialistas e as necessidades do mercado público e privado. Residência Médica no Brasil, portanto, apesar de institucionalizada, potencialmente sobre controle dos Ministérios da Educação e da Saúde e de outras autoridades dessas áreas, tem tido seus rumos definidos pelas instituições que mantêm os programas, pelo mercado de trabalho, em uma relação mediada pelos interesses da corporação médica: médicos residentes, sociedades de especialistas e outras entidades.

“(...) só que isto é apenas um pedaço. (...) Não é uma fonte de recursos para a Secretaria de Saúde. É parceria, cada um com seu compromisso e temos que discutir muito bem o nosso papel. Senão daqui a pouco vamos brigar para ter a instituição de ensino para suprir seringas, agulhas, papel toalha. Não dá! Nós temos obrigações e isto é essencial”. Grifos meus. **(E 10).**

“Qual foi a riqueza do PROMED, mais do que sua questão financeira? Foi fazer amplamente a discussão sobre o que significa ser tutor, como é que a Prefeitura olha pra este profissional, que esta na ponta e se dispõe a acompanhar alunos, como é que a própria Universidade olha pra eles, acolhe que relação se dá, como se faz a gestão disto, de serviços que passam a ser comuns a Universidade, então foi um momento muito rico, muito instigante, que eu acho que deu fruto”. Grifos meus. **(E 21).**

O debate sobre essas iniciativas interministeriais ainda é pouco conhecido dos gestores e os trabalhadores traduzem essas iniciativas interministeriais como investimentos financeiros somente. Quando muito falam as siglas, dizem que já ouviram falar, mas não sabem ao certo do que se trata. Se a gestão é um campo no qual a dimensão da formação em saúde está inserida, o que debatemos sobre isso? O quanto aprofundamos e criticamos estas iniciativas interministeriais para além dos pedidos formais de materiais a serem comprados, planilhas de inserção de alunos, escolha de tutores de serviço?

De uma maneira geral, o debate feito pelos entrevistados relacionado ao PROMED, tem várias naturezas.

“Eu acho que esta instância – o PROMED era quase nada. Com o PRÓ-SAÚDE tivemos um avanço (...) são iniciativas importantes porque agregam enfermagem, odonto antes não contempladas com o Promed”. Grifos meus. **(E 16)**.

“O PROMED e outros, só ficou no papel, pois a mentalidade dos formadores, as Faculdades, as Universidades não mudaram seu pensamento e isto também não foi discutido na rede de serviços”. Grifos meus. **(E 28)**.

Alguns referiram uma motivação adicional de suas equipes, quando foram contempladas com os incentivos financeiros em suas unidades de saúde.

“...a possibilidade de receber materiais do PRÓ-SAÚDE, receber coisas diferentes do padrão que vemos da prefeitura, que chega quebrado, coisas novas chegando, isso motivou muito”. **(E 30)**.

Essas iniciativas interministeriais, no entanto, são bem intencionadas, apesar de pontuais e reducionistas quanto aos seus objetivos. Mais do que o recurso financeiro, analisador que demonstrou a motivação das equipes por receber alunos, esses projetos tinham como objetivo estimular as mudanças curriculares na graduação dos profissionais da saúde, as quais pouco avançaram no entendimento da maioria dos entrevistados e participantes das oficinas. Algumas iniciativas pontuais, as quais há um envolvimento do graduando em saúde, uma militância no SUS que antecede quaisquer projetos interministeriais de incentivo às mudanças na graduação, são bem sucedidas. Mas, de uma maneira geral, não é a avaliação que existe no contexto da graduação como um todo.

“Acho que falta fazer com que o que é proposto nesses estágios se encontre com o restante do currículo e ultrapasse a assistência, vá para a discussão de equipe, território, mas não em forma de discussões intermináveis. Por isso acredito que não é suficiente ou eficiente implantar os projetos somente, tem alguma coisa que tem que ser mudada antes para que eles dêem certo, atinjam seus objetivos, e não é a Universidade sozinha que vai resolver isso”. Grifos meus. (E 47).

Além disso, a questão dos recursos financeiros que são destinados a projetos dessa natureza, são geridos, de uma maneira geral, de forma hierarquizada, burocrática, apesar das várias tentativas de diálogo através de comissões que envolvam alunos, professores gestores e usuários. Ainda há atravessamentos claros e perceptíveis que rompem contratos entre os envolvidos. Queremos falar sobre isso? Tenho a sensação de que o mar entra em profunda turbulência quando queremos falar sobre isso.

“a gente não tá entendendo nada sobre o que é o PRÓ-SAÚDE. É outro jeito de pensar a coisa (outra racionalidade). Tem muito poder, muitos interesses muitas coisas a serem quebradas”. Grifos meus. (E 28).

“Eu acho que os apoiadores sentem mais o reflexo, as conseqüências destas ações e iniciativas ministeriais, do que se apropriam de fato do que é a coisa. Um ou outro apoiador tem um entendimento melhor, alguns que estão mais envolvidos com a universidade, que acompanham mais, que tem uma inserção maior, mas não é a regra. Você viu que nosso corredor tá cheio de material: o pessoal sabe que é material vindo do Pró-Saúde, então isto é uma conseqüência (...). Por mais que a gente fale, o número de informação que

circula dentro do Distrito é muito grande, e até mesmo no colegiado de gestão (...). Então, aqueles que estão mais inseridos, eu acho que eles tem uma apropriação maior. Por exemplo, as unidades que tem alunos e tem o Pró-Saúde, eles tem mais apropriação do que o colega que não tem alunos". Grifos meus. (E 8).

O atravessamento dos distintos interesses institucionais, bem como o plano de intensas disputas que estes projetos trazem, causa conflitos e mal estares. O Distrito Sudoeste de Campinas, até o final de 2006, início de 2007, apesar de ter vários alunos dos distintos departamentos da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, não era contemplado com o projeto do PRÓ-SAÚDE, que estava concentrado nos Distritos Norte e Sul¹⁰⁴.

O apoiador de Ensino e Serviço do Distrito de Saúde Sudoeste, juntamente com a Comissão de Ensino e Serviço do município de Campinas, posicionaram-se após uma vinda de representantes do Ministério da Saúde em Campinas com a finalidade de explicar os objetivos do PRÓ-SAÚDE. A partir daí, as unidades que recebiam o quinto Ano de Medicina da Unicamp começaram a ser contempladas com o recurso financeiro do PRÓ-SAÚDE, restando novas discussões para o primeiro ano de Medicina, ainda excluído dessas iniciativas interministeriais até os dias atuais. Quais jogos de interesses perpassam e atravessam essas iniciativas interministeriais, que teoricamente foram criadas para promover e incentivar as mudanças na graduação dos profissionais de saúde e são modificadas em determinados espaços acadêmicos, não deixando fluir os projetos? Uma reflexão para novas “*cartas de navegação*”...

No ano de 2007, um re-direcionamento dos estágios da Graduação em Enfermagem da UNICAMP, realizado pelo CETS, no sentido de não haver concentração de alunos no Distrito Norte e Leste contribui para uma nova parceria

¹⁰⁴Refiro-me ao Pró-Saúde da UNICAMP especificamente, pois o Pró-Saúde da PUCCAMP estava sendo implementado nos serviços de saúde do Distrito Noroeste de Campinas. Os investimentos financeiros tanto para pagamento de tutores de serviços, quanto para compra de materiais e reformas eram direcionadas às unidades de saúde que recebiam alunos do quarto ano de Medicina, que estavam concentrados no Distrito Norte e Leste de Campinas.

no Distrito Sudoeste, dessa feita com o Departamento de Enfermagem da UNICAMP. A princípio não foi uma parceria fácil, pois, segundo os entrevistados, havia certa resistência docente em vir para o Distrito Sudoeste. Com o passar do tempo, foi-se solidificando através de projetos e construções coletivas, potencializando a parceria. O investimento financeiro do PRÓ-SAÚDE, específico para a Enfermagem, possibilitou com que novas unidades de saúde do Distrito Sudoeste, fossem contempladas.

“(...) a avaliação do impacto deste Programa – PRÓ-SAÚDE na Reforma Curricular, é que a gente ta ainda Tateando, aprendendo, como vamos fazer isto e como isto será institucionalizado. Existem alguns parâmetros que o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, criaram, quando foi feita a formulação do programa. Existem vetores construídos e estágios (I, II e III) e isto serve para avaliar o processo, de como a instituição de ensino estava quando se inscreveu no projeto e se avançou ou não. Agora, estamos tentando colocar isto em pauta, com esta coisa do relatório que a Enfermagem vai fazer isto vem pra pauta. A gente vai ter que olhar os dois aspectos: tanto o financeiro, da execução orçamentária deles, quanto um relatório técnico (...) tem uma co-gestão germinando, mas, o foco principal ainda não está na mesa. A pauta, a agenda que a gente tem que construir com eles (Universidade), a gente ainda não conseguiu montar”.
Grifos meus. **(E 16)**.

O Distrito Sudoeste tem hoje, três unidades de saúde que recebem recurso financeiro do PRÓ-SAÚDE como incentivo nas parcerias: o CS Aeroporto, o CS Dic III e o CS São Cristóvão. A compra de materiais específicos com esse investimento financeiro ainda é fortemente criticada pelos coordenadores, apoiadores e pelo próprio CETS. Somos chamados a “*toque de caixa*”, repentinamente, para fazer a “*lista de compra do PRÓ-SAÚDE*”. Não temos um

tempo hábil para discutir na forma de projeto o qual valorize a inserção dos alunos e impacte na formação desses futuros profissionais da saúde e acabamos por fazer lista do que falta nas Unidades de Saúde.

A última reunião que tivemos para discutir o recurso do PRÓ-SAÚDE da Enfermagem chamou minha atenção, pois um dos serviços de saúde – CAPS Davi Capistrano - havia preparado um Projeto que foi discutido com a docente, os trabalhadores da saúde e os alunos, referentes à Atenção em Saúde Mental. Os coordenadores e apoiadores presentes acharam interessante a forma que esse serviço lidou com o recurso do PRÓ-SAÚDE e nos propusemos a construir isso pra dentro dos demais serviços de saúde. Soube somente depois que o recurso não foi aprovado! Quem não aprova? Qual a instância veta um projeto descentralizado, voltado para a atenção em saúde, na qual o aluno irá participar diretamente? Quais interesses estão envolvidos na aprovação ou reprovação desses projetos?

“(...) tem lição de casa de todo lado para ser feita (...) nós temos uma lição de casa bem grandinha para retomar, e para fazer porque nós temos que fazer esse encontro da instituição ensino e dos serviços de saúde ser eficaz”.
Grifos meus. **(E 10)**.

A tarefa da gestão em saúde para a mudança na formação deve ser a busca pelo engendramento de novas relações de responsabilidade e compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, de modo a possibilitar a co-gestão dos processos.

5.3- Segunda entrada: O Sistema Único de Saúde como espaço de formação: uma realidade atual ou um desafio a ser construído?

“Toda e qualquer Unidade ou Serviço da Rede Pública de Campinas é considerada campo de estágio em potencial”.

(Documento PIES/CETS/ Campinas).

Essa entrada também foi um tema quente durante as oficinas e entrevistas. A preocupação com os campos de estágio em Campinas surge não somente devido à Constituição Federal (1988) responsabilizar o gestor pelo ordenamento da formação de *“recursos humanos na saúde”*, mas devido um processo intenso de estágios curriculares e extracurriculares que aconteciam na rede de serviços de Campinas e a questão que se colocava, naquele momento era organizar e sistematizar esses estágios, preparando em seguida todos os serviços de saúde de Campinas para serem campo de formação.

Sempre acreditei e defendi o pressuposto de que o SUS deve ser um espaço de formação em saúde por excelência. Existem, no entanto, algumas fragilidades nos serviços de saúde que compõem essa rede, que pedem a realização da nossa *“lição de casa”*, como alguns mencionam, ou de nossas responsabilidades enquanto gestores nos diferentes níveis do governo. As equipes de saúde requerem um preparo pedagógico para essa função, uma vez que a formação básica de nossos profissionais de saúde não contempla essa dimensão a qual cobramos dos trabalhadores da saúde e gestores. O gestor, de uma maneira geral, aprende a estar na gestão na prática, não havendo uma preparação específica para a área de gestão. Dessa maneira, cada gestor – coordenadores e apoiadores - prioriza determinadas dimensões, em detrimento de outras.

Além disso, os espaços físicos das nossas unidades, de uma maneira geral, não foram planejados para essas inserções de alunos. Isso deve ser repensado nas reformas e ampliações atuais.

Desta forma, gastamos uma boa parte de nosso tempo discutindo a inserção de alunos, acolhimento, salas, profissionais de referência, discussões importantes, sem dúvida, e pouco aprofundamos um projeto maior no qual a instituição de ensino se insira como parceiro do serviço de saúde. Quando ousamos muito, fazemos encomendas pontuais a Universidade, que, por sua vez, atende de acordo com sua disponibilidade, e chamamos isso de parceria. Que projeto nossas Unidades de Saúde tem, no qual os alunos e docentes façam parte e tenha uma inserção mais substancial? São raros, poucos eu me atreveria a dizer.

“(...) ainda não fizemos a lição de casa”. (E 10).

A Universidade, por sua vez, atravessada pelas várias instituições que a compõem e tencionam, gasta outra parte de seu tempo discutindo os critérios mínimos de uma Unidade de Saúde, para ser campo de estágio: tem que ter os arranjos do modelo de atenção implantados, tem que ter disponibilidade para o trabalho conjunto com a Universidade, tem que ter uma referência de tutor no serviço, igualmente importantes, mas ainda insuficiente para dar conta de uma real parceria.

Do olhar do gestor local, lugar de onde falo, entendo que uma Unidade de Saúde deve ter um projeto de gestão no qual a formação esteja inserida, fazendo parte da agenda de trabalho, facilitando o protagonismo nas relações com as instituições de ensino. A participação na construção do conhecimento do profissional que está em formação, bem como o envolvimento nas discussões curriculares e avaliativas são, no meu entendimento (da minha aldeia), responsabilidades do serviço de saúde.

As faltas e adversidades existentes no SUS geram certos incômodos e estranhamentos entre os sujeitos das instituições envolvidos na parceria e renderam um bom debate durante as oficinas. Meu entendimento é de que estas

faltas deveriam ser percebidas enquanto dispositivos para refletir a necessidade do gestor assumir algumas responsabilidades institucionais durante as parcerias e lutar por recursos que viabilizem os estágios. A instituição de ensino, por sua vez, estar disposta a ser parceira em momentos de crise, tendo solidariedade com os serviços de saúde, problematizando-os e enfrentando-os enquanto parceiros da construção do SUS.

“(...) eu acho que o aluno tem que aprender com as adversidades, é isto que é o Serviço Público, o SUS real. Eu não acredito em CS Escola (estática) a gente tem que aprender na vida real! A vida real é o que: não tenho médico, não tenho condição de dar acesso a toda demanda espontânea que chega à porta, não dou conta de atender a “doença chamada pobreza”, é com isto que convivemos e não com a coisa estruturada, móveis bonitos, ar condicionado, são esta a vida real. O trabalhador que está neste espaço é um trabalhador estressado, o aluno que tem que lidar com estas tensões”. Grifo meu. (E 24).

Em meio às adversidades, faltas que se instauram não somente como crise, mas se permanece mostrando fragilidades na gestão do sistema de saúde, levam os diferentes sujeitos envolvidos na parceria a recorrerem a saídas, por vezes necessárias, uma vez que não existe condição mínima para que um estágio se viabilize.

“(...) eu vejo algumas irregularidades no sistema de saúde: uma das mais difíceis de enfrentar é a irregularidade de recursos desta rede. (...) Não tem modelo pedagógico e de saúde que de conta desta irregularidade. (...) não tem mais espaço para se fazer uma discussão de caso, construção de projeto terapêutico, debaixo da goiabeira, no sol, não tem condição mínima para tal. Um dia dá, mas fazer isto sempre, não dá”. Grifos meus. (E 18).

A contrapartida mínima referentes às condições para que haja a inserção de alunos sempre foi uma preocupação da Secretaria de Saúde de Campinas. As modificações atuais nas plantas das unidades já contemplam espaços como sala de reuniões que podem tanto ser usadas pela equipe do Centro de Saúde quanto pelos alunos e docentes. A indisposição e conflitos referentes às estas faltas demonstram que a parceria não é fundamentada em um projeto que deve ser construído com parceiros com essa sensibilidade e disposição.

“Grande parte do ensino de graduação está nas mãos do setor privado, eles não tem interesse no setor publico e só tem interesse em usar os nossos serviços para campo de estágio – são parcerias frágeis, não são parcerias com mão dupla com contribuição dos dois lados. Ainda assim, no nível local, municipal, os gestores ainda valorizam pouco este eixo, ainda é insuficiente. Eles ainda agem como se tivessem fazendo um favor ao receber alunos, não agem como um protagonista da historia, da mudança da historia da formação, não se esforça para que a unidade tenha condições para receber alunos, não percebe que o aluno qualifica infinitamente os serviços. Na questão da micropolítica quando é feita sem picuinhas, sem ranhetices, ela é muito interessante e a gente faz pouco isto na micropolítica”. Grifos meus. (E 13)

Outro debate interessante diz respeito aos ‘cenários de aprendizagem’¹⁰⁵ capazes de empreenderem metodologias ativas de aprendizagem, facilitando e mediando a formação critica dos profissionais de saúde. Intensos debates sobre o assunto são realizados em congressos nacionais, seminários e outros, e o enunciado que se tem sobre o assunto é de

¹⁰⁵Segundo Bulcão (2004) este é um “conceito amplo e diz respeito não somente ao local em que se realizam as práticas, mas aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz etc.” (p.4)

que a diversificação destes cenários configura-se como uma “(...) *estratégia indutora de importantes mudanças no processo de formação profissional*” (BULCÃO, 2004: 65). A autora chama atenção, no entanto, para que não sejamos capturados por uma lógica na qual se faça prolongamentos do ‘*hospital-universitário*’ ou do ‘*centro de saúde-escola*’ nos serviços de saúde e na comunidade. É importante portanto, ao falar em ‘rede escola’ tendo o SUS como espaço de formação, não esquecermos de um contrato ético/político que deve ser feito entre as pessoas que representam as respectivas instituições envolvidas.

“Vai ter ganho? Os alunos estagiarem obrigados e não conseguindo absorver toda a riqueza que existe, não aproveitando oportunidades, e em contrapartida, deixando de ganhar”. Grifos meus. (E 24).

“O aluno, quando ele chega ao serviço ele olha todo mundo, todo mundo é exemplo pra ele. Se ele chega ao serviço e vê dois ou três profissionais gritando com o usuário, fica uma contradição para este aluno, então a Unidade tem que ter um projeto no qual o ensino e serviço deve se inserir”. Grifos meus. (E 15).

O investimento no SUS enquanto espaço de formação – idéia de ‘*rede escola*’ - contrapondo-se a concepção de um cenário artificial, descolado da realidade do SUS tem sido o grande desafio para o setor saúde de Campinas, sendo reforçado no documento base de convênios com escolas e integrando a atual política de ensino e serviço (PIES).

Tenho a impressão de que, se não investirmos nas discussões que pressupõem relações intercessoras entre as pessoas que fazem parte destas instituições, não conseguiremos pactuar e contratar as dificuldades e limites tanto do sistema de saúde quanto da instituição de ensino.

“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 de saúde.” (FEUERWERKER, 1998, p. 53).

Fico imaginando situações adversas dessa rede de serviços de saúde, como as que experimentei quando assumi a coordenação do Centro de Saúde Dic III, no ano de 2005: filas enormes, muitas faltas (médicos em licença e afastados, faltava impressos para exames, receituários, faltava medicamentos básicos, etc.), a infra-estrutura do prédio era ruim, chovia dentro do serviço, chovia na janelinha da farmácia, nos corredores, etc. A insatisfação popular era enorme, eram mais de 35 mil habitantes a serem atendidos! Apesar de já ter mais de cinco anos na gestão, confesso que re-aprendi a ser gestora, em meio tanta adversidade e falta de recursos.

A lembrança que tenho é de dois bons companheiros ligados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp – professores Sérgio e Heleno. Apostando que daria certo, fazendo parte integrante da equipe de saúde, apesar das adversidades, sugerindo, ajudando, problematizando as faltas, as adversidades. Não era um mero contrato formal e burocratizado de parcerias. Era uma relação intercessora, algo que nos potencializava, nos co-produzia, nos (re)inventando.

Lutei para melhorar as condições de trabalho dessa unidade de saúde, tendo apoio do Distrito de Saúde Sudoeste, conseguindo dar conta das faltas e adversidades prioritárias. Hoje, o Centro de Saúde Dic III, recebe alunos do quarto ano de Enfermagem, primeiro, segundo e quinto anos de Medicina, Residência em Medicina Preventiva e Social, Aprimoramento em Gestão e Licenciatura em Enfermagem (todos do curso da UNICAMP), além do curso Técnico de Enfermagem do SENAC. O espaço físico não é dos melhores e muitas vezes utilizamos o espaço da Igreja São Francisco de Assis da Paróquia Santa Luzia, nossa grande parceira e companheira de lutas.

Paralelo a essa dimensão da Unidade de Saúde e seus momentos, existe algo a ser discutido que são as responsabilidades do gestor dentro do Sistema Único de Saúde. Essa rede de serviços que defendemos que seja uma Rede Escola, campos de formação e práticas para futuros profissionais de saúde, passa em dados momentos, por crises e até faltas estruturais.

“Quando caiu o prédio do CS Barão Geraldo, inundando, nós (docentes e alunos) fomos para a igreja, ficamos dias na igreja, daí tínhamos que colocar o biombo, falar baixinho para não ser ouvido, (...) era uma situação inusitada. Depois fomos para uma casa alugada, um sobrado, daí o aluno atendia na sala de vacina, debaixo da escada, atendia onde era possível porque não tinha lugar. Mas a prioridade do paciente no serviço nos fazia atender desta forma. A gente sentia que estava no limite, um pouco atrapalhando, até porque atrapalha mesmo, porque as pessoas, já não têm uma condição de trabalho tão boa”. Grifos meus. (E 42).

Apesar do entendimento de que os momentos de crise são pedagógicos, fazem parte do SUS real, devendo ser enfrentados com competência de gestão, esses momentos são vistos de diferentes formas por docentes, alunos e gestores/trabalhadores, dependendo do encontro que é realizado.

“É difícil, o docente vai lá pra o serviço de saúde e observa toda uma deficiência estrutural do serviço público, de competência técnica, de intervenção da clinica, da brutalidade”. Grifos meus. (E 20).

De qualquer maneira, a construção dessas parcerias com cenários de práticas reais depende da disposição de cada sujeito para trabalhar em co-gestão. Para tal é importante assumir as fragilidades institucionais existentes em ambos os lados, sem ocultá-las, antes enfrentando-as através de parcerias orgânicas.

