

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**CLÍNICA-ESCOLA:  
DISCUSSÃO E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO SUPERIOR DA SAÚDE**

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Porto Alegre, 2013.

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

**CLÍNICA-ESCOLA:  
DISCUSSÃO E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO SUPERIOR DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação.

**Grupo Temático:** Educação em Saúde  
**Orientador:** Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, 2013

### CIP - Catalogação na Publicação

Saldanha, Olinda Maria de Fátima Lechmann  
Clínica-escola: discussão e desafios na educação superior da saúde / Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha. -- 2013.  
155 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Educação, saúde e conhecimento. 2. O ensino superior no Brasil e a formação em saúde. 3. Mudança na graduação e diretrizes curriculares nacionais. 4. Clínica-escola: publicações e estudos sobre o tema. 5. Clínica-escola: uma proposição. I. Ceccim, Ricardo Burg, orient. II. Título.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Maria Elly Herz Genro – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Gilnara da Costa Côrrea Oliveira – Universidade Federal do Pampa

---

Profa. Dra. Margareth Lucia Paese Capra – Universidade de Caxias do Sul

---

Profa. Dra. Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Ricardo Burg Ceccim, pela dedicação e pelas muitas provocações e contribuições que possibilitaram não apenas a produção desta tese, mas também a coragem de propor e colocar em funcionamento outra proposta de clínica-escola. Estas produções resultam em grande parte deste nosso encontro.

Um agradecimento especial ao meu companheiro Solon e a minha filha Bibiana, pelo incentivo, pelo afeto, pelo apoio nos momentos de cansaço. O carinho e a compreensão de vocês foram fundamentais para enfrentar mais este desafio.

Aos meus irmãos, sobrinhas e sobrinho, e ainda aos meus amigos queridos, pelos muitos momentos significativos, fico imensamente grata pela compreensão e apoio de todos vocês.

Aos colegas de trabalho, em especial os docentes que desde o início apóiam, apostam e vivem comigo a experiência de colocar em movimento a Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), nesta proposta que nos exige um constante exercício de problematizar e experimentar novos processos de formação e de promoção do cuidado em saúde. A dedicação, a confiança e a parceria de vocês têm tornado possível o que muitos apostaram que seria impossível realizar.

À Reitoria do Centro Universitário Univates e à Direção e colegas professores do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, pelo apoio e pela confiança para a implementação da CURES e de outros projetos de mudança na formação em saúde.

Aos estudantes/estagiários da CURES por acreditarem e participarem intensamente das nossas atividades, pela forma comprometida e afetiva no cuidado aos usuários e pelos questionamentos e provocações que nos instigam a aprender constantemente.

Aos gestores e profissionais da saúde, da educação e da assistência social e das demais áreas de formação dos municípios que constroem com a CURES experiências inovadoras de formação e cuidado em saúde, por meio da interação ensino-serviço-comunidade.

Aos usuários da CURES, pelas aprendizagens, pelo afeto e pelo estímulo à equipe para o permanente aprender a escutar, a cuidar e a respeitar a cada um na sua singularidade.

Aos colegas do grupo de orientação e à equipe do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, pelo convívio, pelos compartilhamentos e apoio em diferentes momentos.

Aos professores que participaram da banca de qualificação do projeto de tese, Profa. Dra. Liane Beatriz Righi e Profa. Dra. Vera Maria da Rocha, pelas importantes contribuições para a construção desta tese.

Aos professores da banca de exame e avaliação da tese, Profa. Dra. Gilnara da Costa Côrrea Oliveira, Profa. Dra. Margareth Lucia Paese Capra e Profa. Dra. Simone Edi Chaves, oportunidade de reunir os doutores do nosso EducaSaúde.

E, por fim, à Profa. Dra. Maria Elly Herz Genro, que esteve presente nos dois momentos, na qualificação e nesta etapa final.

*“Nada é impossível mudar,  
desconfiai do mais trivial, na aparência do  
singelo. E examinai, sobretudo, o que parece  
habitual. Suplicamos expressamente: não  
aceiteis o que é de hábito como coisa natural,  
pois em tempo de desordem sangrenta, de  
confusão organizada, de arbitrariedade  
consciente, de humanidade desumanizada,  
nada deve parecer natural, nada deve parecer  
impossível de mudar.”*

Bertold Brecht.