“Se o docente não souber se colocar como parceiro, de vir e construir uma coisa junto para a assistência, e a assistência construir com o ensino, fica muito pesado para um coordenador, por exemplo, que tem todos os desafios de ser gestor local”. Grifos meus. **(E 17)**.

“O território pode se abrir, se engendrar em linhas nômades ou de fuga ou pode se sedentarizar. Nos dois primeiros casos há chance de criação, invenção de saídas: no terceiro, o que pode ocorrer é a cristalização de certas linhas, levando ao isolamento e dificuldade de conexões ou ao fenômeno do ‘tudo é sempre igual’, repetição identificada a um ‘mesmo que paralisa’”. **(BARROS, 2007)**

Os cenários de práticas artificiais, descolados da realidade dos serviços de saúde e das necessidades dos usuários, foram fortemente questionado durante as entrevistas:

“... não tem a mesma realidade dos demais serviços públicos. (...) fica artificial, não lida com a complexidade, não entendem o mundo real, acaba dando essa formação maquiada (...)”. Grifos meus. **(E 22)**.

“(...) a idéia de uma “ilha da fantasia”, quando a realidade do serviço de saúde e do sistema de saúde é outra”. Grifos meus. (E 19).

“(...) quase que um cenário montado, uma locação de um filme holidayano (risos)... às vezes fico pensando o que os outros colegas teriam levado? Será que foi o mesmo que eu levei”? Grifos meus. (E 1).

“Verdadeiras ilhas (...) uma padronização inventada para o serviço público que é incompatível com a realidade, porque eles foram criados nas condições idéias de temperatura e pressão, e essas condições ideais não contam na vida”.
Grifos meus. (E 21).

Em alguns momentos esses cenários artificiais de inserção dos alunos foram chamados de “Centros de Saúde Escola”, entendendo que esses trariam necessariamente esta artificialidade. É importante considerar que o debate a ser feito deve ser direcionado à concepção que está contida no conceito, ou seja, uma desarticulação entre o mundo da formação e mundo do trabalho. Outros entrevistados aprofundam as relações artificiais dos cenários de práticas, mesmo quando se inserem em serviços de saúde do SUS:

“(...) transformação de uma Unidade Básica de Saúde, em um ambulatório do Hospital das Clínicas”. (E 30).

Apesar da política municipal que determina que todas as unidades de saúde sejam campo de estágio em potencial, gestores e trabalhadores da saúde referem ainda que haja necessidade de investimentos na educação permanente

para essa área específica. Apesar de alguns investimentos terem sido feitos aos coordenadores mais antigos (oficinas de sensibilização), esse trabalho ainda não foi direcionado a rede como um todo. Desta forma, ainda percebe-se, que apesar de haver a inserção de alunos na rede de Campinas, os projetos ainda acontecem paralelos em algumas situações (eu ousaria dizer na grande maioria das vezes).

“Para mim que estou na gestão, é um papel muito difícil ainda, porque a parceria corre no paralelo, às vezes tangencia, dependendo de quem assume a disciplina até descola, ai volta”.

Grifos meus. **(E 1)**.

Será que não estamos caindo na armadilha de uma integração ensino e serviço “*pró-forma*”, na qual o encontro é formalizado de maneira a compor um projeto de gestão no qual as “*lições de casa*” sejam feitas de maneira burocráticas e administrativas pelos diferentes sujeitos que compõem as instituições envolvidas? Será que estamos tendo sensibilidade em ouvir os ruídos das faltas, adversidades e não preparo que é referido por trabalhadores da saúde e gestores do SUS referentes a essa dimensão educativa do trabalho em saúde?

“(...) A instituição de ensino, ela está presente no serviço, mas ainda não está integrada. Isto me preocupa mais (...)”.

Grifo meu. **(E 17)**.

5.4- Terceira entrada: Educação Permanente de gestores e trabalhadores da saúde

“Eu acho que temos que ter um preparo para ser campo de estágio. Não estou dizendo que temos que mudar ou transformar o serviço, criando coisas artificiais, não, mas temos que preparar a gestão daquele serviço para receber alunos”.
Grifos meus. (E 17).

“Por mais que a gente publicize que precisamos acumular com todo mundo, (...) e atuar no espaço de formação, eu acho que não é verdade isto não. Tem um saber pedagógico que não está colocado para todo mundo e que precisa ser despertado.”
Grifos meus. (E 20).

O entendimento de que existem dimensões na gestão do SUS, dentre elas a dimensão educativa, de formação, é algo referenciado por boa parte dos entrevistados e também durante as oficinas. Não existe a negação dessa gestão ampliada, mas há um questionamento com relação à inserção de coordenadores e apoiadores de serviços de saúde que recebem esta atribuição sem uma discussão prévia. De igual forma, trabalhadores da saúde, alguns formados antes do SUS, outros formados recentemente, também questionam esta atribuição específica, não a negando, no entanto.

“(...) eu cheguei à unidade recém-formada, no começo eu achava terrível ter alunos na unidade, “nossa”, eu achava assim, quanto aluno, quanta coisa, mais depois fui mudando a visão, porque eu acho que eu fui incentivada pela gestão local (...)”. Grifos meus. (E 3).

Foi interessante notar durante as oficinas e entrevistas que havia um forte questionamento quanto à dimensão educativa relacionada aos gestores e trabalhadores da saúde. Nos debates que fizemos durante as oficinas essa dimensão educativa do trabalho em saúde, muitas vezes é visto como algo normativo somente, e entendida como um peso, um trabalho a mais.

Receber alunos que querem aprofundar o território, as ações de saúde pública, as necessidades de saúde da população, as diversas tecnologias utilizadas pelos serviços de saúde, dentre outros objetivos acadêmicos, requer também um preparo do gestor e trabalhador da saúde para o tema.

“Quando eu amadureci na gestão um pouco da experiência de receber alunos, então eu comecei a desenvolver toda uma sistemática de acolhimento e inserção destes alunos. Primeira coisa que eu combinava com o docente: eu queria mostrar o território, junto com os agentes, junto com outros profissionais de saúde. Era algo que eu fazia questão absoluta, passar, apresentar o território todo, sua especificidade, de apresentar os conselheiros para os alunos e, os alunos para estes conselheiros, preparar e apresentar a minha equipe para receber estes alunos”. Grifos meus. (E 17).

O “*amadorismo*” das parcerias foi fortemente trazido nos debates, e com ele os “*improvisos*” criados para que a parceria dê certo: apesar de já haver uma contratação do estágio, divulgação de ementas e plano de cursos, ainda pouco se pactua quanto à discussão da inserção, participação dos trabalhadores da saúde, a competência pedagógica específica para tal função, competência essa que foi, por exemplo, trabalhada no Curso de Preparação de Tutores do PROMED (UNICAMP), quando o CETS ajudou com o apoio didático pedagógico. Por que não enfrentamos essa dificuldade e realizamos um investimento em educação permanente para gestores e trabalhadores da saúde, relacionados especificamente aos processos de articulação ensino e serviço?

Em seus cotidianos, por necessidades sentidas, os serviços de saúde correm atrás de sair desse “*amadorismo*”, e buscam desenvolver um saber específico e pedagógico, ousando metodologias criadas nos cotidianos dos serviços. São exemplos dessas iniciativas dos serviços:

1- Acolhimento que contemple a visão da rede de serviços do SUS Campinas

“O acolhimento destes alunos dentro da rede de Campinas, também é uma preocupação nossa (...) uma experiência interessante com os alunos do quarto ano de Medicina da Unicamp e, a gente gostaria de fazer isto com todos, principalmente estes que ficam um tempo maior dentro da Unidade, 6 meses a um ano, seria muito interessante se a gente conseguisse acolher, pra que eles entrassem entendendo um pouco mais o processo, a rede de serviços, como é o SUS aqui em Campinas”. Grifos meus. (E 8).

2- Acolhimento local (o que interessa os alunos e docentes dentro do modelo de atenção a saúde)

É o momento no qual o aluno, além da visita ao território, faz um reconhecimento e diagnóstico do serviço de saúde como um todo.

“(…) a gente começou a fazer as coisas um pouquinho mais organizadas: montamos um modelo de recepção de alunos, um caderninho com as responsabilidades do aluno e as responsabilidades da instituição de ensino, o papel do supervisor, começamos a organizar reuniões com as supervisoras, então tinha um dia específico que chamávamos todos os supervisores, começou a funcionar um pouco mais organizado”. Grifos meus. (E 23).

3- Pessoa de referência/ rede docente dentro do serviço de saúde, além do coordenador: canal de comunicação

“Há uma pessoa de referência dentro da Unidade, além do coordenador para abrir o canal de comunicação, os problemas estão sendo corrigidos, não estão avolumando, criando corpo. Corrigir as coisas que, porventura estejam deficientes no momento que o problema acontecer. Surge o problema, a gente vai lá e intervém”. Grifos meus. (E 8).

4- Projetos construídos em co-gestão

“(...)elaboramos um projeto no Colegiado Gestor de minha Unidade, com um envolvimento de toda equipe, todos entusiasmados (...)”. (E 17).

5- Compartilhamento de material bibliográfico utilizado na disciplina

São pactuações realizadas com alguns docentes que já mantêm pastas com estes referenciais bibliográficos para que a Unidade compartilhe e acompanhe.

Ainda existem desafios a serem enfrentados pelos gestores, a saber:

“Eu queria viver para ver o dia no qual os gerentes de unidade iriam sentar junto com os docentes para construir o programa do estágio”. Grifos meus. (E 17).

“fazer uma sensibilização para que a tarefa de receber alunos não ficasse em um profissional único destacado para fazer o ensino e serviço, mas que a Unidade como um todo tivesse recebendo estes alunos, mesmo que não tivesse responsáveis por eles__cotidianamente, mas na realidade, enquanto profissionais de saúde eles eram formadores”. Grifos meus.
(E 15).

Se por um lado temos gestores e trabalhadores da saúde que ocupam a função de professores em instituições de ensino tendo uma facilidade nos processos pedagógicos e metodológicos, temos outros que, apesar de não exercerem função docente instituída, são apaixonados pelo ensino construindo um *devir docente* de nosso trabalhador/gestor. Para compor momentos de parcerias, no entanto, falamos da dimensão educativa do trabalho em saúde, que necessita ser exercitada.

Muitas vezes, ao falar com trabalhadores da saúde pedindo para que recebam os alunos contassem sua experiência na atenção em saúde, a pergunta que me faziam era: *“o que exatamente você quer que eu fale?”*. Por que será que este trabalhador não sabe o que falar? Quando eu trazia as questões do cotidiano, como potencialmente pedagógicas, reforçando que não se apresentasse aos alunos um conto de fadas, mas a realidade do serviço, eu percebia que os trabalhadores da saúde precisam desenvolver essa habilidade específica.

Exercitei muito estas habilidades com a equipe do Centro de Saúde Santa Lúcia e agora no Centro de Saúde Dic III. Com o passar do tempo os trabalhadores tornam-se professores do serviço discorrendo sobre o saber construído em seus cotidianos de trabalho, saberes estes que tanto tocam os alunos quando estes os ouvem.

Atualmente existem investimentos na figura do tutor de serviço¹⁰⁶, trabalhador que desempenha funções docentes estando ligado ao serviço.

“Tem toda uma polêmica em torno da situação: o trabalhador de saúde, quando ele ensina, participa do seminário, das discussões, pode ser parte do trabalho dele, então tem muita gente que defende que não tem que ter ganho financeiro. Eu acho que para alguns isto é verdade, mas tem alguns que assumem uma função de tutoria, de supervisionar clínica, supervisionar o trabalho de enfermagem, aí eu acho que deveria ter um componente salarial, por exemplo. Então, alguém da rede, que tem função docente permanente (não ocasional), deve ser valorizado. Acho isto progressista, na Inglaterra, Canadá, Portugal tem isto, o profissional de saúde atende e faz docência, quando o residente ou outro aluno tem dúvida, vai discutir com o profissional que faz esta tutoria. Tem uma referencia pedagógica dentro da Unidade de Saúde. Esta pessoa tem que ser reconhecida, apontada e responsabilizada e tem que ganhar. O PRÓ-SAÚDE é pra isto: transporte, tutor, etc. Eu acho isto, ainda que seja polêmico o assunto”. Grifos meus. (E 18).

Se o objetivo do tutor de serviço é fazer a mediação do conhecimento aproximando mundo da formação ao mundo do trabalho, apesar da inovação desta função, o impacto também se mostra pequeno na visão do aluno:

¹⁰⁶Segundo BELLODI (2003), que conta a história do tutor na Faculdade de Medicina da USP, o tutor estaria ligado a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP (ou PBL, em inglês), sendo um mentor que estaria disponível para discutir sobre as escolhas do dia-a-dia da faculdade, da futura especialidade e também para questões mais pessoais de cada aluno (orientador, conselheiro); acompanharia a trajetória de cada aluno buscando conhecer os desafios surgidos durante o curso (pessoa próxima, referência dentro da faculdade, ponte entre o aluno e a graduação); • Compartilharia suas próprias histórias, contando os obstáculos que encontrou ao longo do caminho e como superou os desafios (papel de modelo); • Encorajaria a assumir riscos e explorar novas oportunidades de aprendizagem (papel de suporte); e a refletir sobre a experiência e a dividir esses momentos-chave com os colegas (papel reflexivo) (p. 206).

“Alguns de meus professores são tutores trabalhadores do Centro de Saúde, mas eles não propõem uma forma de trabalho diferente dos professores da Universidade. Preciso me esforçar para lembrar diferenças, sua forma de ensinar é a mesma, se isolam da mesma forma (...) acho até que eles (professores e tutores de serviço) não sabem fazer de outra forma”. Grifos meus. (E 47).

De uma maneira geral, as unidades de saúde que recebem alunos têm trabalhadores de referência para as discussões locais, chamados tutores de serviço¹⁰⁷. No caso do Departamento de Enfermagem da UNICAMP, há a certificação dessa participação com carga horária documentada. Outros cursos, por sua vez, não têm essa centralidade, apesar de ser o desejo de alguns docentes. A Residência em Medicina Preventiva e Social, na qual participo como tutora de serviço dedicando parte da jornada de trabalho na formação do Residente, apesar de ter o reconhecimento tanto do residente quanto da coordenação do curso de que existe este trabalho de tutoria, não é autorizado pela Diretoria Acadêmica da UNICAMP a certificação com carga horária do trabalho que desenvolvo. Para refletir...

A instituição quando começa a pensar em uma política efetiva para a área de ensino e serviço, tem que incluir nessa política o preparo do gestor/trabalhador da saúde. Esse preparo significa discutir a compreensão do mundo do trabalho e sua especificidade, e que o trabalho se constrói em ato. É necessário problematizar isto nas rodas de discussão.

¹⁰⁷ Apesar de todo o investimento realizado pela SMS e pelo CETS no sentido de motivar que seus trabalhadores da saúde realizem o papel de tutoria de serviço – idéia do trabalhador formador, alguns pedidos feitos por coordenadores enfermeiros para a função de tutoria dos alunos de enfermagem, foram negados pelo CETS. Segundo documento da Comissão de Integração Ensino e Serviço (2008) “... o coordenador da unidade, devido sua concentração de trabalhos no campo da gestão da unidade como um todo, não conseguiria atender às necessidades de tutoria deste estágio, que envolve uma carga horária de cada aluno de 20 a 36 horas semanal de 8 horas de supervisão direta ao estudante, conforme pactuado pela SMS com a Universidade.”. Os coordenadores enfermeiros (dentre os quais me incluo), foram chamados para serem comunicados desta discussão, e não houve possibilidade de singularizar as experiências. Recebemos um comunicado escrito desta discussão. Como estes coordenadores já tinham uma lógica de inserção de alunos e discussão pedagógica com os docentes sobre o campo de estágio, a qual era valorizada pelos alunos. Este (des)encontro dentro da instituição da saúde gerou um sentimento de (des)importância sentido pelos coordenadores que solicitaram esta tutoria, visto que a Universidade já tinha aceitado e valorizado o trabalho. E o barquinho continuou a navegar...

“(...) só que para este formador não há uma preocupação, tanto pela instituição de ensino como pela instituição da saúde, com a questão pedagógica. Este é outro aspecto que deve ser considerado, pensar estratégias para sensibilizar e preparar para isto, fazer uma discussão pedagógica antes em larga escala com nossos trabalhadores da saúde. O nosso CETS e nossos gestores deveriam pensar em uma capacitação para as questões pedagógicas. Esta dimensão está pouco contemplada na nossa formação”. Grifos meus. **(E 13)**.

5.5- Quarta entrada: Os (des)encontros e as (des)importâncias

“Eu acho que a gente (gestores) tem que estar muito fortalecido para conseguir levar uma fala que faça diferença, senão a gente fica ali como mero ouvinte e executor de tarefas demandadas por eles (Universidade) (...)”. Grifos meus. **(E 1)**.

O avanço na proposta de integrar os serviços de saúde com as instituições de ensino nos últimos anos em Campinas é notório, principalmente pelo fato do município ter assumido essa ação enquanto política de governo. Existe, sem dúvida, um investimento municipal em reuniões, oficinas e seminários para potencializar o tema de ensino e serviço em Campinas e o município tem sido referência para diversas cidades vizinhas e estados. Os desdobramentos dessa política ainda revelam que temos fragilidades a serem enfrentadas, investimentos a serem feitos, principalmente no que se refere à Educação Permanente do gestor/trabalhador da saúde para que se aproprie da dimensão educativa do trabalho em saúde.

“Agora temos que pensar como vamos preparar o nosso trabalhador para que ele cumpra seu papel. Este é o desafio e está colocado o tempo todo (ênfase). É fácil falar daqui (CETS) que o coordenador local deveria assumir mais o seu papel. A questão é: ele dá conta de assumir (...) Você dá a atribuição mas você tem que prepará-lo para assumir: não é apenas jogar, falar que é o papel e se vire! Senão vira um trabalho a mais que foi imposto e ele tem que cuidar disto. Trabalho penoso. Até por que quem está no cotidiano, com aquele monte de aluno, eu imagino que deva ter muitas brigas e conflitos (risos)”. Grifos meus. (E 10).

Muitas vezes nos vemos como “*cumpridores de tarefas*” e por vezes, sendo determinados, ou seja, a idéia de processos normatizadores e burocratizados, sofrendo a influência de vários vetores simultaneamente, dentre eles: a ação do um Estado determinista, onde os processos chamados de coletivos e democráticos têm ênfase no cumprimento da tarefa, o que demanda muito dos representantes institucionais; o impacto deste macro-contexto político na Secretária de Saúde como um todo, ao tomar algumas ações enquanto tarefas; as políticas interministeriais direcionadas a Graduação em Saúde (PROMED, PRÓ-SAÚDE, dentre outros), e alguns cursos de graduação especificamente, que apresentam uma construção pouco coletiva e democrática, mantendo o *status quo* da formação tradicional, sendo muitas vezes considerado como “*pouco parceiro da rede de serviços de Campinas*”.

Os coordenadores de Unidades de Saúde, apoiadores institucionais e de gestão, bem como trabalhadores da saúde operam, muitas vezes, nessa lógica do cumprimento de tarefas. Um exemplo desse excesso de tarefas e agendas simultâneas foi citado em vários depoimentos dos entrevistados, ao descreverem inúmeras reuniões com as instituições de ensino, por vezes divididas em várias disciplinas dentro de um mesmo Curso, tomando um espaço na agenda de trabalho dos gestores que é relevante.

“(...) é um “peso” para as pessoas, quando eu não posso ir a uma reunião, ninguém quer ir pra mim, porque ainda que tenha a coisa do aluno, que ira tocar o serviço, as reuniões de ensino e serviço, tem muitas pautas, trouxe uma pra você ver, tem que ver metodologia de avaliação para todos os estágios, a gente tem que ver tudo o que é intercorrência, em todos os distritos, então discutimos, é uma reunião que começa duas hora e termina as seis, discute-se se vai ter um congresso que medida será tomada, se vem aluno de fora que unidade vai receber, é muita “trabalheira”, e as vezes as pessoas não sentem interesse.” Grifos meus. (E 3).

Essa lógica de “*multi-reuniões*” poderia justificar as contínuas trocas do apoiador de ensino e serviço, visto que alguns sentem esta tarefa como um peso para o trabalho em saúde. Um analisador natural desse processo, trazido durante os debates nas oficinas e durante as entrevistas, foi a relação atual com o Curso de Medicina da UNICAMP, que demanda tantas tarefas do gestor municipal, a ponto de ter sido colocado apoiador de ensino e serviço do CETS que cuida somente das relações do Curso de Medicina da UNICAMP¹⁰⁸!

Se por um lado, há uma percepção de alguns coordenadores de serviços de saúde e do próprio CETS de que esse órgão, muitas vezes se restringe a uma tarefa organizativa e administrativa relacionada aos estágios, contrapõe-se que há o reconhecimento de que o “*tamanho e a complexidade*” do objeto ensino e serviço, cresceu nos últimos anos, com o aparecimento de novas escolas, criação de novas faculdades, todas demandando o estágio na rede de Campinas, sem contar as escolas de outras cidades como a Faculdade de Jaguariúna (FAJ). Sem dúvida alguma, novos territórios são demandados, os desvios são necessários, para que haja este processo de (re)invenção.

¹⁰⁸O CETS tem um apoio estruturado as escolas de nível médio e escolas de nível superior, atualmente contando com cinco profissionais: um que referencia Aprimoramentos e Residência, outro que referencia o convênio com a PUC e Escolas de Nível Médio, outro profissional que referencia as Faculdades mais novas (FAC, FAJ, Metrocamp, Unip), outro profissional que referencia os Cursos de Fonoaudiologia, Enfermagem e Farmácia da Unicamp e outro profissional que referencia somente o Curso de Medicina da Unicamp. Esta configuração exclusiva para o Curso de Medicina é recente, pois foi deliberada durante o processo no qual eu realizava as entrevistas deste trabalho.

“O projeto de integração ensino e serviço tem crescido nos últimos anos, ficou complexo... temos que pensar nisto e ter o cuidado para que ele não se torne um projeto maior que o projeto da assistência”. Grifos meus. **(E 15)**.

“Eu não acho que o projeto de integração ensino e serviço (...) possa se tornar maior que o projeto da assistência, da atenção em saúde. (...) a atenção à saúde se impõe, porque é uma necessidade da população e vai se impor. Vai ter pressão social, vamos ter que responder a isto, os governantes e os gerentes de serviços vão ter que responder”. Grifos meus. **(E 17)**.

“(...) a equipe não seja engolida pelo ensino e serviço, porque ele é um projeto tão grande, e nós temos tantas coisas pra fazer. Dá uma angustia danada viver isto e a integração ensino e serviço só está aumentando de tamanho”. Grifos meus. **(E 16)**.

Essa complexidade do objeto ensino e serviço, referida pelos gestores, merece uma discussão mais aprofundada do que essa simples menção em uma das entradas desta dissertação. Como não aprofundo este debate, novamente deixo pistas para novas “*cartas de navegação*”. Se nossos encontros não forem além da lógica de exclusão, dicotômica e fragmentada, estaremos fadados a serem meros cumpridores de tarefas, administradores de agendas e cronogramas de estágios, que se torna sofrível e pesado – *trabalho penoso*, para quem o realiza.

Durante as oficinas e entrevistas, também houve um debate acerca do preparo e da formação dentro da gestão, no sentido de uma construção permanente. Não é necessário que o gestor (local, distrital ou municipal), participe

diretamente de todas as ações educativas dentro de seus serviços de saúde, mas devem promover, agenciar e facilitar para que os trabalhadores da saúde desempenhem essas ações. Dessa maneira estará cumprindo seu papel e atribuição. E como fazer isso se a gestão também se forma no cotidiano, se faz fazendo, ou seja, existem poucos cursos para coordenadores e apoiadores de serviço.

De uma maneira geral, os trabalhadores da saúde que se interessam em ocupar a gestão local, fazem processo seletivo, e “*viram gestores*”, aprendendo a ser gestor em seu cotidiano. Alguns têm dificuldades ou até nem tem a compreensão da dimensão educativa de seu papel. Sensibilizações, reflexões e problematizações poderiam ajudar a potencializar esta dimensão educativa do papel do gestor, o que facilitaria nos processos de trabalho dos serviços de saúde. Esse debate ainda é um desafio, pouco se faz, apesar de haver um grande investimento Educação Permanente de gestores em Campinas através de encontros mensais, mas que pouco contemplam este debate.

Também foi trazida uma tensão, que na maioria das vezes não é publicizada, que é o não entendimento dos coordenadores de serviço quanto ao critério para seleção de um apoiador que atue especificamente na área do ensino e serviço. Sabe-se que o apoiador lida com todos os temas da gestão, mas existe uma área específica – ensino e serviço - que requer um apoio diferenciado.

“Eu acho que é mais do perfil individual que cada um tem, de experiências anteriores, do que de critérios propriamente ditos, estabelecidos. Acho que é de identificação, de você gostar de fazer isto, de ir atrás, de ter iniciativa, o querer, etc. Tem outros que tem aversão a isto”. Grifos meus. **(E 8)**.

“É até difícil para os apoiadores, alguns distritos se organizam em dois apoiadores, e é uma área que não é todo mundo que gosta”. Grifos meus. **(E 3)**.

Esse “*não gostar*” de trabalhar com o tema ensino e serviço, também não é aprofundado nas rodas de discussão, de forma mais ampla. Muitas das vezes só discutimos a responsabilidade, mas esse “*gostar, desejar, se identificar*” não é valorizado no sentido de saber quais as causas que levam um gestor e, sem dúvida, um trabalhador da saúde a não gostar dessa área específica.

Quanto a coordenadores de serviços de saúde, que chegam remanejados de outros serviços, tendo uma bagagem anterior com essas parcerias, estes sentem certa dificuldade em dar conta do processo que está em movimento dentro do serviço de saúde, relacionado às parcerias ensino e serviço e, ao mesmo tempo, se apropriar da equipe de saúde, conhecer os processos já instalados, a história daquela unidade, conhecer os trabalhadores da saúde, os conselheiros, a população, os arranjos existentes do modelo de atenção do serviço local, etc.

“(...) tem que *ter um tempo para ele*, apesar de ser uma coordenação experiente (...) *respeitar que cada apoiador tem sua história e cada coordenador também*, e é importante *não sobrecarregar e expor este coordenador a uma situação que é desnecessária*”. Grifos meus. **(E 8)**.

De uma maneira geral, todos os serviços de saúde de Campinas têm muitos estágios acontecendo simultaneamente. A troca constante de coordenações e apoiadores atualmente existentes no município de Campinas reafirma a necessidade de um projeto de gestão para estas parcerias, inclusive um projeto que contemple as transições de um coordenador para outro.

Se as unidades de saúde tivessem seus Colegiados Gestores estruturados, atuantes, com debates do projeto do ensino e serviço mais amadurecidos, esta transição poderia ser feita por este arranjo do modelo de atenção, juntamente com o apoio à gestão dos distritos. Que projeto é sustentado dentro dessa lógica?

Outra possibilidade é a de que os apoiadores da gestão ajudassem durante a transição/troca de coordenação ou troca de apoiador. Isso também é complicado, pois, na maioria das vezes, também não existe uma maior apropriação dos apoiadores com relação às parcerias dos serviços de saúde, o que dificulta as discussões com as instituições de ensino e a mediação com o serviço de saúde. O efeito são conflitos de transição, muitas vezes tendo que tirar alunos e rupturas com parcerias já sedimentadas e construídas anos e anos. Restariam encontros administrativos, normatizados por cronogramas de inserção de alunos o que, mais uma vez, torna esse *trabalho penoso*.

“(...) negociação e desejo da unidade de saúde em manter a parceria, e um coordenador novo, que vê como algo trabalhoso. Foi uma avaliação difícil para aluno e para o serviço, os dois lados entenderam que tinha que parar o encontro(...) daí recontratou com outra Unidade e deu certo”.
Grifos meus. **(E 3)**.

Durante as oficinas e entrevistas houve também um debate interessante sobre o coordenador novo, recém chegado na gestão, alguém que tem muita coisa a pensar, está ainda se adaptando vida institucional no serviço de saúde com suas regras, normas e organização específica e, repentinamente, se depara com a instituição de ensino com o atravessamento de outras instituições (cursos, departamentos, disciplinas, etc) e tendo que se apropriar dessa gestão que é atravessada e muitas vezes apavora e intimida.

"Nesta época eu ainda não tinha algo mais sistematizado pra Universidade: ela ainda me apavorava como eu acho que apavora e intimida os coordenadores novos hoje. (...) a Universidade me intimidava, no início. Eu tinha medo de sugerir atividades para os alunos, mas ainda assim a gente conseguia negociar (...) os coordenadores novos muitas vezes ainda sem um acúmulo para proporem, mas têm que aprender, e quando tem um espaço, a Universidade chuta o que foi discutido e impõe a decisão acadêmica". Grifos meus. (E 17).

"Eu já fui nova na gestão, então fui aprendendo durante meu trabalho, o que precisa e acho que já esta sendo conversado com eles, é ter um suporte, um apoio mais específico para esses que estão ingressando agora. Eu acho que poderia ter um melhor apoio para esses que estão chegando. Eu não vejo problema, desde que seja construindo junto. Esse apoio tem que ser não só na integração ensino e serviço, mas na gestão como um todo". Grifos meus. (E 26).

Tais incômodos são reconhecidos com fragilidades a serem enfrentadas, não somente por parte dos coordenadores e apoiadores da gestão, como também por parte dos próprios integrantes do CETS. O desafio que é colocado é de uma construção mais democrática e menos atravessada por outros tantos projetos, que muitas vezes chegam verticalmente demandando ações e determinando agenda de trabalho. Isso muitas vezes não aparece nas rodas de conversa, mas tenciona e impacta no cotidiano do trabalho em saúde.

A crítica também é central à Universidade e às instituições que a atravessam. Os "cronogramas pouco flexíveis e duros", sua postura predominantemente "ditadora", "egocêntrica", "desprovida de humildade", "empavoadas", "fragmentadora" e "cheia de si", muitas vezes contribuindo para formar "alienados do mundo real", foram considerações feitas por gestores referentes a posição da Universidade frente às parcerias.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), referência nacional e internacional, para ensino, pesquisa e extensão, é atravessada por várias instituições, com diferentes interesses, onde os modelos econômicos, políticos e culturais, interferem diretamente na formação do profissional de saúde. Os currículos, as competências, e a sedução pelas tecnologias de ponta, além das fragmentações, “*especialismos*”, processos pouco dialógicos e participativos de alguns cursos específicos são citados como “*trabalho árduo e relação tensa*” por parte dos gestores dos serviços de saúde.

“Pra mudar o currículo das profissões em saúde não basta eles estarem de corpo presente na Unidade Básica e no SUS: é apenas um caminho, uma possibilidade, mas não muda currículo. Eu já vi acontecer alunos que saem de um estágio que foi muito ruim, por algum motivo, e concluindo: ‘é isto que eu não quero pra mim’, ou ouvindo o docente falando ou insinuando isto nas entrelinhas (...)“(…) dar possibilidade às classes menos favorecidas da sociedade para que sejam médico, ou outro profissional da saúde”. Grifos meus. (E 17).

O problema de atração dos profissionais de saúde para o SUS, não é um problema só da formação – também é, mas não só. Alguns não querem fazer isto e ponto final! Há uma (des) importância em relação a isto! Paralelo a isso, há docentes que não querem ampliar a clínica por total (des) interesse e (des) importância, justificando que já tem seu núcleo de saber específico e até mesmo dizendo que “*estão em vias de se aposentar*”. Quantas “*cartas de navegação*” demandariam esse tema!

O efeito disso na prática pode ser percebido de várias formas: o cansaço provocado pelas muitas reuniões, onde o diálogo não é articulado dentro de um próprio curso, como é o caso citado pelos gestores, do Curso de Medicina da Unicamp, com o qual o município tem convênio e o Distrito Sudoeste

tem parcerias. Há uma memória coletiva da forma como a PUCCAMP se estrutura em Campinas, ajudando na construção da rede de saúde de Campinas e dos arranjos internos da Faculdade de Medicina da PUCCAMP, para um diálogo entre os cursos, disciplinas, departamentos e docentes¹⁰⁹. A figura do coordenador pedagógico, segundo os entrevistados, facilita esses arranjos, pois esse professor representa o curso, facilitando o diálogo.

“O Curso de Medicina é totalmente fragmentado (...) (docente) chegar a falar ‘nossa, quer dizer que você oferece então este tipo de conteúdo? Eu não sabia’. (...) há movimentos internos de se fechar em copas, não sei muito bem por onde isto passa, mas eles (docentes) não estão aceitando muito bem o fato de que eles tem que conversar uns com os outros”. Grifos meus. (E 16).

A proposta de fóruns participativos, diálogo entre os sujeitos envolvidos, co-gestão da Universidade dentro do serviço de saúde tem sido uma proposta defendida por vários dos sujeitos entrevistados, acreditando que em rodas podemos discordar disputar, formular, pactuar, contratar.

Apesar dos investimentos da rede de serviços de saúde de Campinas para a realização de oficinas de debate mais ampliado com o Curso de Medicina da UNICAMP, pouco se avança na perspectiva de um debate interdisciplinar e interdepartamental. Furar esta lógica fragmentada da Universidade, e mais especificamente de um Curso que é atravessado pelas corporações específicas, é reconhecer territórios cristalizados, poderes instituídos, e não permeabilidade a processos de desterritorialização e reterritorialização. O desafio é procurar o que vaza o que provoca desvio nestas construções endurecidas e cristalizadas.

¹⁰⁹A PUCCAMP tem a tradição de realizar Oficinas de Integração Docente Assistencial, que reúne representantes da Secretaria de Saúde, CETS, Coordenadores de serviços de saúde, usuários, docentes de todos os cursos e disciplinas e alunos em uma mesma roda de discussão, formulação, avaliação e planejamento.

Os coordenadores dos serviços de saúde, de uma maneira geral, sentem somente o efeito destas cristalizações, o que resulta em um forte questionamento devido aos atravessamentos verticais que aparecem repentinamente, trazendo enunciados não reveladores de sua origem.

“(...) temos que comprar material para o PRÓ-SAÚDE, e estamos com o prazo limitado”¹¹⁰. (Diário de Campo, reuniões do PRÓ-SAÚDE, 2008).

Todos os cursos têm seus conflitos, suas dificuldades em relação aos serviços de saúde em Campinas, mas o que os entrevistados referiram que no Curso de Medicina, na instituição médica, isto é muito marcante e merece ser (re)visitada e (re)criada. Paradoxalmente, as (des)importâncias que os serviços de saúde experimentam em relação ao processo de formação em saúde voltada para o SUS, geram potência nesses serviços, impulsionando o barquinho para novos mares e tencionando as Instituições de Ensino a moverem-se juntamente (apesar de não gostarem, em determinadas situações)!

“Só que eu não sei se a Universidade dá esta importância para este fato, para o CAPS enquanto espaço formador: nem sei como eles vêm à reforma da psiquiatria. Enquanto instituição de ensino o interesse que eu percebo neles é formar profissionais para trabalhar no ambulatório deles. Mas mesmo que eles (residentes) venham duas vezes por semana, eu recepciono. Porque é uma chance que temos de discutir com esta pessoa e dizer “olha, dá pra fazer diferente”. Os alunos referem pra gente depois de formados:

¹¹⁰ De uma maneira geral as discussões relacionadas ao Pró-Saúde, que envolvem um recurso financeiro pensado como um investimento para as Unidades de Saúde que recebem alunos, chegam em cima da hora, sem tempo para uma discussão mais ampliada com as equipes de saúde, determinadas a prazos (normalmente temos que decidir em pouco tempo). Que linhas de forças contribuiriam para que não se incentive a participação dos serviços de saúde em questões como esta, de forma propositiva?

“eu nem imaginava que dava pra tratar de loucos fora da enfermaria”. E hoje ele trabalha aqui. Então eu acho que, se nos propomos a fazer um modelo de saúde diferente do que hegemonicamente se prega na academia, então temos que estar disponíveis para receber alunos, mesmo que isto leve a conflitos e questionamentos, mas é isto que vai levar a mudanças”. Grifos meus. **(E 23)**.

Outro desafio para a gestão dos serviços de saúde é a avaliação dessas parcerias. Com relação à avaliação dessas parcerias.

“(...) não é só integrar com a Universidade, é a Universidade mudar também. A Faculdade de Medicina, por toda a questão da instituição médica, tem que cair na real e saber que eles estão formando médicos que não são capazes de resolver a maioria dos problemas”. Grifos meus. **(E 17)**.

Apesar do investimento do CETS na confecção de um instrumento de avaliação de estágios e cursos na rede de serviços, instrumento este que foi apresentado em reunião com os coordenadores e apoiadores, debatidos com relação ao limite que tem, mas que poderia ser melhorado, ainda pouco avaliamos esses processos de forma participativa. Quando muito, nos atemos a relatar intercorrências e conflitos, e não sistematizamos periodicamente as avaliações dos cursos, e pouco debatemos o caso enquanto planejamento para dentro dos serviços de saúde.

“(...) reunião para avaliação do campo, todo final de semestre você sente isto, pois você pergunta “como foi o estágio” e o coordenador responde “ah, eu acho que foi bem”. Ou ainda: “qual o período que ocorreu o estágio” e a resposta é “sabe que eu nem lembro”.” Grifos meus. **(E 7)**.

5.6- A interface entre o mundo do trabalho e o mundo da formação em saúde: algumas (re)invenções

Apesar de serem experiências predominantemente pontuais, protagonizadas de forma heróica por alguns sujeitos e pouco sentidas e percebidas pela maioria, existem processos singulares que estão sendo realizados nos cotidianos dos serviços de saúde e deixando marcas importantes em alguns trabalhadores da saúde, gestores, docentes, discentes e usuários.

O primeiro ano de Medicina da Unicamp¹¹¹, na Disciplina Ações em Saúde Pública foi um dos primeiros parceiros do Distrito Sudoeste. As quintas-feiras eram conhecidas neste distrito como “*día do primeiro ano de Medicina*”. O Curso de Fono da UNICAMP participava do Módulo 1 – MD 142 no primeiro semestre junto aos serviços de saúde. Novas entradas foram possíveis na perspectiva de bons encontros e potências construídas. Possibilidades de construir e alargar os conhecimentos quando nos deslocávamos dos serviços de saúde para a Universidade, assistindo aulas teóricas, e até mesmo debatendo situações do cotidiano dos serviços de saúde com alunos e professores¹¹². Centros de Saúde como o Santa Lúcia, o qual eu coordenava na época, o Capivari, o São Cristóvão, Dic III, Aeroporto e Tancredão experimentaram essas parcerias iniciais com singularidades nas potências que se formaram.

¹¹¹MD 142 e 242. O primeiro ano de Medicina da Unicamp, anterior a Reforma Curricular, acontecia em Paulínia, e, naquela época, esse primeiro ano de Medicina era completamente teórico. O professor Everardo coordenava a disciplina dando demografia – Disciplina **População e Saúde**, havendo uma abordagem epidemiológica através de indicadores de saúde. Havia um incômodo por parte de alguns docentes em relação a isto. A partir deste incômodo foi construída a disciplina que foi chamada de **Atenção a Saúde no Brasil**, e a disciplina População e Saúde foi tirada. O entendimento de um dos entrevistados era de que, discutir sistema de saúde, ter um contato com as questões mais gerais da atenção em saúde, era melhor do que o aluno começar com as questões mais demográficas que, era uma coisa pesada para este aluno do primeiro ano. Estes alunos queriam discutir sistema de saúde, atenção em saúde e, no segundo ano de Medicina, também fizemos todo um recorte, junto com o Nelson e Adail e, se chamava **Ações de Saúde Pública**. Esta disciplina era administrada no segundo ano de 1996 a 1998 quando foi transferida para o primeiro ano. Com a Reforma Curricular da Unicamp isto se manteve. Com o passar do tempo, mudou bastante o conteúdo da disciplina, o Emerson Merhy assumiu a coordenação em 2002 e, a partir de 2003 assume a professora Rosana Onocko.

¹¹²**06/03/03 – Aula Inaugural do Curso de Medicina:** Pude levar um grupo de trabalhadores da saúde com carro oficial para a Unicamp, para participar da **aula inaugural do Curso de Medicina**. A aula foi administrada na Disciplina Ações de Saúde Pública, pelo professor Emerson Merhy e estiveram presentes: 2 médicos, 2 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira e 4 agentes comunitários de saúde. **11/03/04** - estive com 2 médicos de família, 1 dentista, 1 pediatra, dois auxiliares de enfermagem, 5 agentes de saúde e uma conselheira de saúde na aula inaugural do Curso de Medicina da Unicamp. Foi o momento de apresentação das Unidades que fariam os estágios. (**Diário de Momento, anos 2003 e 2004**)

Foi interessante (re) visitar estes momentos tanto por intermédio de meus diários de campo, quanto a partir das entrevistas realizadas pois me (re)contam histórias sob diferentes ângulos de percepção. Se por um lado, o significado que dávamos para estes momentos era singular e apoiados institucionalmente pela coordenação distrital e pelo Secretário de Saúde, por outro causava grandes enfrentamentos para a Secretaria de Saúde, pois esse movimento pedagógico da rede de saúde não era um objeto da gestão de Campinas como um todo, ou se era, ainda estava limitado a outras lógicas organizacionais. A entrevista abaixo ilustra o que quero dizer:

“Teve muita crítica, muito ruído(...) a rede falou: ‘a gente precisa de carro para fazer visitas, fazer exames, e fica aí investindo em outras coisas (...)’. A postura foi de que a formação também era prioridade da Secretaria. As vezes a gente precisa abrir um pouco a cabeça e entender que tem estratégias que a gente usa que parece um gasto desnecessário, mas que tem um ganho posterior”. Grifos meus. (E 13).

No Centro de Saúde Santa Lúcia lembro-me que estávamos empenhados com a parceria, e tínhamos grupos de discussões pedagógicas¹¹³, onde participavam trabalhadores da saúde e conselheiros usuários e o Sérgio e fazíamos propostas através de Cronograma de ações nas quais os trabalhadores e usuários participavam (ANEXO 12). Lembro o significado que a Sra Maria Andrade Gil, fiel companheira de luta pelo Conselho Local de Saúde do CS Santa Lúcia, dava para tal momento a ponto de procurar-me com antecedência perguntando: “*Vai ter primeiro ano, Rosana?*”. Felizmente registrei

¹¹³Tenho a impressão que a Especialização em Educação que tive a oportunidade de fazer na Faculdade de Educação da Unicamp, facilitou este meu transitar pelas diferentes dimensões da gestão, incluindo a dimensão educativa. O aporte específico em Metodologia de Ensino que este curso me proporcionou, sempre ajudou no debate e elaboração de cronogramas de aulas práticas e metodologias ativas de aprendizagem.

esses momentos através de diários que me possibilitaram, anos depois, construir um artigo junto com Sérgio e Daniel (ex- aluno do Curso de Medicina da Unicamp).

As falas dos alunos e os trabalhos nos tocavam muito, a saber:

“... Algumas características do Centro de Saúde me impressionaram e serviram para mudar completamente a imagem que eu tinha dos Centros de Saúde”. Grifo meu.

“(...) esse Posto de Saúde que realmente funciona...”. Grifo meu

“Alunos de Medicina geralmente têm aversão ao sistema de Saúde Pública. Pensam que trabalhar num posto de saúde não vale as dificuldades enfrentadas para ingressar na universidade e o tempo gasto para se formar. Eu pensava assim (...)”. Grifos meus.

“Aquilo que sempre escutei do serviço público de saúde foram queixas e reclamações, que nada funcionava, que havia filas imensas de espera, que os médicos não davam atenção ao paciente, que havia falta de medicamentos, ou seja, somente um lado negativo. Eu esperava encontrar um local mal cuidado, com trabalhadores mal humorados e pronunciando monossílabas, paredes sujas e descascadas, dezenas de pessoas esperando sonolentas na espera desde o dia anterior (...) um choque ao adentrar o Centro (...) encontrei o oposto: um lugar limpo ...”. Grifos meus.

“(...) sempre imaginei um SUS caótico, com grandes problemas estruturais, etc.”. Grifo meu.

Esses registros em meu diário de momento, que foram retirados de trabalhos realizados pelos alunos e compartilhados pelo Sergio comigo e com a equipe, sempre nos moveram a novos desafios pedagógicos e de gestão. Além dos trabalhos, os momentos vivenciados pelos alunos junto com trabalhadores da saúde foram intensos no sentido de chamar para um bom debate e problematização. Cito abaixo duas situações muito marcantes para mim e o grupo de trabalhadores, então chamado de ‘*rede docente*’.

14/08/03- “Foi em um momento de visita ao território e, aplicação de um roteiro para entrevista. Nesta data dividimos os profissionais de forma que acompanhassem os alunos ao Centro Comunitário da região, e a casa de uma puérpera no Jardim Bordon (uma área de ocupação da região). Os alunos que entrevistaram uma trabalhadora do Centro Comunitário ficaram chocados por saber que existiam crianças que faziam sua ultima refeição lá e, somente no dia seguinte voltavam a comer.

Também nos chamou a atenção que um dos alunos, ao entrevistar a puérpera na área de ocupação do Jardim Bordon, esqueceu-se totalmente do entorno e perguntou se ela tinha carro (espanto dela) e em seguida, atrapalhado, se ela tinha micro-computador. Foi um momento de grande embaraço para todos e, no Centro de Saúde o aluno nos falou que ele não imaginava que alguém não tivesse carro ou computador. Ficou muito tocado”. Grifos meus. (Diário de Momentos (2003)).