## RESUMO

Esta tese surge do meu envolvimento com as políticas públicas de saúde, com a educação superior, com a formação de profissionais de saúde comprometidos com o sentido social do trabalho em saúde e com a participação da formação na consolidação do Sistema Único de Saúde. As diferentes exposições e experimentações como trabalhadora forçaram-me a pensar a educação e a saúde, levando em consideração a força micropolítica da produção de realidades quando estão implicados o acolhimento de pessoas em redes de saúde e a mobilização e participação da sociedade. A tese apresenta um exercício ensaístico do compromisso da universidade com a formação superior em saúde diante da exigência das Diretrizes Curriculares Nacionais de instalar clínicas-escola em cursos que, em teoria, deveriam estar inseridos em serviços do sistema de saúde. A problematização do compromisso da Universidade com a sociedade e com o egresso dos cursos de graduação, na perspectiva das clínicas-escola, e como essa condição se ajustaria à sociedade tal como apontam as instâncias de participação, consulta e tomada de decisão junto com a população mostram-se como um desafio necessário. A quais compromissos e interesses a universidade deve responder: gerar recursos financeiros e oferecer “treinamento” técnico para diferentes funções e áreas do conhecimento? Promover a interação entre diferentes saberes, integrar a pesquisa aos conhecimentos e práticas existentes nas comunidades, na construção coletiva de novos conhecimentos? Consideramos que a Universidade deve participar, por meio da própria formação profissional, da composição de cenários nos quais exista a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade do trabalho, a apropriação do sistema de saúde vigente no país e a interação entre universidade e sociedade. A tese procurou desenvolver uma análise de alguns dilemas postos no contexto acadêmico, destacando o compromisso da universidade com a produção de pensamento, de relações sociais, de pertencimento da instituição à sociedade e de uma formação comprometida com o cenário contemporâneo nacional. Estudos científicos nacionais e internacionais apontam esses compromissos, mas revelam também que não temos recursos conceituais, práticos ou históricos que nos deem sustentação para a execução, o que leva à repetição do velho e já naturalizado nos processos de formação: cada área de conhecimento organiza as suas práticas específicas em espaços próprios, desvinculados das redes públicas, do contexto das relações na sociedade e dos modos de vida, em territórios concretos de organização política. Esses modelos de formação também têm contribuído para a manutenção de serviços e clínicas-escola que fortalecem a formação disciplinar como espaço de treinamento de técnicas e procedimentos. A busca por artigos e outras publicações que problematizam essa realidade mostrou que a produção repete o cenário das práticas, com a predominância de estudos que abordam resultados obtidos a partir do uso de técnicas e procedimentos diversos. Por outro lado, este ensaio apresentou uma proposição teórico-prática inovadora na forma de se organizar e implementar uma clínica-escola comprometida com a formação de profissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, procurando responder aos compromissos sociais da educação superior com a sociedade.

**Palavras-chave:** Educação Superior. Formação profissional em saúde. Clínica-escola. Educação e ensino da saúde.



## ABSTRACT

This thesis stems from my involvement with public policies of health, higher education, training of professionals committed to the social sense of health work and the involvement with the Brazilian Health System's consolidation. The different exposures and experiences at work triggered me to think about education and health, taking into account the micropolitical strength of the creation of realities when they involve health care by health networks and society's participation. The thesis presents an experimental exercise of the university's commitment to the higher education in the health area to meet the requirement of the National Curriculum Guidelines on setting up a school-clinic in academic programs, which, in theory, should be integrated in the health system services. The questioning of the University commitment to society and to the undergraduates, in the school-clinics perspective, and how this condition would adjust to society considering the instances of collective participation, consultation and decision making pose a necessary challenge. To which commitments and interests should the university respond: yielding financial revenues and providing technical "training" to different functions and different areas of knowledge? Promoting interaction among distinct knowledges, integrating research with knowledge and practices within the communities for the collective construction of new knowledge? We believe that the University should participate, through professional training, in the creation of scenarios that encompass interdisciplinarity, multiprofessional work, integration with the current national healthcare system and the interaction between university and society. The thesis aimed at developing an analysis of some dilemmas posed in the academic context, highlighting the university's commitment to the production of thought, social relations, its belonging to society and education committed to the national contemporary scenario. National and international scientific studies reveal these commitments, but also indicate that we do not have conceptual, practical or historical resources to support their accomplishment, which leads to the repetition of the old and beaten education processes: each knowledge area organizes its specific practices in its own spaces, disconnected from the public health care network, the social context and lifestyles in specific territories of political organization. These training models have also contributed to the maintenance of services and school-clinics that reinforce disciplinary training of techniques and procedures. The search for articles and other publications that question this reality showed that they repeat the scenario of existing practices, prevailing those studies on results obtained from the use of distinct techniques and procedures. On the other hand, this study presented an innovative theoretical practical proposition in organizing and implementing a school-clinic committed to the training of health professionals, guided by the principles and guidelines of the Brazilian Health System and addressing the social commitments of higher education.