Outras memórias me vêm a mente, foi quando, no ano de 2003 fomos informados que não teríamos a disciplina por falta de docente, pois o professor Sérgio Carvalho não assumiria por questões administrativas da instituição de ensino – contratação. Houve um sentimento meio que geral de termos ficado *na mão*. Foi interessante o movimento que surgiu. Fizemos uma reunião no Centro de Saúde Santa Lúcia – eu, trabalhadores da saúde e conselheiros usuários, e enviei um email para o professor Emerson Merhy, coordenador da Disciplina na época, solicitando discutir esta situação, dizendo que o serviço de saúde tinha se programado para essa parceria e que havia toda uma estruturação interna para tal ação. Pena não ter o email hoje para relê-lo. Defendia a parceria, que para o serviço de saúde e os usuários tinha um significado de bom encontro e potência.

Nunca tive a oportunidade de saber o que Merhy pensou sobre isso e agora que deparo-me com ele na Banca de Qualificação e Defesa, julgo ser um momento oportuno para falar sobre isso, olhando de um outro lugar de implicação e construindo uma narrativa sobre isso. Mas que foi “*sen-sa-cio-nal*, pois a disciplina foi mantida, e tivemos a honra de ter o professor Emerson Merhy dando aula no Centro de Saúde Santa Lúcia. Uma das entrevistadas, trabalhadora da saúde do CS Santa Lúcia, referiu:

“(...) eu aprendi coisa lá (CS Santa Lúcia), sempre tava tendo aulas lá embaixo, que ou você ou o Sergio estava dando, e assim eu fui me interessando, porque o SUS da faculdade era uma coisa diferente do SUS na vida real (...) lembro das aulas do Merhy, dos professores, e até a vivência que a gente teve com o projeto Paidéia, que teve a Unicamp muito inserida lá no Santa Lúcia, era outro universo, o que nós vivemos no Santa Lúcia, ninguém viveu, acho que eu sou uma premiada em relação a outras pessoas, porque as vezes estou em espaços e vejo que as pessoas não tem essa visão que eu tenho de um monte de coisa que rolou, apesar de ter algumas críticas, pra enfermagem teve algumas quebras, de fazer algumas reflexões, mas foi um ganho, e isso é muito legal”. Grifos meus.

(E 3).

A construção a partir de 2003 teve alguns atravessamentos tanto na instituição de ensino quanto nos serviços de saúde do Distrito Sudoeste. Segundo entrevistas que fiz em 2003, houve um momento de crise na disciplina Ações em Saúde Pública, momento no qual há uma ausência de coordenação na Disciplina. Além disso, o módulo 1 – MD 142 acontecia com docentes da Fonoaudiologia e havia um distanciamento entre os cursos, além de haver trabalhos muito diferentes de um serviço de saúde para outro, alguns “*correndo no paralelo*”. Entender o contexto da instituição de ensino e dialogar com o momento vivenciado pelo serviço de saúde é importante para ousar novos processos que dessem conta de um diálogo mais ampliado.

A preocupação acadêmica em construir esse diálogo que pudesse calibrar a disciplina não causando tantas diferenças entre os estágios, fato esse que os alunos reclamavam muito em suas avaliações, incentivou momentos de co-gestão da disciplina, tendo a participação dos serviços de saúde. Alguns dos gestores da Sudoeste tomavam este momento como objeto de gestão e debruçavam-se junto com docentes para uma co-gestão da disciplina.

No ano de 2004, em meio ao PROMED e a Reforma Curricular da Unicamp tive meu nome incluído no corpo docente, e para mim isto foi um reconhecimento. Não foi somente o meu. Outros gestores tiveram esse incentivo da Disciplina Ações em Saúde Pública. Acho interessante reforçar isso, pois era um movimento contra-institucional que sempre centralizou a ação do ensino na figura do docente, reconhecido e contratado pela Instituição de Ensino. A aposta da coordenação da disciplina, professora Rosana Onocko Campos e do corpo docente era a incorporação de tutores/gestores da rede básica de saúde no processo ensino e aprendizagem.

Esse movimento não era liso na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Acho até pertinente trazer que o fato de eu ter a formação em Enfermagem foi questionado nos “bastidores” dessa instituição. Nunca fui abordada diretamente sobre isso, mas eu sempre soube que esta tensão estava acontecendo e percebia um incômodo de alguns que, apesar de não

concordarem, não conseguiam expressar isto publicamente. Mas meu barquinho continuava “(...) *a navegar (...) que desliza sem parar*”...

A disciplina estava se organizando em 2004 através de oficinas pedagógicas das quais eu participei ativamente sempre com direito a voz e voto.¹¹⁴ Debatíamos estratégias pedagógicas para cada semana, tendo em vista o referencial teórico a ser desenvolvido. Outra preocupação da coordenação da Disciplina era o debate para que a disciplina fizesse parte da agenda da equipe, e não somente da agenda do coordenador. Outro fórum ampliado foi à reunião com os coordenadores dos campos de estágio da disciplina, apoiadores e coordenadores distritais realizada em março de 2004.

Essa disciplina teve a inovação de disponibilizar o material bibliográfico da disciplina para os serviços de saúde através de uma pasta, bem como o convite e a garantia da participação dos trabalhadores nos momentos teóricos. Apesar dos investimentos com trabalhadores da saúde, através de reuniões pedagógicas internas realizadas por mim e de uma rede docente já preparada para atividades de ensino junto aos alunos, quando saí da coordenação deste Centro de Saúde no ano de 2005, indo coordenar o Centro de Saúde Dic III, fiquei sabendo que a Disciplina não se manteve na Unidade.

Nunca entendi bem o motivo, mas sei que alguns referiram que havia essa parceria era uma agenda prioritariamente minha e não do serviço de saúde. Outros, por sua vez, referiram que a coordenação que assumiu o Centro de Saúde Santa Lúcia por ser nova na gestão, não deu conta de manter os processos até então construídos, apesar da passagem de plantão realizada. De qualquer maneira, as parcerias com as instituições de ensino seriam uma tarefa a mais para os coordenadores novos que sentiriam dificuldade para incluir essa dimensão como objeto da gestão?

Em 2009, os Centros de saúde Dic III, São Critóvão e Vista Alegre, passaram a ter estágios do primeiro, segundo e quinto ano de Medicina da Unicamp, fruto de lutas de alunos, docentes e trabalhadores em articular as

¹¹⁴Foram 4 oficinas em 2004: 25/02, 24/05, 28/06 e 30/08.

inserções dos alunos de forma mais horizontal, além de concentrar recursos nas referidas Unidades de Saúde.

Alguns movimentos mais contemporâneos, já se mostram inovadores e rompem com o fluxo simplesmente normatizador de estágios e no qual a Universidade pede o campo de prática. Um dos exemplos foi o pedido feito ao Curso de Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Educação da UNICAMP para que realizasse um trabalho de Educação Permanente com agentes comunitários de saúde. Como contrapartida a inovação que se ofertava era o desafio de inserir as alunas de Licenciatura de deslocar o espaço pedagógico centrado em Escolas para o SUS, enquanto espaço de formação. A professora que coordena a disciplina – Dra Mara Regina Sordi - aceitou o desafio e houve interesse por parte dos alunos. Essa conjuntura foi favorável para o início dos trabalhos que impactaram positivamente na Unidade Básica de Saúde no primeiro semestre de 2008. A normatização do estágio foi o passo seguinte após o contrato do projeto em co-gestão.

A armadilha e captura desta situação seria se o serviço de saúde se submetesse a uma lógica unicamente organizativa, ou seja, esperasse esses alunos serem aprovados e voltar oficialmente no ano de 2009. Não foi o que aconteceu:

“Perfeito! Não mapeou no início do semestre, não fez o pedido etc e tal, não interessa isto. O que interessa, é que chegou uma demanda, o serviço avalia que é interessante... só encaminha pro fluxo certo, só pra gente ter isto registrado, porque eu temo que se as pessoas não fizerem isto é andar pra traz nas coisas organizativas (...) Eu olhei e falei – olha que legal, mais uma frente! (ênfase).” (E 10)

A experiência do Projeto Integra Saúde 2009, é um outro trabalho fruto de várias discussões entre os serviços de saúde de Campinas e a Unicamp – cursos de Educação Física, Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia. Este projeto é inovador e apresenta aos alunos, recém ingressos na faculdade – calouros- a estrutura e funcionamento do SUS, promovendo um primeiro contato destes com os serviços de saúde e sociedade com a qual vão trabalhar (Anexo 16).

As possibilidades de novas criações só são possíveis quando limpamos nossas lentes e passamos a enxergar além dos “nós” existentes, ou seja, uma nova possibilidade de fazer, de ousar, de (re)inventar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



*"A ostra, para fazer uma pérola,
precisa ter dentro de si um grão de areia que a faça sofrer.
Sofrendo, a ostra diz para si mesma:
"Preciso envolver essa areia pontuda
que me machuca com uma esfera lisa que lhe tire as pontas..."
Ostras felizes não fazem pérolas...
Pessoas felizes não sentem a necessidade de criar.
O ato criador, seja na ciência ou na arte,
surge sempre de uma dor.
Não é preciso que seja uma dor doída...
Por vezes aquela coceira que tem o nome de curiosidade.
Este livro está cheio de areias pontudas que me machucaram.
Para me livrar da dor, escrevi."*

Prólogo de "Ostra feliz não faz pérola" - Rubem Alves, 2008.

7.1- A viagem que fiz: as (des)importâncias sentidas em meio aos (des)encontros

A liberdade de viajar sem a preocupação com a chegada, aproveitando os encontros e abrindo os poros para os acontecimentos foi um dos principais objetivos que atingi nessa dissertação. Em meio ao rigor científico apresentado pela Academia, rigor legítimo, não nego, senti e fui estimulada a uma possibilidade de registro, que buscou operar certo sentido de busca de desvios, linhas de disjunção, linhas de conectividade, e ousando uma escrita que exigiu e exige.

(Re)visitar o Projeto Larga Escala sentindo as linhas de força e produção de subjetividades, tanto na vida dos trabalhadores da saúde em devir docente quanto nas vidas dos trabalhadores da saúde em formação, como eu, proporcionou-me momentos de bons encontros, (re)encontros, (des)encontros... todos muito prazerosos!

Sentir o barquinho balançar em meio às turbulências dos mal entendidos e dos dissensos existentes entre as diferentes instituições que se atravessavam em meio às parcerias entre serviços de saúde e a Universidade, a Faculdade, as Disciplinas, os Departamentos, dentre outros; foi como se a cada instante as diferenças se apresentassem pedindo para ter um espaço, serem ouvidas. Infelizmente algumas vezes percebi as diferenças sendo homogeneizadas, consensuadas, em busca de regras comuns e normas, que ora facilitavam uma relação mais institucionalizada, ora capturava os sujeitos a uma relação formal e administrativa.

Não seriam linhas de força e produção de subjetividades, que em dado momento rompiam causando desvios que não poderiam ser contidos, uma vez que estes movimentos tensionavam uma desterritorialização de espaços que já não respondiam às necessidades que se apresentavam no cotidiano? A tentativa de harmonizar ou consensuar as diferenças ou os dissensos e conflitos, não limitaria o potencial de mudanças e transformações que estes movimentos instauravam?

O mapeamento desta história foi uma intervenção em mim mesma, pois tinha que ter o cuidado de não trabalhar somente com as linhas visíveis, mas mapear em meio às histórias contadas, o que fazia sentido para as pessoas envolvidas, o campo de forças que se formava, os pontos de estagnação, conexões e agenciamentos de encontros que aumentaram e/ou reduziram as potências, dentre outros registros e percepções. O movimento cartográfico, transversal e geográfico, facilitou-me a apropriação de uma história múltipla, correlacionada, interconectada que não se prende a um fato histórico único e verdadeiro. Ao contrário, ouvir alguns sujeitos que participaram no processo embrionário ao SUS Campinas e que retornam em outros espaços, em outras perspectivas demonstram essa transversalidade da história que contamos.

A Educação Permanente foi algumas vezes mencionada pelos entrevistados como contendo em uma de seus vértices, o ensino. Por que será que esse vértice – chamado de “*pontona bem grandona*” - exigia tantas tarefas dos apoiadores envolvidos com o CETS, os apoiadores da gestão ligados ao ensino e serviço, e dos coordenadores das unidades de Saúde? Seria uma captura por uma racionalidade mais organizativa e administrativa limitando uma ação mais concreta de investimento no gestor/trabalhador da saúde para a dimensão educativa de seu papel? As trocas contínuas de apoiadores de ensino e serviço e a exigência de um apoiador no CETS somente para a articulação com o Curso de Medicina da UNICAMP, não seriam bons analisadores naturais de relações entre instituições que pouco se alicerçam no diálogo entre os sujeitos e na co-gestão dos processos?

O enunciado constitucional de que é responsabilidade do gestor do SUS o “*ordenamento de recursos humanos para a saúde*” devendo ser incorporada enquanto atribuição por nossos gestores/trabalhadores da saúde é fortemente questionado por gestores, apoiadores, trabalhadores da saúde, alunos e docentes, ao referirem a necessidade de algo que anteceda esse enunciado, ou seja, um investimento na preparação dos trabalhadores e gestores para assumirem a dimensão educativa e pedagógica do trabalho em saúde.

As parcerias de serviços de saúde com instituições de ensino são, de uma maneira geral, entendidas como necessárias, uma vez que se reconhece o potencial de se qualificar o trabalho em saúde através dessas parcerias. Há situações, no entanto, em que se reconhece que existem atravessamentos tanto advindos de alunos e docentes quanto dos trabalhadores da saúde e são estas situações – aqui chamadas de (des)encontros, que devem ser zeladas e cuidadas tendo como norteador a co-gestão dos processos pedagógicos e do trabalho em saúde. Conflitos e dissensos não são impeditivos de boas parcerias, ao contrario, tensionam novos territórios, (re)invenções que amadurecem os sujeitos envolvidos.

A responsabilidade do gestor do SUS é a garantia de condições para que as parcerias se efetivem, ou seja: incentivo ao trabalhador da saúde para participar dos processos pedagógicos/educativos, com a respectiva flexibilização de agendas de trabalho para receber alunos, discutir casos, problematizar situações; envolvimento do gestor em todos os processos de co-gestão de projetos educativos, mesmo que de forma indireta, sempre motivando e autorizando os trabalhadores da saúde a serem protagonistas dos processos de formação em saúde.

Mas como um gestor faria isso se ele também se forma em serviço, ou seja, é selecionado e “*vira coordenador*” não tendo, na maioria das vezes, um preparo prévio, uma capacitação, um processo educativo que o insira no papel de gestor? Dessa maneira cada coordenador faz de uma forma diferente, e prioriza as ações de forma individual. O rodízio intenso de coordenadores de serviço e apoiadores da gestão, bem como apoiadores de ensino e serviço, vivenciado na rede de serviços de saúde de Campinas, e especificamente no Distrito de Saúde Sudoeste nos últimos quatro anos dificulta vínculos, projetos e trabalhos em evolução.

Também fica o questionamento, para os coordenadores que rodiziaram de um serviço de saúde para outro como eu que saí do CS Santa Lúcia, onde estive na coordenação por cinco anos vindo coordenar o CS Dic III

(no mesmo Distrito de Saúde): como são sedimentadas as parcerias com instituições de ensino quando troca o coordenador do serviço? Fico me questionando porque será que as antigas parcerias do CS Santa Lúcia, relacionadas às Instituições de Ensino e, especificamente, ao primeiro e quinto ano de Medicina do DMPS/FCM/UNICAMP teriam acabado.

Eu julgava que tinha feito um trabalho alicerçado em uma rede docente composta por trabalhadores da saúde e usuários do conselho de saúde. Depois de minha saída da coordenação desse serviço houve mais duas coordenadoras no prazo de quatro anos. Seria difícil a manutenção das parcerias tendo como base os trabalhadores da saúde, usuários já inseridos e o apoio à gestão deste serviço? Também não tenho resposta para essas perguntas: somente pistas para novas viagens...

“(...) tem coisas que conflitam. Eu acho que implica em Seminários, tem que ter um contrato muito sério, cada vez que mudar o coordenador, que mudar o curso, tem que passar um período, meio período, para sentar e conversar com os responsáveis, e definir responsabilidades grandes do sistema como um todo”. Grifos meus. (E 18).

7.2- Pistas para novas viagens e intervenções

O processo de co-gestão das parcerias foi um pedido feito pelos entrevistados, considerando que pouco fazemos co-gestão de processos, uma vez que os mesmos se mostram hegemonicamente unilaterais e dicotômicos, não dando permissão ao diferente para ser diferente sem ser discriminado. Há uma rigidez acadêmica e dos serviços de saúde que é observada na relação de grupos sujeitos e grupos assujeitados, traduzida no cotidiano por uma (des)importância sentida por gestores e trabalhadores da saúde. Para deixar de ser assujeitado, muitas vezes, o serviço de saúde se impõe de forma vertical,

não respeitando o processo de co-gestão que tanto defende como um processo necessário. Seria este o caminho para uma construção conjunta?

“Eu defendo que, deve ter co-gestão nestes processos: envolver a Universidade com os problemas da assistência e assistência saber dos problemas do Ensino”. Grifo meu. **(E 18)**.

Também foi proposta a criação de um Núcleo de Estudos e Discussões sobre assuntos relacionados à formação, servindo de Educação Permanente dos trabalhadores da saúde e gestores do sistema (coordenadores, apoiadores, etc). O papel do trabalhador da saúde e do gestor do sistema deve ser aprimorado para a dimensão educativa e pedagógica: *“seu papel também é ensinar”*. Será que sabemos lidar com os processos de ensino/aprendizagem?

Oficinas, seminários e outros arranjos institucionais foram pedidos feitos pelos entrevistados para que haja a sensibilização de gestores (coordenadores e apoiadores) e trabalhadores para as parcerias buscando não somente abordar as responsabilidades institucionais em relação às parcerias, mas em uma abordagem que propicie a percepção da possibilidade de um bom encontro e aumento de potências através destas parcerias. Outro pedido feito pelos sujeitos foi de uma biblioteca centralizada sobre o tema com os principais autores, livros, artigos, periódicos, trabalhos em congresso, etc.

“Investir no Acolhimento: não problematizar o lado frágil do sistema de saúde somente, e sim as fortalezas (o lado frágil vai ser trabalhado no cotidiano).” **(E 42)**.

O exercício pedagógico do gestor e trabalhador da saúde para o acolhimento de aluno utilizando metodologia que explique qual a política do município o modelo de atenção em saúde e não somente focando nos problemas e adversidades, como acontece na maioria das vezes. O aluno precisa saber as potencialidades do SUS, pois as adversidades e limites são enunciados no dia-a-dia deste aluno. Além disso, a visita à rede que compõe o SUS aos equipamentos sociais que possibilitam trabalhos intersetoriais com os serviços de saúde, potencializando a atenção em saúde, às características de cada território, são exercícios pedagógicos que merecem investimentos.

Para o papel do apoiador de ensino e serviço foi sugerido que houvesse um critério de inserção na função, que não perpassasse somente a indicação, e sim ter conhecimentos técnicos específicos pra desenvolver ações de avaliação nos serviços de saúde como um processo e não somente pontualmente.

Repensar a ambiência das Unidades de Saúde priorizando espaços mais adequados para receber alunos é algo que contribui para minimizar alguns conflitos evitáveis no cotidiano e que podem ser pactuados com o investimento de recursos do orçamento da saúde tendo investimentos da instituição de ensino.

O envolvimento dos usuários e da sociedade ainda precisa ser retomado na lógica do protagonismo. A Oficina com o Conselho Distrital de Saúde na Sudoeste demonstrou que os movimentos de parcerias com instituições de ensino ainda não estão em co-gestão com o usuário. Muito mal o entendimento desses conselheiros de saúde é de um “uso” dos serviços de saúde - da população - pelos alunos, para aprendizado prático. Esse desafio ainda é central nas parcerias, pois a participação social nessas parcerias ainda não tem uma centralidade.

O papel do interlocutor pedagógico - coordenador de um Curso - foi fortemente questionado e cobrado por gestores de saúde, visto que o diálogo se fragmenta quando um mesmo curso exige várias reuniões para discutir cada disciplina e cada avaliação e ementa. Isso gera certo cansaço na relação

institucional, além de não proporcionar espaços coletivos nos quais a diferença apareça, e possa ser problematizada.

Resgatar algumas memórias, ainda que prioritariamente instituídas, não me privou de sentir os movimentos desta “*redinha municipal*”, que se constituiu, segundo os entrevistados, “(...) *com muito fôlego, e sob o signo da solidariedade*”. Imaginar a rede de interconexões estabelecidas, mesmo que sabendo que existem limites nos resgates históricos realizados, foi de um prazer e afeto inigualáveis. Perceber que essas interconexões são vivas e intensas e que no momento em que escrevo essa Dissertação, outras conexões já estarão se formando, requerendo novas cartografias, e pedindo “*novas cartas de navegação*”...

Essas memórias - em alguns momentos consideradas “*acontecimentos*”, no sentido Deleuziano¹¹⁵, foram experimentadas não somente como a expressão corpórea do encontro entre dois corpos físicos, produzindo efeitos corpóreos (ação do vento em contato com a água do mar que resulta na onda). Falo do efeito não corpóreo, uma metafísica, ou seja, falo do ondular - uma experimentação singular, provocada pelo (des)encontro destes corpos. Este (des)encontro no qual a diferença é uma construção que não busca a convergência e consensos, e sim, aprende com o diferente e constrói este “ondular” - cartas náuticas singulares. Uma relação intercessora!

O desafio da gestão em saúde para a mudança na formação deve ser a busca pelo engendramento de novas relações de responsabilidade e compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, de modo a possibilitar a co-gestão dos processos.

“e...e...”

¹¹⁵Deleuze concebe a vida como um acontecimento que se produz como um devir, um fazer-se, dentro de singularidades, não previsíveis em uma matriz identitária, não imitáveis, pois são únicos, mas que abrem processos para novos fazeres e devires. Opera múltiplas dobras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOÉ S. René Lourau, analista em tempo integral. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

AMARAL R. Uma viagem cartográfica pela Instituição Hospitalar: seus habitantes, suas emoções e suas implicações. São Paulo: Dissertação Mestrado apresentada a Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), SP, 1999.

ANDRADE CD. No meio do caminho. Revista de Antropofagia, 1928 .

ARAÚJO D. Janela da Alma: por uma poética do desfocamento. IN: Revista Tecnologia e Sociedade , n 1, outubro 2005, pp. 113-126.

ARDOINO J., & LOURAU R. As pedagogias institucionais. São Carlos: Editora Rima, 2003.

BAKHTIN M. Estética da criação verbal. São Paulo: Editor Martins Fontes, 1997.

BARBIER R. (1985). O conceito de “implicação” na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. IN: .BARBIER R. Pesquisa Ação na instituição educativa. Rio de Janeiro : Editora Zahar, 1985, pp. 105-128.

BARBIER R. A Pesquisa- Ação. Brasília: Editora Plano, 2002.

BAREMBLITT G. Introdução à Esquizoanálise. Belo Horizonte: Biblioteca Félix e Guattarri, Apontamentos, 1998.

BARROS R., & PASSOS E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. IN: Psicologia: Teoria e Pesquisa , vol. 16 n.1 de jan-abr de 2000, pp. 71-79.

BARROS R. Grupo: a Afirmação de um Simulacro. Rio Grande do Sul: Sulina, 2007.

BASSINELO GAH. Projeto Larga Escala: análise histórica e compreensão dos resultados para Enfermagem no Estado de São Paulo. Campinas, Tese de Doutorado apresentada a Faculdade de Educação/UNICAMP, 2007.

BATISTA S. Aprendizagem, Ensino e Formação em Saúde. IN: BATISTA N.B. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Editora SENAC, 2004, pp. 57-74.

BELLODI P. O que é um tutor? Representações do papel em um grupo de professores de Medicina durante o Processo de Seleção. IN: Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 23, (3), set/dez, 2003, pp. 205-212.

BORDENAVE JP. Estratégias de ensino aprendizagem. Petrópolis: Editora Vozes, 1982.

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

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990.

BRASIL M d. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 2001.

BRASIL M d. Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas - PROMED. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL M d. Pró-saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde, S. d. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da área da Saúde. Brasília, 2004. AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da área da Saúde. Brasília, 2004.

BULCÃO M. O Ensino Médico e os novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. Revista Brasileira de Ensino Médico, v. 28 (1), jan/ abr, 2004, pp. 61-71.

CAMPINAS, SP. Documento de Normatização de estágios. Campinas (SP), 2001.

CAMPINAS, SP. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Campinas. Mimeo, 2001b.

- CAMPINAS (SP). CETS. Relatório de Gestão 2001 - 2004. Campinas (SP).
- CAMPINAS (SP). CETS. Relatório de Gestão 2005 - 2008. Campinas.
- CAMPINAS (SP). Plano Municipal de Saúde, ano 2006 / 2007, p. 72 - 77.
- CAMPINAS (SP). Portal da Saúde de Campinas. Disponível online no endereço: www.campinas.sp.gov.br/saude. Último acesso em 24/10/08.
- CAMPINAS (SP). CETS. Relato da discussão sobre a participação de enfermeiros coordenadores no estágio supervisionado do Curso de Graduação de Enfermagem - Unicamp. Documento da Comissão de Integração Ensino e Serviço. 2008.
- CAMPINAS (SP). CETS. Documento Estágio de Vivência na Realidade do SUS Campinas. 2009.
- CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. IN: Ciência & Saúde Coletiva, 4(2), 1999: 393-403.
- CAMPOS GWS. Método para Apoio a Coletivos organizados para produção: a capacidade de análise e de intervenção. IN: CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos, Campinas: Editora Hucitec, 2000, pp. 185-213.
- CAMPOS GWS. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o Apoio. IN: GWS. CAMPOS, Saúde Paidéia, Campinas: Editora Hucitec, 2003, pp. 85-102.
- CAMPOS GWS. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. IN: CAMPOS GWS. & GUERRERO AVP. Manual de Práticas de Atenção Básica. São Paulo: Editora Hucitec, 2008, pp. 132-153.
- CARVALHO SR. Correntes contemporâneas da Saúde Coletiva. IN: Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Editora Hucitec, 2005, pp.111-144.

CARVALHO SR, CAMPOS GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da secretaria Municipal de saúde de Betim, MG. IN: Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000. pp. 507-515.

CARVALHO SR; GARCIA RA.; & ROCHA DC. O Ensino da Saúde Coletiva no Curso Médico da Unicamp: experiências inovadoras junto às unidades básicas de saúde. IN: Interface: Comunicação, saúde e Educação , vol.10, n.20, jul-dez de 2006, pp. 457-472.

CARVALHO YM. & CECCIM RB. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. IN: CAMPOS, GWS. et al. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/FioCruz, 2006.

CASTORIADIS C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1982 (2 ed).

CECCIM RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade na graduação em Saúde Coletiva. IN: Boletim d Saúde. Vol. 16, (1), 2002, pp. 9-36.

CECCIM RB. Réplica. IN: Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005, pp. 175-177. Online. Último acesso em 08/02/09.

CECCIM RB; FERLA AA. Educação Permanente. Texto extraído do Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Publicação da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (FioCruz). Novembro de 2006.

CECCIM RB. & FEUERWERKER L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. IN: Caderno de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 20 (5), set/out., 2004, pp. 1400-1410.

COFEN. Disponível no Portal do Conselho Federal de Enfermagem: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?sectionParentID=35§ionID=30> Último acesso em 07/12/08.

CUGLIARI L. (2006). TRAPP - Trabalho informal, precário ou perigoso: abordagem de ação coletiva para vigilância de acidentes e doenças do trabalho. Dissertação de Mestrado apresentado ao DMPS/FCM/UNICAMP. Disponível: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000395588>. Último acesso em 20 de outubro de 2008.

DELEUZE G. (1992). Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34.

DELEUZE GP. (1998). Diálogos. São Paulo: Editora Escuta.

DELEUZE GG. Mil Platôs: Esquizofrenia e Capitalismo. São Paulo: 34, 2002.

DELEUZE G. &. O que é Filosofia? Rio de Janeiro: Editora 34, 2005.

FEUERWERKER L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. IN: Interface: comunicação, saúde e educação , agosto, 1998, pp. 51-72.

GARCIA M. O Ensino da Saúde Coletiva na PUCCAMP: a construção da história e seu repensar. Campinas: Tese de Doutorado apresentada ao DMPS/FCM/UNICAMP, 1997.

GUATTARI F. &. ROLNIK S. Micropolítica: cartografias do desejo . Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1996, p. 323.

HESS H. (2006). Momento do diário e diário dos momentos. In: E. SOUZA, & M. (ABRAHÃO, Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si. (pp. 89-102). Porto Alegre: EDIPUCRS.

HESS H. Uma técnica de formação e intervenção: o jornal institucional (J.I.). IN: HESS H. Perspectives de l'Analyse Institutionnelle, 1988, pp. 119 - 138. Paris: Tradução de Ana Lúcia Abrahão da Silva e Lúcia Cardoso Mourão- Colin, revisão Solange L'Abbate. Méridiens Klincksieck.

KASTRUP V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. IN: Psicologia& Sociedade , 2007, pp. 15-22.

KASTRUP V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: Lúcia Rabello de Castro e Vera Lopes Besset. (Org.). Pesquisa-intervenção na infância e juventude. 1 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2008 (a), v. 1, p. 465-489.

KASTRUP V. Sobre Livros e Leituras:algumas questões acerca da aprendizagem em oficinas literárias. IN: KASTRUP, V. Políticas de Cognição , Rio Grande do Sul: Editora Meridional, 2008(b) , pp. 241-266.

KIRSCHBAUM MZ. As práticas educativas para auxiliares de saúde na Campinas. Dissertação de Mestrado-Faculdade de Educação, UNICAMP, 1989.

L'ABBATE S. Direito à Saúde: da reivindicação à realização. Políticas de Saúde em Campinas. São Paulo: Tese de Doutorado apresentada a Universidade de São Paulo (USP), 1990.

L'ABBATE S. Análise Institucional e Saúde Coletiva. IN: Ciência e Saúde Coletiva v. 8 (1), 2003, pp. 265-274.

LISPECTOR C. A paixão segundo G.H. . Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1964.

LISPECTOR C. Água Viva. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1998.

LISPECTOR C. Para não esquecer. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1999.

LOURAU R. Les lapsus des intellectuels. Toulouse, Private, 1981.

LOURAU R. René Lourau na UERJ - 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. IN: Mnemosine, vol. 3(2), Disponível em www.cliopsyche.cbj.net. Último acesso em 08/02/09.

LOURAU R. A Análise Institucional . 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1995. (1 edição, 1975).

LOURAU R. (2004a). Uma apresentação da Análise Institucional. IN: ALTOÉ, S. (org). René Lourau: analista institucional em tempo integral, São Paulo: Editora Hucitec, 2004, pp. 128-139.

LOURAU R. (2004b) Implicação e sobreimplicação. IN: ALTOÉ S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral . op. cit, pp. 186-198.

LOURAU R. (2004c). Implicação: um novo paradigma? IN: ALTOÉ, S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral. op.cit., pp. 246-258.

LOURAU R. (200d) O instituinte contra o instituído. IN: ALTOÉ, S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral. op.cit., pp. 47-65.

LOURAU R. (2004e). Objeto e Método da Análise Institucional. IN: ALTOÉ, S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral. op.cit., pp. 66-86.

LOURAU R. (2004f). O campo socioanalítico. IN: ALTOÉ, S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral. op.cit., pp. 224-245.

LOURAU R. (2004g). Pequeno manual da Análise Institucional. IN: ALTOÉ, S. (org). René de Lourau: analista institucional em tempo integral. op.cit., pp.122-127.

MARTINS M. Análise do Projeto Pedagógico da Faculdade da PUCC - Campinas a luz das políticas de saúde e educação. Campinas (SP): Tese Doutorado (Saúde Coletiva), 2005.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. IN: Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY EE. O agir tecnológico do trabalhador como um ato ético- político. XX Ciclo de Debates do serviço social do HC da UNICAMP. Campinas: Mimeo, 2003.

MERHY EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Vitória (ES): Relatório Seminário PNH, 2008.

MOURA AH. O estabelecimento e a instituição. IN: MOURA, A. A psicoterapia institucional e o clube dos saberes, São Paulo: Editora Hucitec, 2003, pp. 28-40.

NASCIMENTO E. A formação dos agentes comunitários de saúde: experiência do município de Campinas. Campinas: Tese Doutorado - DMPS/FCM/UNICAMP, 2006.

NOGUEIRA RP. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. IN: SANTANA J. & CASTRO JD. Capacitação em desenvolvimento de RH de Saúde. Natal: EDUFRN, 1999, pp.109-123.

PACHECO J. A fronteira clínica - prevenção: por uma outra análise do poder. Dissertação de Mestrado apresentada ao DMPS/FCM/UNICAMP, ano 2008.

PASSOS E., & BARROS R. A Construção do Plano da Clínica e o conceito de transdisciplinaridade. IN: Psicologia: Teoria e Pesquisa, jan/abr - vol.16, n. 1, ano 2000, pp. 71-79.

PAULON S. A Análise de Implicação como ferramenta na Pesquisa Intervenção. IN: Psicologia & Sociedade , vol 17(3), set-dez de 2005, pp. 18-25.

PESSOA L. Brincando com o espaço: uma proposta para as Escolas Técnicas de Saúde do SUS. vol. 10(2): maio-ago de 2003, pp.727-40.

QUEIROZ M d. A organização dos serviços de saúde: uma avaliação da experiência de Campinas. Campinas: Cadernos NEPP numero 23, 1993.

ROCHA M, & AGUIAR K. Pesquisa Intervenção e a produção de novas análises. IN: Psicologia: ciência e profissão , vol.23, (4), dezembro de 2003, pp. 64-73.

ROESE A. Diário de Campo: construção e utilização em pesquisas científicas. IN: Online Brazilian Journal of Nursing , vol. 3, n (3), 2006.

ROLNIK S. Cartografia sentimental. Porto Alegre, RS: Editora Sulina, 2006.

SAVOYE A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. IN: Mnemosine , v.3, 2007, p. 181-193.

SMEKE E. Saúde e Democracia Experiência de Gestão Popular: um Estudo de Caso. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1989.

TALLEMBERG C. Fazendo da clínica uma oficina: modos de experimentação e produção social em saúde mental. IN: ACADEMUS- Revista Científica da Saúde , vol (4) n(1), 2005, pp.18-38 .

THIOLLENT M. Metodologia da Pesquisa - ação. São Paulo: Editora Cortez. (2000, 11a ed.).

UNICAMP. JORNAL DA UNICAMP. Junho de 2006, p. 8. Disponível no endereço: http://www.unicamp.br/uenicamp/unicamp_hoje/ju/setembro2006/ju337pag8c.html. Último acesso em 08/02/09.

VAITSMAN J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da Saúde Coletiva. IN: TEIXEIRA, S. Reforma Sanitária - em busca de uma teoria. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

ANEXOS

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 25/09/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 639/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 2732.0.000.146-07

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PARCERIAS ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E INSTITUIÇÕES DE ENSINO NO DISTRITO DE CAMPINAS: UM OLHAR SOBRE OS (DES) ENCONTROS”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Aparecida Garcia

INSTITUIÇÃO: Distrito Sudoeste de Campinas / Prefeitura Municipal de Campinas

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/09/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 25/09/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Descrever as proposições políticas de integração ensino e serviço da secretaria de saúde e, como acontece a co-gestão da agenda de compromissos e responsabilidades entre os setores institucionais envolvidos.

III - SUMÁRIO

Será um estudo qualitativo, será realizado em Campinas, no Distrito Sudoeste, que tem estrutura de doze Postos de Saúde, e outros centros que irão permitir à pesquisadora realizar grupos focais, que irão fornecer dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço comum. Os grupos focais, serão co-gerenciados por um grupo gestor (observador) composto por coordenadores e/ou apoiadores, que terá como tarefa antes de cada oficina problematizar os temas a serem abordados e fazer síntese a final de cada encontro. basicamente a pesquisa será feita com os profissionais de saúde, não oferece risco aos sujeitos.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A pesquisa tem relevância para o conhecimento de estruturas de saúde e espera contribuir para a integração entre as várias estruturas de saúde. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido está adequado e não estão sendo solicitados financiamentos.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -



O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).


O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 25 de setembro de 2007.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

TÉCNICAS DE AQUECIMENTO DAS OFICINAS

I Oficina: viagem no tempo

Realizado por uma apoiadora do CETS.

- 1- Posição confortável.
- 2- Voltando para quando prestou vestibular e viu na lista seu nome aprovado.
- 3- Relembrando o primeiro dia, as aulas teóricas, etc.
- 4- Relembrar o momento que foi fazer seu primeiro estágio (primeiro contato com pacientes): como foi com quem foi. Enfim, chegou o dia!
- 5- Como foi recebido no local? Quem estava com ele? Como foram os primeiros contatos?

Voltando a realidade e escolhendo das lembranças, uma situação que NÃO faria de forma alguma e outra que FARIA (positiva) em relação a receber alunos.

Escrever em tarjetas.

Sistematização das tarjetas

Referência: R1 Bruno Mariani - DMPS/ FCM/ UNICAMP

Aspectos positivos	Aspectos negativos
<p style="text-align: center;">SUPERVISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando o professor expõe as dificuldades do aluno no aspecto de influenciar a liderança • Boas discussões clínicas • Professor deve ensinar e acompanhar o aluno principalmente nas atividades mais complexas: Ensino e prática acompanhados • Reflexão da pratica a todo o momento (supervisão) • Direcionamento adequado das tarefas solicitadas e supervisão acolhedora • Orientação ampliada do monitor (visão não tecnicista) para o aluno em estagio 	<p style="text-align: center;">SUPERVISÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estagio da Pratica sem objetivos, planejamento e agenda: “livre leve solto feito bobo” • Falta de atenção • Ficar abandonado • Abandono no campo de estagio delegando aos alunos responsabilidades que não são suas

<p style="text-align: center;">POSTURAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhida e segurança “tem alguém para me acolher” • Encontrar pessoas que acolham • Segurança e dialogo <p>Bom ser elogiado pelo professor mais exigente do curso</p>	<p style="text-align: center;">POSTURAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo, autoritarismo • Uso da força e pressão psicológica sobre o aluno bloqueando-o para as questões que deveriam ser mais resolutivas • Enfermeiros não assumindo seu papel • Sensação de olhar que me “encosta na parede” • Não poder expressar sentimentos • Professor repreende o aluno na frente do cliente e de outro aluno gritando
<p style="text-align: center;">ESTRUTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em equipe multidisciplinar realmente implicado 	<p style="text-align: center;">ESTRUTURAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membros da equipe não dar continuidade a proposta oferecida • Não ter estrutura para realizar um trabalho e ser criticado pelo superior
<p style="text-align: center;">ETICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedicção • Questionar, criar, participar • Prazer na execução do trabalho • Clareza no foco ao usuário Sentimento de integração e envolvimento com o serviço 	<p style="text-align: center;">ETICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desrespeito à queixa apresentada pelo usuário (desconsiderações) • Arrogância pelo saber

<p style="text-align: center;">RELAÇÕES DOCENTE/EQUIPE/ ALUNO</p>	<p style="text-align: center;">RELAÇÕES DOCENTE/EQUIPE/ALUNO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Boa recepção por parte da equipe • Ter a oportunidade de ajuda da equipe para o aluno se desenvolver no campo de estágio • Olhar sensível de alguns trabalhadores • Docente próximo • Colegas de estágio integrados entre diversas formações • Serviço com proposta e organização de inclusão do estagiário • Responsabilização da Equipe de Referência • Docente conhecer a Equipe e CS que facilitou a integração dos alunos • Sentir-se acolhido pela equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento e integração do docente no campo de estágio • Falta de compromisso com o serviço e com os usuários • Não ser formalmente apresentado à equipe • Relação de troca inexistente entre docente/discente e local de estágio • Indiferença por parte da equipe • Recepção: sensação de invadir o trabalho do outro • Não ser bem acolhido pela equipe de saúde • Falta de acolhimento por parte dos funcionários locais • Características negativas do monitor, aluno em estágio

Aquecimento da segunda oficina

(transcrição das tarjetas)

Apoio: residentes de Medicina Preventiva e Social

Você (coordenador de serviço, apoiador do distrito, trabalhador da saúde) foi comunicado que irá receber alunos e que um novo estágio vai chegar a teu serviço. Escreva na tarjeta um sentimento relacionado a este momento.

- 1- “Meu Deus! Aonde vamos por este povo” (HOJE).
- 2- Desconfiança: “o que vão fazer aqui?” e medo das mudanças.
- 3- Onde é que eu vou colocar este povo?
- 4- Socorro! Como é que eu vou dar conta de organizar tudo?
- 5- Meu Deus! Será que vai dar certo? Vamos conversar com o coordenador...
E organizar em conjunto a proposta.
- 6- Que bom! Poderá trazer mais conhecimento para a Unidade e troca de experiências.
- 7- Trabalho satisfatório.
- 8- Troca entre o serviço de saúde e universidade; conhecimento do objetivo do estágio com começo, meio e fim.
- 9- Que bom! Trabalho é que não falta!
- 10- Puxa, que legal! Temos que pensar na equipe e onde inserir.
- 11- Avanços e desafios para a Unidade.
- 12- Teremos trabalho (para organizar).
- 13- Qual o efeito da presença do estagiário no cotidiano do serviço? A proposta de estágio contempla esta questão?
- 14- Primeiro: sinto grande contentamento; segundo: preocupação e terceiro: duvida: como organizar de forma conjunta a inserção dos alunos na unidade?
- 15- Interesse, parceria, trabalhar com a equipe para evitar descontentamentos.
- 16- Preocupação e alegria.

17- Espaço? Recepção da equipe? Visão do usuário?

18- Surpresaaa! (grifado por quem escreveu). Perguntas de operacionalização:
“quais as atividades que os estagiários farão qual o cronograma, quem constrói esse cronograma, quem é o responsável direto? E a equipe, onde entra no projeto?”

19- Tarjeta com uma carinha sorrindo.

**RELATÓRIO DA I OFICINA DE DISCUSSÃO SOBRE PARCERIAS ENTRE
INSTITUIÇÕES DE ENSINO E SERVIÇOS DE SAÚDE NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS - 23/05/07**

PROGRAMAÇÃO DO DIA

Entrega de material

Pasta contendo artigo com experiência de integração ensino e serviço do CS Santa Lucia (autores: Prof. Sergio Carvalho, Rosana Garcia e Daniel Carvalho).

8:30 às 9:00 h

Abertura: contratos/agradecimentos

Rosana Garcia

9:00 às 10:00 h

Aquecimento Inicial: Viagem ao Tempo

Heloisa – CETS

Apoio: Carol – coord. Tear das Artes

10:00 às 11:00 h

Apresentação de Casos para discussão em Pequenos Grupos: orientações

Rosana Garcia e Bruno Mariani (R1 Unicamp)

Grupo de Apoio aos subgrupos de discussão: Bruno, Marcele, Érika, Carol, Rosana, Heloísa

11:00 às 12:00 h

Apresentação das Discussões dos Grupos e Plenária Final

Rosana Garcia e Alóide Madeira (CETS)

**I OFICINA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DE SAÚDE NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS**

LISTA DE PRESENÇA

N	NOME	LOCAL TRABALHO E CARGO/FUNÇÃO
1	Deise F. Hadish	Coordenadora Distrito Sudoeste
2	Christiane Clemente	Apoiadora Distrito Sudoeste
3	Rogéria Missoreli	Apoiadora Distrito Sudoeste
4	Marcele Regina S. Benetti	Apoiadora Distrito Sudoeste
5	Andréia Niccioli	Coordenadora CS Vila União
6	Marli Ribeiro	Coordenadora da Botica da FAMÍLIA
7	Cláudia S. Galoro	Apoiadora de Ensino e Serviço
8	Luciana	Apoiadora Distrito Sudoeste
9	Clarice Ap. Siopin Ribeiro	Coordenadora CAPS Davi Capistrano
10	Denise Cury	Coordenadora CS Santo Antonio
11	Lídia Alves de Araújo	Apoiadora Distrito Sudoeste
12	Alexandra Sevilha M. Ganev	Coordenadora Ambulatório Ouro Verde
13	Márcia Helena Amaral	Coordenadora CS União dos Bairros
14	Elen Fagundes Costa Telli	Coordenadora da Visa Sudoeste
15	Eduardo Camargo Bueno	Coordenador do Caps Novo Tempo
16	Camila Souza	Apoiadora Distrito Sudoeste
17	Heloisa B. Pires	Apoio CETS

18	Bruno Mariani	R2 DMPS/FCM/Unicamp
19	Alexandre	R1 DMPS/FCM/Unicamp
20	José Roberto Silva	Coordenador P.S. Ouro Verde
21	Ivanilda Mendes	Apoio Visa Sudoeste
22	Érika Paixão	Coordenação CS Aeroporto
23	Luiz Hermínio Freire	Coordenação CS Dic I
24	Salete	Apoiadora Distrito Sudoeste
25	Juliana	Apoiadora Distrito Sudoeste
26	Giovana	Trabalhadora CS Santo Antonio

DISCUSSÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS EM GRUPOS

Grupo da Situação Problema 1

1- Como você avalia esta parceria para os envolvidos (trabalhador formador, apoiador, Unidade de Saúde como um todo, Rede do SUS)?