**Keywords:** Higher Education. Education for health professionals. School-clinic. Education and training of health.

## RESUMEN

Esta tesis doctoral surge desde mi involucramiento con las políticas públicas de salud, con la educación superior, con la formación de profesionales comprometidos con lo sentido social del trabajo en salud y con la participación de la formación en la consolidación del Sistema Único de Salud. Las distintas exposiciones y experimentaciones como trabajadora me han forzado a pensar la educación y la salud, llevando en cuenta la fuerza micropolítica de la producción de realidades cuando están implicados el acogimiento de personas en redes de salud y la movilización y participación de la sociedad. La tesis presenta un ejercicio de carácter ensayista del compromiso de la universidad con la formación superior en salud ante la exigencia de las Directrices Curriculares Nacionales de instalar clínicas escuela en cursos que, en teoría, deberían estar inseridos en servicios del sistema de salud. La problematización del compromiso de la Universidad con la sociedad y con el egresado, desde el punto de vista de las clínicas escuela, y como esa condición se ajustaría a la sociedad tal como lo indican las instancias de participación, consulta y toma de decisión con la población se muestran como un desafío necesario. ¿A qué compromisos e intereses la universidad debe responder? ¿Generar recursos financieros y ofrecer “entrenamiento” técnico para distintas funciones y áreas del conocimiento? ¿Promover la interacción entre distintos saberes, integrar la investigación a los conocimientos y prácticas ya existentes en las comunidades, en la construcción colectiva de nuevos conocimientos? Consideramos que la Universidad debe participar, por medio de la propia formación profesional, de la composición de escenarios en los cuales exista la interdisciplinariedad, la labor multiprofesional, la apropiación del sistema de salud vigente en el país y la interacción entre universidad y sociedad. La tesis ha buscado desarrollar un análisis de algunos dilemas puestos en el contexto académico, destacando el compromiso de la universidad con la producción de pensamiento, de relaciones sociales, de pertenencia de la institución a la sociedad y de una formación comprometida con el escenario contemporáneo nacional. Estudios científicos nacionales e internacionales indican esos compromisos, sin embargo, muestran también que no tenemos recursos conceptuales, prácticos o históricos que nos den sustentación para la ejecución, lo que los lleva a repetir lo viejo y lo ya naturalizado en los procesos de formación: cada área de conocimiento organiza sus prácticas específicas en espacios propios, desvinculados de las redes públicas, del contexto de las relaciones en la sociedad e de los modos de vida, en territorios concretos de organización política. Esos modelos de formación también han contribuido para el mantenimiento de servicios y clínicas escuela que fortalecen la formación disciplinar como espacio de entrenamiento de técnicas y procedimientos. La búsqueda por artículos y otras publicaciones que problematizan esa realidad ha mostrado que la producción científica repite el escenario de las prácticas, con el predominio de estudios que abordan resultados obtenidos a partir del uso de técnicas y procedimientos diversos. Por otro lado, este ensayo ha presentado una proposición teórico-práctica innovadora en la manera de organizarse e implementar una clínica escuela comprometida con la formación de profesionales de salud, orientados por principios y directrices del Sistema Único de Salud, buscando responder a los compromisos sociales de la educación superior con la sociedad.

**Palabras clave:** Educación Superior. Formación profesional en salud. Clínica escuela. Educación y enseñanza de la salud.

## LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE –	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ABEP –	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ANDES –	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANDIFES –	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ANPPEP –	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
APEUAT –	Associação Pró-Ensino Universitário do Alto Taquari
ASSEDISA –	Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, do Rio Grande do Sul.
CAPS –	Centro de Atenção Psicossocial
CAPES –	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCBS –	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEO –	Centro de Especialidades Odontológicas
CFP –	Conselho Federal de Psicologia
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIES –	Comissão de Integração Ensino-Serviço em Saúde
CIMS –	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIR –	Comissão Intergestores Regionais
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
COGERE –	Colegiado de Gestão Regional
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (dos Estados)
CRS –	Coordenadoria Regional de Saúde
CNE –	Conselho Nacional de Educação
CNES –	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq –	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS –	Conferência Nacional de Saúde
CURES –	Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde
DAS –	Departamento de Ações de Saúde

DCN –	Diretrizes Curriculares Nacionais
EducaSaúde –	Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde
EPS –	Educação Permanente em Saúde
ESF –	Estratégia Saúde da Família
FASUBRA –	Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras
FATES –	Fundação Alto Taquari de Ensino Superior
FMI –	Fundo Monetário Internacional
FUVATES –	Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social
GPABA –	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HU –	Hospital Universitário
HE –	Hospital de Ensino
IDA –	Integração Docente-Assistencial
IDH –	Índice de Desenvolvimento Humano
IDESE –	Índice de Desenvolvimento Social e Econômico
IES –	Instituição de Ensino Superior
IFES –	Instituição Federal de Ensino Superior
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB –	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC –	Ministério da Educação
MS –	Ministério da Saúde
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS –	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB –	Norma Operacional Básica
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PAISMental –	Política de Atenção Integral à Saúde Mental
PDI –	Plano Diretor de Investimentos
PDR –	Plano Diretor de Regionalização
PIB –	Produto Interno Bruto
PPI –	Programação Pactuada e Integrada
PPGEdu –	Programa de Pós-Graduação em Educação

PTS –	Projeto Terapêutico Singular
RAMB –	Revista da Associação Médica Brasileira
REHUF –	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REUNI –	Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras
SAE –	Serviço de Assistência Especializada
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SESu –	Secretaria de Educação Superior
SINAES –	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCC –	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS –	Unidade Básicas de Saúde
UCS –	Universidade de Caxias do Sul
UFRGS –	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFBA –	Universidade Federal da Bahia
UFESBA –	Universidade Federal do Sul da Bahia
UNE –	União Nacional dos Estudantes
UNI –	Uma Nova Iniciativa: a integração com a comunidade
UNIVATES –	Centro Universitário do Vale do Taquari de Ensino Superior
UPA –	Unidade de Pronto Atendimento
USAID –	United States Agency for International Development
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>EDUCAÇÃO SUPERIOR, SOCIEDADE E CONHECIMENTO .....</b>	<b>25</b>
UNIVERSIDADE E SOCIEDADE .....	29
UNIVERSIDADE E CONHECIMENTO .....	38
<b>O ENSINO SUPERIOR NO BRASIL E A FORMAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>48</b>
<b>REFORMA SANITÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>	<b>57</b>
<b>MUDANÇA NA GRADUAÇÃO E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS.....</b>	<b>71</b>
<b>CENÁRIOS DOS CURSOS DE FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE .....</b>	<b>80</b>
<b>CLÍNICA-ESCOLA: PUBLICAÇÕES E ESTUDOS SOBRE O TEMA.....</b>	<b>87</b>
<b>O VALE DO TAQUARI E O CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES.....</b>	<b>104</b>
HISTÓRICO DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES .....	108
A CLÍNICA UNIVERSITÁRIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	111
<b>CLÍNICA-ESCOLA, UMA PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>145</b>

## APRESENTAÇÃO

---

O presente estudo e a tese aqui apresentada partem de meu engajamento com as políticas públicas de saúde, com o sentido social e intelectual da educação superior, com a formação de profissionais de saúde comprometidos com o trabalho em saúde e com a participação da formação na consolidação do Sistema Único de Saúde. As diferentes exposições e experimentações que o mundo do trabalho me proporcionou forçaram-me a pensar educação e saúde, considerando a força micropolítica da produção de realidades quando estão implicados o acolhimento de pessoas em redes de saúde e a mobilização e participação da sociedade. Trata-se, portanto, de uma tese-ensaio. Para Rodríguez (2012), uma tese, como ensaio, deve permitir que o leitor acompanhe o percurso de argumentação do autor e “compartilhe suas dúvidas e incertezas, suas conclusões provisórias” (p. 85). O autor destaca que a condução narrativa nessa redação argumentativa é “essencial na busca da aproximação com a realidade” e que “o ensaio-tese (...) traz como vantagem (...) assumir a existência desse narrador e, (...) [assim], todas as suas limitações” (p. 67).