Substituição de RH por Estágio.

Contrato de trabalho da equipe com os alunos e corpo docente.

Responsabilização dos gestores ao assumirem esta decisão.

2- Que ganhos você percebe que estes parceiros têm com tal parceria?

UBS: mão de obra e revitalização da equipe.

Academia (alunos): vivência/prática; olhar diferenciado da realidade; inserção nos níveis de assistência.

3- Que limites você observa nesta parceria?

Acomodação da Instituição.

Desobrigação da Equipe.

4- Que sugestões você daria nesta situação específica?

Instituição/Decisão.

Preparação do Ambiente/setor de trabalho.

Reflexões:

Este tipo de estágio pode ser um problema porque é utilizado para suprir mão de obra (desobriga a Instituição Saúde em recompor o quadro de trabalhadores). O grupo entende que o aluno pode ajudar a fazer clínica, procedimentos, desde que seja contratualizado. O Aluno pode ajudar sem dúvida, mas o tempo do aluno é diferente do tempo do trabalhador (ele está em aprendizado).

A questão não é “aluno assumir um setor” e sim, assumir sozinho o setor, com os trabalhadores da saúde se desresponsabilizando pelo cuidado. Largar o aluno assumindo sozinho (ex dado: técnicos fazendo vacina sem saber ao certo as rotinas e imunizando pela metade)

Não é “imoral” ter o aluno com força de trabalho: a questão é como lidamos com isto (responsabilidade institucional). Há situações que assumir setores faz-se necessário e é pedagógico para o aluno: ex do aluno do curso técnico que precisa fazer procedimentos para aprender a técnica.

Foi apontado à importância de um cenário de prática concreto, dentro da realidade do SUS, que garanta uma vivência real ao aluno, e a necessidade de composição entre os tempos e espaços acadêmicos e de serviço.

Grupo da Situação Problema 2

1- Como você avalia esta parceria para os envolvidos (trabalhador formador, apoiador, Unidade de Saúde como um todo, Rede do SUS)?

Falta de responsabilização do funcionário pelo setor designado.

Falta de planejamento e pactuação com as instituições sobre as atividades desenvolvidas sendo uma situação unilateral.

O estagiário não é força de trabalho (polêmico).

2- Que ganhos você percebe que estes parceiros têm com tal parceria?

3- Que limites você observa nesta parceria?

Rotatividade dos alunos.

4- Que sugestões você daria nesta situação específica?

Professor conhecer previamente a Unidade de trabalho a fim de se inteirar das rotinas de trabalho, conhecer pessoal, materiais disponíveis, normas internas. (polêmica em torno de enviar docente que não tenha habilidade para a área na qual venha exercer o estágio – Ex: docente que não tem experiência em pronto socorro e estagiando com alunos no PS).

Contrato do gestor com as equipes de trabalho para o efetivo cumprimento das ações, responsabilizando os funcionários para que haja troca de informações, técnicas, atualizações, etc.

Feedback das atividades desenvolvidas e sugestões.

Apresentação de projetos a serem desenvolvidos na Unidade, estabelecendo contratos para seu efetivo cumprimento: ações propostas, execução, frequência, etc).

Grupo da Situação Problema 3

Situação que NÃO FOI ESCOLHIDA POR NENHUM GESTOR.

Motivos:

Não estamos vivenciando este momento.

Gostaríamos de estar, mas não é nossa realidade agora e sabemos pouco sobre quem está vivenciando.

É nosso ideal, mas precisamos problematizar o que vivemos.

Não é nossa situação na rede.

É uma situação já resolvida, não precisa problematizar.

PROPOSTA: retomar esta situação problema – IMAGEM OBJETIVA.

Grupo da Situação Problema 4

1- Como você avalia esta situação?

Ivanilda, Deise, Marcele, Clarice, Alexandre e Larissa.

Interessante a avaliação e iniciativa da gestão: preocupação legítima.

Estratégia insuficiente, no entanto: só considera a Lei.

Teria que mobilizar trabalhadores e instituições formadoras.

2- Você acredita que esta estratégia ampliara os olhares dos gestores para as parcerias?

Iniciativa boa, porém a estratégia não dá conta de desenvolver a consciência plena (ajuda a nortear apenas).

A Legislação não dá conta de afinar as relações.

São necessárias outras estratégias.

3- Que sugestões você daria nesta situação específica?

É necessário dar formação para o trabalhador desenvolver este papel.

Ofertas de formação de tutor/facilitador de serviço.

Seminário ampliado: gestor/trabalhador e instituição de ensino.

Identificar as necessidades do serviço que são interessantes para formação.

Tentar “casar” a necessidade do serviço com a necessidade de formação.

Gestor trabalhar com a equipe para ser viável receber alunos.

Gestor ser educador para a equipe e atender o trabalhador como atende os alunos.

Momento de envolvimento das instituições.

Grupo da Situação Problema 5

1- Como você avalia esta situação?

A situação reflete o distanciamento da academia em relação aos serviços. Dialogando com a realidade a partir de um mundo científico ao mesmo tempo o referido Distrito foi bastante pró-ativo em propor o debate, tendo se preocupado com a questão “perfil dos profissionais”. Mas enfrentou a situação de forma solitária... Tendo como resultado a concretização da proposta inicial, muito pela pressão da legislação do que pela “consciência” sobre o tema.

Na prática acabou fazendo concessões em relação à Academia (muda agendas, impõe seu projeto).

2- Você acredita que esta estratégia ampliara os olhares dos gestores para as parcerias?

O grupo acredita que esta estratégia é em partes boa, pois o debate é bom, mas a “ampliação dos olhares” depende da capacidade de construção coletiva dos parceiros.

Algo que venha como uma obrigação a ser cumprida não pode resultar num aprimoramento do que se quer na prática.

Falta de apropriação dos trabalhadores da saúde e alunos sobre o tema central – promover um novo perfil para que o profissional que vem para o SUS.

Preocupações dos gestores e trabalhadores: “será que vai dar trabalho” e dos alunos: “será que é muito longe” e “será que vou conseguir nota”.

3- Que sugestões você daria nesta situação específica?

Promover um debate ampliado sobre o tema com real sensibilização para o mesmo (diretriz de governo).

Avaliar os desequilíbrios que podem se instalar em relação às oportunidades ofertadas (estágios em especialidades, por exemplo).

Outro aspecto é o quanto alguns serviços criam condições “ideais demais”, que marcaram a realidade e nem sequer se discute estas questões.

Agendas dos serviços podem ser flexibilizadas, mas não com uma “rendição aos projetos da academia”.

Fundamental a participação dos parceiros da Academia no planejamento da Unidade.

Participação dos gestores no planejamento da Academia - grade curricular.

Logística necessária à mínima viabilização do estágio.

SITUAÇÕES-PROBLEMAS UTILIZADAS DURANTE A PRIMEIRA OFICINA

SITUAÇÃO PROBLEMA 1

O CS Praça da Paz tem 4 equipes de referência e localizam-se numa área de abrangência de aproximadamente 20 mil habitantes na condição de 90% SUS Dependência.

Sua Equipe de Enfermagem de nível médio está bastante defasada devido afastamentos legais (licenças médicas, licenças gestante, etc.), além de exoneração que não foi repostas. Apesar de não ser adequado, o CS fecha setores básicos em determinados momentos nos quais o recurso não é suficiente para as ações que serão desenvolvidas (ex: dia de coleta, as salas de curativo e farmácia, são fechadas e abrem mais tarde por que os funcionários são deslocados para realizarem a coleta de exames laboratoriais). Uma sugestão do Colegiado Gestor desta Unidade ao Distrito competente foi a parceria com escolas técnicas de enfermagem no sentido de ajudar a tocar o serviço e permitir que os setores fundamentais não estejam fechados ou com horário restrito. O Distrito de Saúde fez o pedido de estágio e a Escola de Enfermagem Nurse Feliz passou a fazer parte dos estágios desta Unidade. A equipe de saúde vê com bons olhos esta parceria, pois a Unidade tem ganhado mão de obra que auxilia nos procedimentos do dia-a-dia.

SITUAÇÃO PROBLEMA 2

Centro de Saúde Rosa do Campo.

20 mil habitantes

85% SUS Dependência

Equipes de Saúde completa, agora já recebendo a chamada Equipe de Apoio.

Este Centro de Saúde é referencia para receber alunos de Universidade e escolas Técnicas e os funcionários já estão acostumados com esta inserção. Quando alunos novos chegam a Unidade, os funcionários se responsabilizam em apresentar o setor (sala para os médicos consultarem, salas de procedimentos para os alunos do técnico e enfermeiros, sala de fisioterapia para o Estágio específico, etc.). É um momento muito tranquilo para o CS, pois há mais tempo para um dialogo não somente de questões coletivas, mas até mesmo para questões pessoais (novela, dia a dia) que estes funcionários não tinham tempo anteriormente. Isto é possível devido os referidos estágios assumirem setores, consultas, grupos, e os professores estarem vinculados a esta demanda, não precisando mais de apoio da Unidade uma vez que os estágios já estão alicerçados há anos.

SITUAÇÃO PROBLEMA 3

A Secretaria de saúde de Fogueira Santa tem demonstrado a preocupação relacionada à falta de responsabilização das Unidades de Saúde com relação à “formação e desenvolvimento de RH para o SUS”. Esta preocupação levou o grupo de trabalho em nível central a pensar um Seminário no qual os gestores são chamados para tal responsabilização oficial que o SUS tem em participar ativamente da formação dos trabalhadores da saúde, cedendo os espaços em suas Unidades para os estágios acontecerem. A estratégia que o nível central pensou para tal responsabilização foi de apresentar aos gestores a **Legislação específica sobre o Assunto**:

- a) **Constituição Federal**: Artigo 200 incisos III e IV (“ordenamento e desenvolvimento científico e tecnológico” enquanto responsabilidade do SUS).
- b) **Lei Orgânica da Saúde (1990)** – artigo 6 incisos III e X (que fala do campo de atuação no SUS e das comissões permanentes de Integração entre Serviços de Saúde e Instituição de Ensino); artigo 15 (formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de RH para saúde e da ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS); artigo 27 Inciso I parágrafo Único

(serviços públicos que integram o SUS... campos de prática para ensino e pesquisa mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional) e artigo 30 (especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão...).

A partir desta discussão da legislação, os gestores terão consciência da indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito do SUS.

SITUAÇÃO PROBLEMA 4

Entendendo que existe um limite na formação dos trabalhadores da saúde e que o Modelo Médico Centrado, com ênfase no hospital não tem dado conta das necessidades em saúde dentro do Modelo de atenção atual, o Distrito de Saúde Sol Nascente iniciou um debate com as Instituições de Ensino no sentido de trazer alunos para cenários de prática concretos no SUS. Os docentes inicialmente demonstraram certa resistência por não estarem apropriados das diretrizes gerais do Sistema de Saúde, e os alunos não demonstraram o interesse devido a distância das Unidades serem grandes. Devido uma pressão da própria legislação específica da Educação – **Lei de Diretrizes e Bases – LDB (1996)** que traz a menção de que para a consolidação de políticas públicas a educação escolar deve vincular-se ao mundo do trabalho e prática social e as **Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde – DCN's (2001)** que traz a questão da formação generalista crítica e reflexiva e com ênfase na atenção básica e secundária, os alunos e docentes aceitaram a parceria, e iniciaram seus estágios nas Unidades de Saúde da periferia do Distrito Sol Nascente e se comprometeram a desenvolver projetos acadêmicos já estruturados cientificamente e validados devido muitos anos de trabalho na linha de pesquisa em questão. A Unidade deveria estruturar a demanda para tais projetos acadêmicos, facilitando que os mesmos sejam operados em nível local.

SITUAÇÃO PROBLEMA 5

A parceria entre o Centro de Saúde Jardim do Éden e a Universidade Campineira da Paz tem sido estruturada historicamente com a participação de trabalhadores, gestores, usuários e a Instituição de Ensino. A Unidade trabalha com facilitadores de aprendizagem (trabalhador formador ou tutor de serviço) não remunerados oficialmente, mas que tem sua agenda disponibilizada para tais atividades participa de um diálogo com a Universidade, sendo liberados para tal ação. Também as agendas de outros profissionais são flexíveis, podendo ser reestruturadas porque existe um cronograma prévio pactuando datas de chegada de alunos, e momentos que estarão na Unidade. O trabalhador formador tem como contrapartida pontuação para a entrada no Programa de Pós-Graduação, tem prioridade nos cursos oferecidos pela Instituição de Ensino, acessa material bibliográfico da Academia para sua Educação Permanente, além de outras contrapartidas. A Unidade de saúde tem refletido sua prática, pois os alunos discutem novas formas de olhar para os antigos Projetos Existentes. O apoiador do Distrito tem ajudado na parceria, servindo de mediador entre a Unidade de Saúde e outras Unidades da Rede do SUS (CAPS, Hospital, Laboratório, etc.). Estas Unidades por sua vez, mostram-se solidárias em receber os alunos, explicar os fluxos da rede, dentre outros.

RELATÓRIO DA II OFICINA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO NO DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE DE CAMPINAS

CONVITE

Você está convidado a participar da **Oficina de discussão sobre as Parcerias entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde** que acontecerá no próximo dia **5 de março, das 08h30min às 12 h**, no espaço da reunião de coordenação do Distrito de Saúde Sudoeste, em local a ser confirmado.

Estarei apresentando resultados preliminares das entrevistas realizadas até o momento e, retomando situações problemas que discutimos na I Oficina de integração Ensino e serviço, agora na perspectiva de um aprofundamento dos temas geradores.

Não perca, pois você é importante na construção desta história do Distrito de Saúde Sudoeste que está sendo contada pelos sujeitos que a tem construído e, será registrada em minha dissertação de Mestrado intitulado "*Parcerias entre Serviços de Saúde e Instituições de Ensino no Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas: um olhar sobre os (des)encontros*" e, desenvolvido no programa de Mestrado em Saúde Coletiva do DMPS/FCM/UNICAMP.

Conto com sua participação!

Rosana Aparecida Garcia – pesquisadora responsável
+ Grupo Co-Gestor da II Oficina de Integração Ensino e Serviço

**II OFICINA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DE SAÚDE NO
DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS**

LISTA DE PRESENÇA

N	NOME	LOCAL TRABALHO E CARGO/FUNÇÃO
1	Deise F. Hadish	Coordenadora Distrito Sudoeste
2	Christiane Clemente	Apoiadora Distrito Sudoeste
3	Rogéria Missoreli	Apoiadora Distrito Sudoeste
4	Devisom Vianna Dantas	Apoiador Distrito Sudoeste
5	Rita Bottcher	Coordenadora CS Capivari
6	Marcele Regina S. Benetti	Apoiadora Distrito Sudoeste
7	Taniela Carvalho	Apoiadora Distrito Sudoeste
8	Andréia Niccioli	Coordenadora CS Vila União
9	Marli Ribeiro	Coordenadora da Botica da FAMÍLIA
10	Maria Cristina R. Almeida	Enfermeira CS Tancredão
11	Clarice Ap. Siopin Ribeiro	Coordenadora CAPS Davi Capistrano
12	Denise Cury	Coordenadora CS Santo Antonio
13	Lidia Alves de Araújo	Apoiadora Distrito Sudoeste
14	Renata Martelo	Co-gerente Ambulatório Ouro Verde
15	Alexandra Sevilha M. Ganev	Coordenadora Ambulatório Ouro Verde
16	Márcia Helena Amaral	Coordenadora CS União dos Bairros
17	Elen Fagundes Costa Telli	Coordenadora da Visa Sudoeste

18	Eduardo Camargo Bueno	Coordenador do Caps Novo Tempo
19	Camila Souza	Apoiadora Distrito Sudoeste
20	Heloisa B. Pires	Apoio CETS
21	Rosana Aparecida Garcia	Coordenação CS Dic III e pesquisadora
22	Bruno Mariani	R2 DMPS/FCM/Unicamp
23	Alexandre	R1 DMPS/FCM/Unicamp

**II OFICINA DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO NO
DISTRITO DE SAUDE SUDOESTE**

DATA 5 DE MARÇO DE 2008

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DIA

Por favor, sua avaliação é importante para este trabalho e sua continuidade.

Você **NÃO** precisa identificar-se ao fazer esta avaliação.

Agradeço

Rosana Aparecida Garcia

Pesquisadora DMPS/FCM/Unicamp

- 1- Destaque pontos positivos da iniciativa de OFICINAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO.
- 2- Destaque pontos negativos desta iniciativa.
- 3- Coloque sugestões de conteúdo e de metodologia para próximos encontros.

OFICINA COM CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE DA SUDOESTE

19 de agosto de 2009

LOCAL: COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE

PRESENTES

NOME	CENTRO DE SAÚDE	FUNÇÃO
Luiz Carlos Marino	CS Santa Lucia	Agente de Saúde
Arlindo Dutra da Silva	CS Santa Lúcia	Conselheiro Local e Distrital
Tereza C. F. Tavares	CAPS Davi Capistrano	Conselheira usuária
Karem Moreira Pedroso	CAPS Davi Capistrano	Psicóloga
Clarice	CAPS Davi Capistrano	Coordenação
Daniela L. Silva	CS Dic I	Co-gerente
Rosilda Pacheco	CS Dic I	Auxiliar de Enfermagem
Neli de O. Rossi	CS Dic III	Conselheira usuária
Cleuza R. Agostinho	CS Vista Alegre	Conselheira usuária
José Lino Agostinho	CS Vista Alegre	Conselheiro usuário
Luciano Marques	CAPS Novo Tempo	Conselheiro usuário
Eliana Petoilho	CS São Cristóvão	Coordenação
Camila Queiroz	Distrito Sudoeste	Apoio a Gestão
Lea Silva Molina	Laboratório Municipal	Conselheira usuária
Francisca G. dos Santos	CS Vista Alegre	Conselheira usuária
Aurides Batista Kamuze	CS Vista Alegre	Conselheira usuária
Pedro Giacomello	CS Tancredão	Conselheiro usuário

Agenor Andrade	CS Vista Alegre	Conselheiro usuário
Carlos Roberto Oliveira	CS Vista Alegre	Conselheiro usuário
Daniel José Santos	CS Dic III	Conselheiro trabalhador
Deise F. Hadish	Distrito Sudoeste	Coordenação
Alexandre	UNICAMP	Residente CS Dic III

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES COM CONSELHEIROS DISTRITAIS DE SAÚDE

Foi realizada uma apresentação do trabalho de Mestrado, fazendo uma retrospectiva histórica da inserção de alunos no Distrito Sudoeste de Campinas. Também foi discutida a legislação específica – Constituição Federal de 1988 e a responsabilidade dada ao SUS de “ordenar a formação de recursos humanos”. Em seguida foi aberto para debate e o Residente Alexandre (DMPS/FCM/UNICAMP), ajudou nas inscrições e debates.

DISCUSSÕES

“O CS Santa Lúcia sempre teve a tradição de receber alunos, desde a época que você Rosana foi a coordenadora de lá e incentivou esta parte. Para a comunidade é importante, e para a formação profissional do aluno que começa a conhecer a realidade do SUS, saindo da teoria”. Fala 1

“No CS Vista Alegre vemos muitos alunos, e alguns são mal criados e com pouca vontade de ajudar o usuário (curso técnico de enfermagem). Daí responde que não é da alçada, que não podem ajudar. Isto precisa ser revisto. Um “Bom dia” não custa nada, olhar nos nossos olhos, isto faz toda a diferença. Dá uma sensação de serem “deuses, todo poderosos” e esquecem que estão lá com imposto pago por nós”. FALA 2

“No CS Tancredão tem alunos de uma escola universitária que fazem curativos, não sei por que, mas a gente não gosta nada do jeito deles. Eles têm um jeito esquisito de aplicar injeção (risos). Sei que eles estão ali pra aprender, mas tem uma falta de vontade, não sei dizer ao certo o que é”. FALA 3

“Acho que como aluno, gostaria de falar algumas coisas para o grupo: se a gente apresenta o serviço de saúde como algo desorganizado, inadequado para o aprendizado, o aluno não se sente parte dele. O Ministério da Saúde e da Educação se esforçam para que o aluno de graduação se insira e se interesse mais pelo sistema público, e isto não acontece. Por que será? Por que o aluno é apresentado para o serviço de saúde de forma inadequada, sem professor, muitas vezes, manda somente um representante do serviço. Daí, o mesmo aluno vai pra o hospital, lá está o professor, ensinando o que é respirador, e todos os aparelhos: daí o aluno pensa: gostei, vou montar meu consultório!” **FALA 4**

LISTA DE ENTREVISTADOS IMPLICADOS

Data da Entrevista	NOME
04/03/08	<p>Sandra Regina Pires</p> <p>Apoiadora Ensino e Serviço – Distrito de Saúde Norte</p> <p><i>Enfermeira (UNICAMP – 1986)</i></p> <p><i>Residência em Cardiologia no UNICOR</i></p> <p><i>Administração Hospitalar no São Camilo</i></p> <p><i>Capacitação no Gerus</i></p> <p><i>Especialização em Saúde Pública na Unicamp</i></p> <p><i>Inserção na SMS: 1995; Apoio Distrito Leste: 2001</i></p> <p><i>Apoio Distrito Norte: 2004</i></p>
25/03/08	<p>Maria Haydée de Jesus Lima</p> <p><i>Médica (Universidade de Brasília – 1974)</i></p> <p><i>Especialização em Saúde Pública (USP)</i></p> <p><i>Funcionária municipalizada do Estado</i></p> <p><i>Coordenação do CS Aurélia e do CS Ipê</i></p> <p><i>Diretora de Saúde de Campinas (década 80-90)</i></p> <p><i>Apoio CETS</i></p>
11/05/07	<p>Cláudia S. Vitor Galoro</p> <p>Médica Pediatra (1995)</p> <p>Coordenação Ambulatório Ouro Verde</p> <p>Apoiadora Ensino e Serviço</p>

25/01/08	<p>Rubens de Freitas Ferreira</p> <p>Médico (Universidade de Brasília em 2007)</p> <p>Generalista CS Dic III</p> <p>Ex estágio de Vivência no SUS Campinas</p>
08/01/08	<p>Clarice Scopin Ribeiro</p> <p>Coordenadora CAPS Davi Capistrano (Distrito Sudoeste)</p> <p>Formação: Serviço Social</p> <p>Especialização: Saúde Pública – Unicamp</p> <p>Funcionária do Estado, municipalizada desde 1988, na gestão (20 anos)</p> <p>Tem experiência com alunos desde que estava no Manicômio do Juqueri</p> <p>Coordenação Cândido Ferreira</p>
16/11/08	<p>Marcelle Regina Silva Benetti</p> <p>Enfermeira (UNICAMP 1997)</p> <p>Especialista em Pediatria e em Saúde da família</p> <p>Mestre em Enfermagem</p> <p>Data Inserção na SMS: 2000</p> <p>Apoio Ensino e Serviço: desde 2005.</p>
27/11/07	<p>Irai Aparecida Betti</p> <p>Terapeuta Ocupacional (1988)</p> <p>Inserção na SMS: 1996</p> <p>Gestão de Caps (4 Anos) e Apoio Distrito Sudoeste</p>
20/10/08*	<p>Luciana Gonçalves</p> <p>Enfermeira (UNICAMP)</p> <p>Pós-Graduação: faculdades São Camilo (Especialização em UTI-OS)</p> <p>Data Inserção na SMS: 1996</p> <p>Apoio Ensino e Serviço no Distrito Sudoeste</p>

28/12/07	<p>Vânia Maria Corrêa Barthmann</p> <p>Apoiadora Distrito Norte</p> <p>Dentista (UNICAMP - Piracicaba)</p> <p>Pós Graduação em Saúde Pública.</p> <p>Inserção na SMS em 1990</p> <p>Em 1992 foi para o CETS (participou do Larga Escala)</p>
18/12/07	<p>Edilson Marcos Vicentim</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Apoiador Distrito Leste</p> <p>18 anos na Prefeitura de Campinas</p> <p>Início inserção SMS 1989</p> <p>Participou do Projeto Larga Escala</p>
03/10/08	<p>Alóide Ladeia Guimarães</p> <p>Enfermeira (PUCC – 1985)</p> <p>Funcionária do Estado municipalizada</p> <p>Trabalhou na coordenação do Projeto Larga Escala</p> <p>Coordenação do CETS Campinas</p>
	<p>Sílvia Aparecida M. L. Dolci Carmona</p> <p>Formação: Enfermeira formada em 1978</p> <p>Data Inserção na SMS (local de trabalho): Recursos Humanos Saúde 1995</p>
01/02/08	<p>Elisabet Pereira Lelo Nascimento</p> <p>Enfermeira (Universidade de Alfenas – UNIFAL)</p> <p>Especialista em Saúde Pública 1991</p> <p>Mestrado em Enfermagem na Unicamp (2002)</p> <p>Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva e Social (FCM/Unicamp)</p>

	<p>Jeanete Mufalo Enfermeira Sanitarista</p>
30/01/08	<p>Fernando César Chacra Médico Pediatra (Unicamp – 1984) Mestrado em Saúde Coletiva (1995) Doutorado (2002) Professor Assistente do DMPS/FCM/ UNICAMP Apoio do CETS – residência</p>
22/01/08	<p>Heloisa Bearzotti Pires Socióloga, sanitarista e Educadora em Saúde Curso de Especialização em Saúde Pública (1983) <i>Funcionária municipalizada do Estado (entrou na SES em 1977)</i> <i>Apoio CETS</i></p>
10/03/08	<p>Nayara Lucia Soares de Oliveira Socióloga, sanitarista Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva <i>Desde 1990 eu comecei a trabalhar com Educação e Saúde</i></p>
15/02/08	<p>Gastão Wagner de Souza Campos Médico (Universidade de Brasília- 1975) Especialização em Saúde Pública (USP – 1977) Mestrado em Medicina Preventiva (USP – 1986) Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP – 1991) Docente Área de Planejamento e Gestão (1984) Atualmente Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp Foi um dos Coordenadores do Projeto Paulínia (década 80) Secretário de Saúde de Campinas em duas gestões: 1989 e 2001 Secretário Adjunto no Ministério da Saúde (2002)</p>

03/04/08	<p>Roberto Mardem Farias</p> <p>Medico Pediatra (Unicamp – 1978)</p> <p>Especialista em Saúde Pública e em Gestão de Serviços de Saúde e Gestão Pública, Planejamento e Gestão.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde desde 1984.</p> <p>Coordenador Distrito Sudoeste de Campinas (2001 – 2002)</p> <p>Diretor de Saúde de Campinas – 2002 – 2004</p> <p>Secretário de Saúde de Paulínia</p> <p>Secretário de Saúde de Sumaré (2005 até dias atuais)</p>
	<p>Maria do Carmo Carpintéro – ‘Carminha’</p> <p>Médica Pediatra</p> <p><i>Inserção na rede de Campinas em 1986</i></p> <p>Coordenação CS Dic III, Jardim Eulina e CS Ipaussurama</p> <p>Diretora de Saúde de Campinas (2001 – 2002)</p> <p>Secretária de Saúde de Campinas (2002 – 2004)</p> <p>Secretária de Saúde de Várzea Paulista</p>
13/02/08	<p>Deise Fregni Hadich</p> <p>Coordenadora do Distrito Sudoeste</p> <p>Formada em Farmácia (PUC)</p> <p>Especialização em Saúde Pública</p> <p>Aprimoramento em Assistência Farmacêutica, gestão de Ensino e Medicamentos</p> <p>Coordenação Distrito Sudoeste de Campinas (2005 até dias atuais)</p>
13/11/07	<p>Eliana Cristina Petoilho</p> <p>Formação: Especialista em Saúde Pública</p> <p>Coordenação CS São Cristóvão (Distrito Sudoeste)</p> <p>Data Inserção na SMS local de trabalho: 8 anos na gestão</p>

08/02/08	<p>Luiz Hermínio Freire</p> <p>Dentista</p> <p>Curso do GERUS</p> <p>Coordenação CS Dic I</p>
	<p>Márcia Helena Amaral</p> <p>Formada em Enfermagem (PUC-1983)</p> <p>Especialização em Saúde Pública (PUC-1984).</p>
06/02/08	<p>Elen Fagundes Costa Tele</p> <p>Formação Bióloga (1999) e Sanitarista</p> <p>Especialização em Saúde Pública (Unicamp)</p> <p>Na gestão da Visa Sudoeste desde 2003</p>
14/12/07	<p>Zeliete Linhares Leite Zambom</p> <p>Médica com Pós em Medicina de Família e Comunidade</p> <p>SEMPRE trabalhei com este enfoque, sou da Associação de Medicina de Família e Comunidade.</p> <p>Há dois anos e meio na gestão do CS Itatinga.</p> <p><i>No Espírito Santo: representante discente da Abem desde 1998</i></p>
30/01/08	<p>Carolina Helena Morais Sombini</p> <p>Coordenadora do Tear das Artes</p> <p>Formação: Psicologia pela PUC Campinas.</p> <p>Mestrado em saúde coletiva pela UNICAMP.</p> <p>Fez Especialização em saúde mental na UNICAMP e aprimoramento na PUC</p>
03/12/07	<p>Érica Cristina Jacob G. Paixão</p> <p>Formada na UNICAMP em 1998.</p> <p>Especialista em Saúde Pública em 1999 e mestrado em Saúde Coletiva.</p> <p>Entrou na prefeitura em 2000</p> <p>Coordenação do CS Aeroporto.</p>

28/01/08	<p>Alexandra Azevedo Ganezzi</p> <p>Fisioterapeuta formada desde 1994</p> <p>Especialização em Fisiopatologia músculo esquelética.</p> <p>Coordenadora do Ambulatório Ouro Verde</p>
10/12/07	<p>Rita de Cássia Almeida Botcher</p> <p>Médica Pediatra (USP)</p> <p>Especialização em Gestão de Serviços na UNICAMP</p>
28/01/08	<p>Nome: Renata Martelo</p> <p>Médica (Unioeste)</p> <p>Co-gerente do Ambulatório Ouro Verde</p>
14/12/07	<p>Fábio Luis Alves</p> <p>Médico (Universidade de Taubaté)</p> <p>Pós Graduação Unicamp</p> <p>Inserção Prefeitura de Campinas: 2000</p> <p>Coordenação do Distrito de Saúde Sudoeste de Campinas (2002 – 2004)</p> <p>Preceptoria da Residência Saúde da Família (UNICAMP)</p>
07/02/08	<p>Andrea Niccioli</p> <p>Formação Enfermeira (Unicamp) em 1994</p> <p>Especialização em Saúde Pública (Unicamp) - 1998</p> <p>Na Prefeitura desde 1996</p> <p>Na gestão no Distrito Sudoeste desde 2003</p>
26/02/08	<p>Maria da Graça Garcia Andrade</p> <p>Médica (USP – Ribeirão Preto – 1979)</p> <p>Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP – 1995)</p> <p>Iniciou Residência em Infectologia</p> <p>Participou Projeto Paulínia (1982)</p> <p>Docente do DMPS/FCM/UNICAMP – área de Saúde Comunitária</p>

01/04/08	<p>Carlos Roberto Silveira Corrêa - 'Calucho'</p> <p>Docente do DMPS/FCM/UNICAMP – área Epidemiologia</p> <p>Médico (UNICAMP - 1978)</p> <p>Mestrado em Medicina (UNICAMP -1993)</p> <p>Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP 1998)</p>
25/03/08	<p>Rosana Teresa Onocko Campos</p> <p>Médica (Universidade Nacional de Rosário - 1986)</p> <p>Mestrado em Saúde Coletiva (UNICAMP -1998)</p> <p>Doutorado em Saúde Coletiva (UNICAMP - 2001).</p> <p>Docente DMPS/FCM/Unicamp-área de Planejamento e Gestão</p>
11/03/08	<p>Elizabeth de Leone Monteiro Smeck – 'Beth Smeke'</p> <p><i>Médica (UNICAMP -1977)</i></p> <p><i>Doutorado em Saúde Coletiva (1989)</i></p> <p><i>Pós Doutorado em Oficina Psicodrama Pedagógico (1993)</i></p> <p><i>Docente da PUCCAMP - área da Saúde Coletiva</i></p>
13/03/08	<p>Eduardo Camargo Bueno</p> <p>Coordenador CAPS NOVO TEMPO</p> <p>Psicologia - formado em 1998 (USP de Ribeirão Preto)</p> <p>Data Inserção na SMS (local de trabalho) / percurso: 2001</p>
13/11/2008	<p>Daniela Doação Dantas</p> <p>Aluna do Curso de Medicina - Unicamp</p>
03/11/2008	<p>Bruno Resende Mariani</p> <p>Residente de Medicina Preventiva e Social da Unicamp</p> <p>Ex aluno do curso de Medicina - Unicamp</p>
03/01/2008	<p>Maria Andrade Gil</p> <p>Conselheira de Saúde do CS Santa Lúcia</p> <p>Pastoral da Saúde da Comunidade Nossa Senhora da Libertação</p>

ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Identificação:

Nome

Formação: graduação e pós (escola/ período)

Data Inserção na SMS (local de trabalho)

Pergunta disparadora: O que é **Parceria** entre instituição de ensino e serviço de saúde pra você? Que tipo de encontro é estabelecidos entre os sujeitos desta parceria?

Conte um pouco de tua historia e de teu percurso junto a Rede de Campinas que tenha articulação com a política atual de integração ensino e serviço?

Que experiências você viveu de encontros/desencontros entre Serviços de Saúde de Campinas e as Instituições de Ensino? Avanços/retrocessos

Como você percebe as políticas nacionais (Promed, Pró-Saude, PET- Saúde, etc.) em relação a fomento da articulação ensino e serviço?

Há fóruns para debates desta temática? Cite os fóruns.

Que conflitos e tensões e/ou avanços você percebe nesta área?

Você avalia que esta área necessita de alguma intervenção para melhoria/ampliação das parcerias? Quais?

Como se define e pactua com as escolas que estagiam na rede atualmente?
Como é feita a avaliação dos cursos?

Os serviços têm produções pedagógicas que desenvolvem junto a alunos?
Há divulgação? Que estratégia você apontaria para uma divulgação?

Qual o papel do Apoiador de Ensino e Serviço e do CETS frente a conflitos?

Qual a tua avaliação sobre o papel do Gestor (local, distrital, municipal) dentro desta política de integração ensino e serviço?

Você acredita que as parcerias dos Serviços de Saúde com as Instituições são ENCONTROS QUE PODEM DEIXAR MARCAS? Fale sobre isto e a importância de tais marcas para o SUS.

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável: Rosana Aparecida Garcia

Enfermeira, Sanitarista e Especialista em Educação (Unicamp), aluna regular do Mestrado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 068954 – FONE: 019- 33051072

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Pesquisador Associado: Prof. Dr Heleno R. Correa Filho

Sujeito Participante Convidado(a): _____

Estou realizando um estudo que pretende problematizar e refletir sobre as parcerias entre Serviços de Saúde e Instituições de Ensino no Município de Campinas e, mais especificamente no Distrito de Saúde Sudoeste.

Este processo de investigação faz parte do meu Projeto de Mestrado Intitulado **PARCERIAS ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E INSTITUIÇÕES DE ENSINO NO DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS: UM OLHAR SOBRE OS (DES)ENCONTROS**. Apesar de ser um estudo acadêmico, a integração ensino e serviço é um tema que é tratado como política de governo, recebendo a priorização em discussões de Planejamento em Saúde.

A coleta de dados será a realizada através de Entrevistas a gestores/trabalhadores da saúde, docentes, discentes e usuários do SUS que fizeram ou ainda fazem parte da discussão sobre a Política de Integração Ensino e Serviço. Durante este processo realizaremos oficinas com gestores e trabalhadores no Distrito Sudoeste Essas oficinas e as entrevistas poderão ser gravadas e depois transcritas, com o consentimento prévio dos sujeitos envolvidos. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Solicito também permissão para utilização de imagens (fotos) que tirarmos durante a coleta de dados.

É compromisso obrigatório da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e da incorporação das informações em textos acadêmicos.

Todo o participante tem liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. Uma via desse termo do consentimento será entregue a você.

A pesquisadora compromete-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga conseqüências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ___/___/_____.

Assinatura da(o) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ATRIBUIÇÕES DO CETS

RELATÓRIO DE ATIVIDADES – COORDENADORIA SETORIAL DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

ANO 2001 - 2004

Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde - CETS

- Formular, propor diretrizes e avaliar a participação dos trabalhadores da saúde em processos de Educação Permanente tanto oferecidos pela SMS quanto por outras Instituições;
- Promover reflexões e ações de Educação em Saúde junto aos trabalhadores da Rede Municipal de Saúde;
- Participar dos Fóruns de Elaboração da Política de Educação Permanente loco-regional;
- Formular, propor diretrizes, acompanhar e avaliar a Política de Integração Ensino – Serviço;
- Desenvolver e aperfeiçoar materiais didáticos e novas tecnologias de ensino;
- Realizar estudos sobre a adequada utilização de recursos didáticos;
- Preparar e expedir atestados e certificados nos processos educativos executados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Organizar, analisar e divulgar dados, custos e resultados dos processos educativos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde;

- Matriciar metodologicamente e pedagogicamente os processos educativos desenvolvidos por outras áreas/serviços de saúde;
- Apoiar a organização do ingresso e acolhimento de todos os trabalhadores da saúde, colaborando na pactuação de contratos e metas;
- Estabelecer parcerias com outras Secretarias no apoio a processos educativos fortalecendo a intersetorialidade;
- Estimular o trabalhador de saúde para reflexão sobre a dimensão educativa do seu papel profissional;

INSTRUMENTO DE NORMATIZAÇÃO DE ESTÁGIOS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL Dr. MARIO GATTI**

NORMATIZAÇÃO DE ESTÁGIOS

QUANTO AO CONTRATO

Para que uma Instituição de Ensino realize estágio na rede municipal de saúde é necessário que seja firmado **convênio** entre esta e a Prefeitura Municipal de Campinas, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, cumprindo as exigências contratuais que seguem:

- Ofício endereçado a Secretaria Municipal de Saúde, demonstrando interesse da Instituição em formalizar instrumento de convênio endereçado à Secretária Municipal de Saúde (Dra. Maria do Carmo Cabral Carpintéro) e/ou ao Presidente da Autarquia Municipal Hospital Dr. Mário Gatti (Dr. Adail de Almeida Rollo), solicitando as áreas de campo de estágio;
- Cópia do RG e do CPF dos responsáveis pelos cursos e que possuem capacidade para firmar convênios em nome da Instituição;
- Cópia do CGC ou CNPJ da Instituição de Ensino;
- Cópia na íntegra do Estatuto Social;
- Declaração de que os responsáveis pela Instituição não possuem cargo ou função de chefia em órgãos vinculados ao SUS em Campinas;

- Cópia de autorização do MEC para funcionamento dos cursos e do estabelecimento de ensino;
- Autorização do Conselho para cursos profissionalizantes;
- Cópia da nomeação dos responsáveis técnicos dos cursos;
- Assinatura de convênio entre o gestor público e a instituição formadora;
- Apólice nominal de seguro de acidentes pessoais para cada estagiário, a cada turma (a cargo da Instituição Formadora).

QUANTO ÀS DEFINIÇÕES DO SISTEMA:

- Toda e qualquer unidade ou serviço da rede pública de Campinas é considerada campo de estágio em potencial;
- A unidade ou serviço se habilitará ou não a receber estagiários mediante avaliação do seu coordenador e equipe;
- A equipe local de saúde assume inteira e total vinculação à realização de estágios no seu local de trabalho e irá trabalhar em regime de cooperação;
- Os Distritos de Saúde e o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti definirão as unidades e as áreas que se disponibilizarão a receber estágios durante aquele ano e qual o número de alunos por campo.

QUANTO À SOLICITAÇÃO DE CAMPO DE ESTÁGIOS:

- As solicitações de campos de estágio no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti deverão ser encaminhados à Área de Desenvolvimento de Pessoas (ADP) e ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) para estágios na Rede Básica;

- A programação deverá ser semestral e encaminhada do dia 1º ao dia 30 do mês de maio para os estágios no segundo semestre e do dia 1º ao dia 30 do mês de outubro para os estágios do primeiro semestre do ano seguinte, juntamente com a programação de atividades do curso em questão;
- Deverão ser realizadas em impresso próprio (Anexo 1);
- Assinadas e carimbadas pela coordenação ou direção da escola em papel timbrado;
- **Não serão aceitas solicitações fora dos prazos estipulados, ainda que haja cancelamento por parte de outras Instituições de Ensino.**

QUANTO À SUPERVISÃO DE ESTÁGIOS:

- A Instituição Formadora, através do seu preposto, será responsável por todas as atividades exercidas por seus alunos, observadas as normas pertinentes à profissão e aquelas estabelecidas pelo Comitê de Estágios;
- Todos os alunos deverão ser acompanhados por docente contratado pela Instituição Formadora, graduado no curso em questão;
- Nos estágios em Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Pediatria, Pronto Socorro e Pronto Atendimento, o docente deverá ter experiência mínima, na área, de um ano ou curso de especialização;
- Estes dados deverão ser encaminhados ao representante dos estágios nas áreas e/ou distritos para avaliação, com antecedência mínima de uma semana antes do início dos estágios;
- O docente/supervisor, caso servidor do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, não poderá exercer atividades no mesmo setor em que atua;
- O docente/supervisor, caso servidor da Prefeitura Municipal de Campinas, não poderá exercer esta supervisão no seu horário de trabalho junto a PMC.

QUANTO AO PLANEJAMENTO POR ÁREA:

- O Distrito de Saúde, através de sua equipe de Apoio Institucional, será a unidade de gestão dos estágios em sua área de abrangência, indicando um dos seus técnicos para ser referência para as escolas (Anexo 2). Deverá definir junto com as Unidades de Saúde e as Instituições Formadoras o número de estagiários por campo, até o máximo de 10 (dez) alunos, respeitando as especificidades de cada área de formação ou campo;
- No Hospital Municipal Dr. Mário Gatti existe uma organização por campo de estágios, a qual está discriminada no anexo II.

QUANTO À APRESENTAÇÃO NO CAMPO DE ESTÁGIO:

- Todo docente deverá acompanhar o profissional responsável pelos estágios da Unidade de Saúde por 03 períodos, uma semana antes do início do estágio para conhecimento de normas e rotinas, estabelecendo um vínculo direto e co-responsabilizando os envolvidos;
- Os profissionais responsáveis pelos estágios das áreas do HMMG e das Unidades de Saúde estarão disponibilizando alguns períodos, a fim de cumprir o proposto no item anterior, para tal deverão ser agendados os encontros nos ramais já disponibilizados ou nos telefones das unidades de saúde;
- No HMMG, o docente e os alunos receberão orientações sobre Prevenção de Acidentes de Trabalho através de Palestras a serem ministradas pela equipe de profissionais do Hospital responsáveis por esta área, através de agendamento prévio no início do estágio;
- Para a Rede Básica estas palestras deverão ser agendadas com o coordenador ou com outro profissional por ele designado.

QUANTO AO HORÁRIO DE ENTRADA E SAÍDA:

- Os alunos deverão comparecer ao estágio munidos de Carteira de Identidade ou outro documento de identificação, a fim de confirmar seus dados com o crachá das Escolas;
- Todo grupo de alunos deverá adentrar ao serviço acompanhado do docente, e não será permitida sua permanência fora do horário de estágio e sem acompanhamento do docente;
- As reuniões dos estagiários devem ser agendadas na Área de Desenvolvimento de Pessoas (HMMG), ramal 5718, pois a realização das mesmas deverá ocorrer em locais próprios na Instituição. Nas Unidades de Saúde, o agendamento deverá ser feito com o coordenador local ou seu representante imediato;
- Qualquer alteração com relação ao horário previamente estabelecido deverá ser comunicada com antecedência mínima de 24 horas ao coordenador da unidade.

Horários dos Estágios

Período	Horário
Matutino	Das 7:00 às 11:00 ou 7:00 às 12:00
Vespertino	Das 13:00 às 17:00 ou 13:00 às 18:00
Noturno HMMG	Das 19:00 às 22:00
Noturno Rede	Das 18:00 às 21:00

- O grupo juntamente com o professor deverá participar da passagem/recebimento de plantão;
- Os estágios serão concedidos de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 22:00 horas. Aos sábados e domingos não serão concedidos campos de estágios no HMMG. Nas unidades da Rede Básica poderão ser concedidos estágios aos sábados, conforme interesse da instituição solicitante.

QUANTO AO USO DE MATERIAIS:

- De acordo com o tipo de curso, a escola deverá encaminhar ao representante do campo de estágio ou coordenador da unidade os materiais de consumo estipulados pela coordenadoria da área onde o estágio será desenvolvido, conforme discriminado abaixo:
 - Máscara descartável específica conforme o agente etiológico (ex: tuberculose);
 - Luvas de procedimento;
 - Óculos de proteção individual para procedimento hospitalar;
 - Indumentária do Centro Cirúrgico (docente e aluno deverão trazer sua própria indumentária);
 - Aventais descartáveis;
 - Materiais de bolso (termômetro, tesoura, garrote, etc).
- A quantidade do material está discriminada no Anexo 3;
- A roupa utilizada no Centro Cirúrgico deve ser lavada diariamente (ver possibilidade deste procedimento ser realizado na lavanderia do Hospital).

QUANTO AO UNIFORME:

Todo aluno deverá estar vestido adequadamente para o estágio. Para melhor identificação dos alunos, os mesmos deverão usar:

HMMG:

- Sapato branco;
- Jaleco, contendo o logotipo da escola na manga ou bolso;
- Calça azul marinho (enfermagem), exceto jeans ou branca (fisioterapia);
- Docente deverá usar roupa branca e jaleco;
- Crachá (sempre visível);
- Estágio na Área de Instrumentação: jaleco – pijama.

Rede Básica:

- Jaleco, contendo o logotipo da escola na manga ou bolso;
- Crachá (sempre visível).

QUANTO À RELAÇÃO DE ALUNOS:

- As Instituições de Ensino deverão enviar lista nominal em **2 (duas) vias** dos alunos que iniciarão o estágio à Área de Desenvolvimento de Pessoas (estágios no HMMG) ou ao coordenador da Unidade de Saúde (estágios na Rede Básica), discriminando o horário e área onde se dará o estágio, bem como, o nome do docente responsável pela turma (Anexo 4);

- Na mesma ocasião acima, as Instituições de Ensino deverão apresentar declaração, sob as penas da lei, comprovando a realização de Seguro de Acidentes Pessoais de seus alunos (anexo 4), bem como, responsabilizar-se pela vacinação contra Hepatite B (03 doses) e Tétano;
- Para a Rede Básica, os estagiários deverão apresentar o Termo de Compromisso do Estagiário no início do período (Anexo 5).

QUANTO À SUBSTITUIÇÃO DE DOCENTES:

- A Escola deverá encaminhar comunicação por escrito à Área de Desenvolvimento de Pessoas (com cópia para a Coordenação da área) ou ao coordenador da unidade (Rede Básica), sempre que houver substituição de docentes no campo de estágio, assinalando a justificativa da alteração;
- O docente substituto deverá ter conhecimento das normas e rotinas do setor antes de atuar no campo, devendo agendar com o responsável pela unidade visita prévia, nos moldes do disposto no item 06.

QUANTO AOS OBJETOS PESSOAIS, ALIMENTAÇÃO E ESTACIONAMENTO:

- O HMMG e as Unidades de Saúde não se responsabilizarão por objetos pessoais de alunos e professores. Os mesmos deverão adentrar ao hospital e às Unidades de Saúde, sempre que possível, munidos apenas do uniforme e material de bolso;
- É proibido fazer qualquer tipo de alimentação na área de assistência. O docente deverá informar-se sobre os locais específicos para este fim;
- O HMMG e as Unidades de Saúde não se responsabilizarão por estacionamento de veículos dos docentes e estagiários.

QUANTO AOS CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO DE ESTÁGIOS:

- Serão considerados motivos para suspensão do estágio o não cumprimento de qualquer uma das normas aqui contratadas.

QUANTO AO REGISTRO EM PRONTUÁRIO:

- Todo procedimento realizado pelo aluno e/ou docente deverá ser registrado em prontuário; sendo que o carimbo e assinatura do docente são obrigatórios.

QUANTO AO COMITÊ DE APOIO À GESTÃO DOS ESTÁGIOS:

- Será constituído um COMITÊ DE APOIO à gestão dos estágios, composto de dois representantes do Núcleo de Relações do Trabalho, um de cada Distrito de Saúde e um do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti;
- Este Comitê estará encarregado de realizar avaliações periódicas dos estágios para:
 - Estabelecer mecanismos de monitoramento e divulgação sobre os estágios em andamento, os locais envolvidos e todas e quaisquer alterações neste sentido;
 - Avaliar os problemas levantados e propor soluções;
 - Gerenciar a distribuição dos campos de estágio;
 - Apoiar a gestão das resoluções definidas.
- O Comitê irá elaborar, em conjunto com as instâncias gerenciais envolvidas, um roteiro de avaliação da Unidade em relação à Instituição Formadora e vice versa. Os roteiros deverão ser preenchidos e enviados, ao término do estágio ao Comitê, mantendo uma cópia na Unidade/Serviço e outra na Instituição/Distrito;

- Todas as intercorrências verificadas no desenvolvimento do estágio, como falta de supervisor, inadequação dos alunos, etc. deverão estar contidas no roteiro de avaliação;
- As intercorrências que demandarem ações imediatas deverão ser relatadas em impresso próprio (Anexo 6) e encaminhadas a Área de Desenvolvimento de Pessoas ou ao CETS a fim de ser verificada, acompanhada e intermediada;
- O Comitê de apoio se reunirá periodicamente, e avaliará as informações enviadas pela Unidade/Serviço e Instituição Formadora - através dos roteiros de avaliação, comunicando ao Distrito e/ou áreas envolvidas as medidas pertinentes a serem adotadas;
- O resultado desta avaliação do Comitê servirá como indicador de continuidade ou não do estágio, bem como as medidas que julgar pertinentes;
- O comitê terá como local de referência o Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), situado a Rua: Tiradentes, 195 - Guanabara - Campinas - CEP - 13.023-110. Fone: 19 - 3236.2089/3232.8415. Endereço eletrônico: cets-sms@ig.com.br

Assinam este documento:

- ÁREA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. MÁRIO GATTI;
- DISTRITO DE SAÚDE LESTE;
- DISTRITO DE SAÚDE NOROESTE;
- DISTRITO DE SAÚDE NORTE;
- DISTRITO DE SAÚDE SUDOESTE;

- DISTRITO DE SAÚDE SUL;
- NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E PESSOAL;
- NÚCLEO DE APOIO À GESTÃO E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL.

Campinas, Maio de 2.002.

MARIA DO CARMO C. CARPINTÉRO

Secretária Municipal de Saúde

ADAIL DE ALMEIDA ROLLO

Presidente do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti

Carimbo da Instituição

_____ Carimbo e Assinatura do responsável
--

MATERIAL DESCARTÁVEL PARA ESTÁGIO

Para estágio em todas as áreas do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG) e para as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

∫ 03 pares de luvas de procedimentos/aluno/dia;

∫ 01 máscara de proteção-agente etiológico/aluno/dia.

Providenciar ainda:

- para Centro Cirúrgico:

01 pro-pé + 01 gorro + 01 máscara/aluno/dia;

- para Pronto Socorro Adulto/Infantil do HMMG e Pronto Atendimento da SMS:

01 avental e máscara descartável/aluno/dia.

∫ Ficou acordado que as escolas deverão orientar seus alunos e docentes quanto aos materiais que deverão ser entregues, antes do início dos estágios;

- Para o HMMG:

O material será entregue para Églis do apoio Técnico de enfermagem, no primeiro andar do hospital com guia de remessa em duas vias, sendo que uma via será entregue para o enfermeiro supervisor da área onde vai ocorrer o estágio no primeiro dia do mesmo;

- Para as Unidades de Saúde da SMS:

O MATERIAL SERÁ ENTREGUE PARA O COORDENADOR DA UNIDADE COM GUIA DE REMESSA.

LISTAGEM DE ALUNOS

NOME DA ESCOLA:

UNIDADE DE SAÚDE:

PERÍODO DE ESTÁGIO: ___/___/___ à ___/___/___

HORÁRIO: das _____ às _____ h.

SUPERVISOR RESPONSÁVEL (DOCENTE)

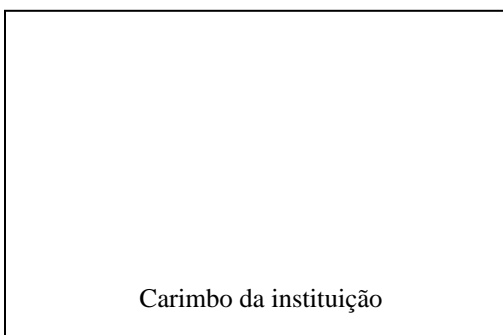
Nome: _____

Órgão de exercício profissional: _____ **Nº de registro:** _____

RELAÇÃO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Declaro para os devidos fins que os alunos acima relacionados estão protegidos por Seguro Contra Acidentes Pessoais, durante o tempo de permanência nesta Instituição, durante a realização do estágio, conforme estabelecido na Normatização de Estágios, bem como terem recebido as 03 doses da vacina para Hepatite e Tétano.



RESPONSÁVEL PELO ESTÁGIO

Nome:

RG:

TERMO DE COMPROMISSO

ESTAGIÁRIO
Nome:
Endereço:
Regularmente matriculado no..... curso de.....

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente termo de Compromisso assegura ao estagiário o direito de realizar o Estágio Curricular Supervisionado nas Unidades da PRIMEIRA CONVENENTE.

CLÁUSULA SEGUNDA

O estágio terá início em __/__/__ e término previsto para __/__/__.

CLÁUSULA TERCEIRA

Na vigência deste Termo de Compromisso o estagiário estará incluído na cobertura de seguro contra acidentes pessoais, Apólice nº. _____ da Companhia de Seguro _____.

CLÁUSULA QUARTA

O estagiário deverá apresentar aos Convenentes, quando solicitado, relatório sobre o desenvolvimento das tarefas que lhe foram atribuídas.

CLÁUSULA QUINTA

O estágio será cancelado nos seguintes casos:

- a) Automaticamente ao seu término;
- b) A pedido do estagiário, com 5 (cinco) dias de antecedência, mediante comunicação escrita através da correspondência oficial do SEGUNDO CONVENENTE ao dirigente do PRIMENIRO CONVENENTE onde se realizar o estágio;
- c) Por suspensão ou desligamento do Estagiário da SEGUNDA CONVENENTE;
- d) Por interesse e conveniência da PRIMEIRA CONVENENTE, inclusive se comprovado rendimento insatisfatório mesmo após ter decorrido a Terça parte do período para a realização do estágio;
- e) Do não cumprimento do conveniado neste Termo de Compromisso, bem como do Convênio do qual decorre.

CLÁUSULA SEXTA

O estagiário declara concordar com as normas internas do PRIMEIRO CONVENENTE quanto ao acompanhamento e avaliação de seu desempenho e aproveitamento.

CLÁUSULA SÉTIMA

O estagiário obrigará-se a cumprir as condições definidas para o estágio, através deste Termo de Compromisso, bem como as normas de organização e de trabalho estabelecidas pelo PRIMEIRO CONVENENTE, especialmente no que tange ao respeito às normas éticas e morais, ao resguardo do sigilo profissional e administrativo de tudo o que vier a ter conhecimento em decorrência do estágio.

CLÁUSULA OITAVA

O estagiário deverá estar de acordo com as disposições, ora estipuladas, comprometendo-se a aceitá-las e cumpri-las.

Por estarem de pleno acordo com os termos ajustados, as partes assinam em três vias de igual teor e forma, que serão destinadas uma para cada parte, na presença de duas testemunhas.

PRIMEIRA CONVENENTE

SEGUNDA CONVENENTE

ESTAGIÁRIO

Testemunhas

INSTRUMENTO DE INTERCORRÊNCIAS NOS ESTÁGIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Anchieta, 200 – Campinas – SP – CEP 13036-902 – Fones: 3236-
2089/3772-5718

RELATÓRIO IMEDIATO DE INTERCORRÊNCIAS NOS ESTÁGIOS

Nome da Instituição de Ensino: _____

Docente Responsável: _____

Local do Estágio: _____ Período: _____ Turno (M, T ou N)

Descrição do que ocorreu:

Intervenção imediata:

Observação: Esta ficha deverá ser entregue na Área de Desenvolvimento de Pessoas do H.M.M.G. ou no CETS no prazo máximo de 3 (três) dias após a intercorrência e tem a finalidade de acompanhar, verificar e intermediar os estágios realizados na Instituição.

Nome do servidor que preencheu a ficha: _____

Ciência do docente relacionado à intercorrência: _____

Ciência do responsável pelo estágio na área/unidade: _____

Data ___/___/_____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Anchieta, 200 - Campinas - SP - CEP 13036-902

Fones: 3236-2089 / 3772-5718

Instrumento de Avaliação de Estágios

Serviço: _____ Distrito: _____

Nome da instituição formadora: _____

Data do início: _____ Data de término: _____ Período: _____

Disciplina: _____ Docente: _____

Nome do resp. pela avaliação: _____ Função: _____

1- O docente compareceu em todos os períodos dos estágios em sua unidade?

Sim Não

2- O docente apresenta conhecimento técnico e científico na área de atuação?

Sim Não

3- O docente está familiarizado com o modelo assistencial implantado em nossas unidades?

Sim Não

4- O docente realizou acompanhamento das atividades da unidade antes do início dos estágios?

Sim Não

5- Houve criação de vínculo entre equipe/usuário/alunos?

Sim Não

6- Os alunos e docente estiveram devidamente identificados e uniformizados durante sua permanência na unidade?

Sim Não

7- O número de alunos foi adequado à estrutura, processo de trabalho e atividades propostas na unidade?

Sim Não

8- Houve caso de permanência de alunos na unidade sem a presença do docente?

Sim Não

9- Houve cancelamento de dias de estágios?

Sim Não

10- Se afirmativo, quantos dias? Foram comunicados com antecedência?

Sim Não

11- As entradas e saídas dos campos se deram nos horários previamente acordados?

Sim Não

12- A instituição formadora entregou à unidade o material de consumo preconizado?

Sim Não

13- Foram entregues à coordenação a relação nominal dos estagiários, bem como a comprovação de Seguro de Acidentes Pessoais, antes do início dos estágios?

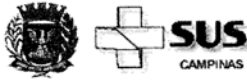
Sim Não

14- Os alunos/docente realizaram as devidas anotações em prontuários dos procedimentos realizados?

Sim Não

15- Caso tenha ocorrido algum fato que você julgue importante relatar ou necessite de espaço para comentários sobre qualquer uma das questões acima, por favor, use o espaço a seguir.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIOS

I - IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE DE SAÚDE		DISTRITO	
INSTITUIÇÃO FORMADORA		SEMESTRE/ANO NO CURSO	CURSO
DISCIPLINA		DOCENTE(S) (coordenador da disciplina e docente na unidade)	
INÍCIO	TÉRMINO	HORÁRIO/INÍCIO	HORÁRIO/TÉRMINO
DIAS DA SEMANA	QUANT. GRUPOS	ALUNOS POR GRUPO	
OBJETIVOS DA DISCIPLINA		OBJETIVOS DO ESTÁGIO	
RESPONSÁVEIS PELO PREENCHIMENTO DA AVALIAÇÃO			FUNÇÃO

II - ATIVIDADES PACTUADAS/DESENVOLVIDAS

Atividades	Espaço para Avaliação
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

Distribuição das Atividades em Grade de Horário					
	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã					
Tarde					
Noite					

III – INDICADORES DE QUALIDADE DO ESTÁGIO

Este formulário tem como objetivo principal nortear a avaliação dos estágios realizados nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Ressaltamos que nem todos os itens se aplicam a todas as disciplinas que têm a nossa rede como cenário de prática.

Infra-estrutura para realização do estágio	Espaço para Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte • Contrapartida de material (conforme pactuado com cada instituição) • Material/equipamentos oferecidos pelo serviço • Apólice de seguro dos estudantes • Vestimenta (uniforme) • Identificação dos estudantes (crachá, Listagem) 	
Outros aspectos não contemplados nos anteriores:	
O docente no estágio	Espaço para Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento prévio do campo de estágio • Conhecimento técnico e científico em relação à disciplina • Familiaridade com o Modelo de Atenção e Gestão implementado nos serviços • Respeito aos pactos firmados para realização do estágio (horário, período, notificação de alterações, presença no campo durante a realização do estágio) • Participação nos espaços coletivos instituídos na Unidade 	
Outros aspectos não contemplados nos anteriores:	

Os estudantes no estágio	Espaço para Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento da modulação (número alunos/campo) pactuada com cada curso • Relação estabelecida com coordenação e equipe dos serviços • Relação estabelecida com usuários dos serviços • Inserção nos processos de trabalho dos serviços • Cumprimento das normatizações existentes nos serviços quanto ao registro das atividades (prontuário, formulários de produção, receitas, etc.) • Trabalhos científicos, materiais educativos e outros produtos 	
Outros aspectos não contemplados nos anteriores:	
Os profissionais e coordenação frente ao estágio	Espaço para Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Pactuação do programa e do desenvolvimento das atividades de estágio • Recepção dos estudantes, tutor(es), preceptor(es) e docente(s) • Relação estabelecida com estudantes, tutor(es), preceptor(es) e docente(s) (entrosamento, ofertas e contribuições para o processo de aprendizagem) • Atividade(s) desencadeada(s) na Unidade em função do estágio 	
Outros aspectos não contemplados nos anteriores:	
Os propósitos do estágio	Espaço para Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimento dos objetivos da disciplina • Cumprimento dos objetivos do estágio 	

IV – SUGESTÕES PARA APRIMORAMENTO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

**ATRIBUIÇÕES DA SECRETARIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 5.974 DE 29 DE NOVEMBRO DE 2006.

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

ANEXO I

ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

CAPÍTULO III

DAS Seção II

Dos Órgãos Específicos Singulares

COMPETÊNCIAS DOS ÓRGÃOS

Art. 19- À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde compete:

- I- promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- II- elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar a sua execução, bem como promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde;

- III- planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;
- IV- promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem como com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde;
- V- promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;
- VI- planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde;
- VII- planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;
- VIII- planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IX- fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.

Art. 20- Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde compete:

- I- participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e da Política Institucional de Desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério;
- II- buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e à adequação da formação profissional às necessidades da saúde;
- III- promover o desenvolvimento da rede de escolas do governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;
- IV- colaborar com a ampliação da escolaridade básica dos trabalhadores da área de saúde que não dispõem de ensino fundamental, educação especial e qualificação profissional básica, prioritariamente nas áreas essenciais ao funcionamento do SUS;
- V- propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, bem como mecanismos de certificação de competências que favoreçam a integração entre a gestão, a formação, o controle social e o ensino, tendo em vista o atendimento às demandas educacionais do SUS;
- VI- estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde, bem como processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e
- VII- estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde.

**PROPOSTA DE ATIVIDADES PARA O ESTÁGIO EM GESTÃO E
PLANEJAMENTO EM SAÚDE (MD945) NO PERÍODO DE 03 a 17 DE JANEIRO
DE 2005.**

Local: Centro de Saúde Santa Lúcia

Dia	Hora - Atividade	Local	Responsável
03/02	08:30-12:00- Apresentação do Estágio e Pactuação das atividades 13:30- Acolhimento no CS Santa Lucia/ Apresentação do Distrito de Saúde Sudoeste/ Modelo de Atenção a Saúde no CS Santa Lucia 15:30- Conhecendo o espaço físico do serviço e discutindo processos de trabalhos a eles articulados	DMPS/FCM CS Santa Lúcia	Sergio e Gastão Sergio e Rosana
04/02	8:30- Participando do Acolhimento da Equipe de Referencia 1 10:30- Conhecendo o caso proposto para discussão	CS Santa Lucia	Sérgio e ER 1 Sergio
10/02	08:30- Visita sistematizada ao Complexo do Ouro Verde: Pronto Socorro do Ouro Verde e a relação com o projeto terapêutico 13:30- Discussão do Caso com Equipe: alunos trarão percepções do P.S Ouro Verde e questões	PSOV CS Santa Lucia	Sergio e Claudia Roberto e Rosana Marcelle + Carmem
11/02	8:00 às 12:00- Visita sistematizada ao CAPS Novo Tempo: pesquisa do projeto terapêutico	CAPS Novo Tempo	Mardem
14/02	8:00 às 12:00- Visita Sistematizada ao Nadeq - Hospital Candido Ferreira (conhecendo o fluxo de entrada no sistema dos pacientes alcoolistas e relacionando com o caso discutido)	Nadeq - Hospital Candido Ferreira	Sergio

15/02	8:00- Discutindo o caso com a equipe de referencia: os alunos trarão suas contribuições para este caso para a equipe de referencia 1	CS Santa Lucia	ER + Mardem
17/2	8:30-12:00- Fechamento da disciplina	DMPS	Mardem e Gastão

Obs: A visita domiciliar proposta para este caso, não será possível, uma vez que o usuário esta internado.

Faculdade de Ciências Médicas

Faculdade de Educação Física

Unicamp

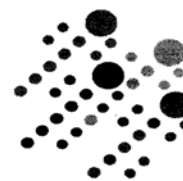
Projeto
Integra Saúde
2009



UNICAMP



Faculdade de Ciências Médicas



FEF

Introdução: Todos os anos, uma nova turma de estudantes ingressa na Unicamp após superar a concorrência e os conflitos do vestibular. A recepção dos calouros é realizada pelas Comissões de Calourada que, juntamente à diretoria de cada faculdade, organizam uma semana de atividades com objetivo de acolher os novos alunos e integrá-los aos estudantes veteranos, aos professores, à instituição e à profissão que escolheram.

Diante de uma realidade que exige dos profissionais a cooperação e o trabalho interdisciplinar na produção de saúde, a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e a Faculdade de Educação Física (FEF) uniram-se no Projeto Integra Saúde. Dessa forma, pretende-se estabelecer a integração entre estudantes da área da saúde, possibilitando a criação de vínculo entre participantes que não tenham a mesma formação acadêmica, mas que necessitam atuar em conjunto para produção de saúde na população. Além disso, a construção de trabalhos com responsabilidades conjuntas entre o SUS e a instituição de ensino atentando para a realidade da população é uma forma de concretizar a relevância social da ação acadêmica.

Objetivos: Apresentar a estrutura e o funcionamento do SUS aos calouros; promover um primeiro contato dos calouros com o SUS e com a sociedade; proporcionar um intercâmbio entre os diversos profissionais da área da saúde; apontar a necessidade de ações em equipes multiprofissionais para a produção de saúde e aproximação da universidade com a sociedade.

Metodologia: O Projeto Integra Saúde, consiste em ações baseadas na valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrando sua importância e influência na saúde dos indivíduos. Para isso, os calouros dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina e Educação Física seriam divididos em grupos heterogêneos para, então, visitarem um Centro de Saúde (CS) de Campinas onde acompanhariam a rotina e a estrutura desse serviço.

Serão realizadas atividades específicas de cada área fornecendo noções da atuação de cada profissional dentro do CS. Todos os alunos vivenciarão não só as ações da sua futura profissão como também das demais especialidades. Além disso, serão promovidas atividades conjuntas de promoção de saúde de acordo com as necessidades da população local englobando todos os calouros e a equipe do CS para exemplificar a importância de ações multiprofissionais na produção de saúde.

CRONOGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

2007/2008

ATIVIDADES/ PERÍODOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x																
'Aproximação' do Campo					x	x	x	x																
Oficinas com gestores											x		x		x		x							
Entrevistas													x	x	x	x	x	x						
Tabulação dos dados												x	x	x	x	x	x	x	x					
Discussões preliminares											x	x	x	x	x	x	x	x						
Exame de Qualificação																						x		
Revisão das discussões preliminares																							x	x
Elaboração do Resultado Final																							x	x
Devolutiva do trabalho junto ao Distrito Sudoeste de Campinas																								