Minhas experiências na formação e no exercício profissional em saúde, como psicóloga, foram marcadas pelo questionamento e pela inquietação, tanto durante a graduação em Psicologia, como nos cursos de especialização e no Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Cursei especialização em Saúde Mental Coletiva (Universidade Federal de Santa Maria 1991-1992) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, em 2005-2006). Concluí, em 2004, o Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Vivenciei os desafios de ser aluna da primeira turma do curso de psicologia criado na Universidade de Passo Fundo, que foi construído com a participação ativa dos estudantes que organizaram, inclusive, uma greve de 45 dias para obter mudanças que atendessem às melhorias das condições de funcionamento, incluindo a contratação de docentes e a qualificação da biblioteca para a área. A proposta curricular formava profissionais para um mercado de trabalho que se restringia, quase que exclusivamente, à clínica privada, à empresa e à escola. Diante dos questionamentos colocados e dos movimentos de um grupo de estudantes, no



último ano do curso (1982) foi oferecida a possibilidade de realizarem-se práticas curriculares (os estágios finais) não apenas no serviço-escola do curso, mas em uma das unidades municipais de saúde, então conveniada com a Universidade, ou seja, um cenário de práticas cujo embasamento assinalava a Psicologia Comunitária, um avanço e um desafio para a proposta até então dominante.

Durante o curso de graduação, a participação ativa no movimento estudantil universitário, na organização de movimentos pelos direitos humanos e na luta por “Diretas Já”, (eleições diretas em substituição à ditadura militar), foram marcantes na minha trajetória pessoal, formativa e profissional. Após a conclusão do curso de graduação (1983), voltei a residir na minha cidade de origem (era de Nova Prata, fui estudar em Passo Fundo), e lentamente fui inserindo-me no mundo do trabalho, passando por diversos espaços como uma escola de ensino técnico, a clínica privada e uma escola que atendia crianças portadoras de necessidades especiais.

Entre os anos 1986 e 1988 participei da implementação da atenção à Saúde Mental em uma Secretaria Municipal de Saúde, que estava sendo criada como indicadora das mudanças aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), dentre elas a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que antecedeu o Sistema Único de Saúde, a participação na criação e coordenação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), que posteriormente deu lugar ao Conselho Municipal de Saúde, e a abertura de leitos no hospital geral do município para a internação de pessoas em sofrimento psíquico. Em todas essas vivências, o estudar e o fazer em psicologia persistiam como tema/compromisso a ser explorado pelos cenários da educação profissional e do trabalho, para a reconfiguração dos conhecimentos e das práticas e para a emergência de cotidianos vivos, rompendo com as formas de uma educação prescritiva e de um trabalho tecnicista.

Em 1985, fui convidada para dar aula no curso de graduação em Psicologia da Universidade de Caxias do Sul (UCS), na disciplina de Psicologia Comunitária, substituindo a professora Sandra Fagundes, colega que, a partir daí, passaria a ser,

mais do que uma amiga, parceira com quem aprendi muito em saúde mental e políticas públicas. Convidada por ela, participei do importante processo de mudança na condução política da área de saúde mental do Estado do Rio Grande do Sul. A atividade docente nos cursos de graduação e a atividade clínica, por conta da presença nos cenários da psicologia comunitária, passaram a ter outros sentidos e práticas, a partir das experiências na Política Estadual de Saúde Mental. Em 1987, Sandra assumiu a coordenação da Política de Atenção Integral à Saúde Mental (PAISMental) da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Teve início então um período de muitas mudanças no ensino e nos processos de cuidado dos usuários dos serviços de saúde mental – como também na minha vida. Uma das estratégias adotadas para a implementação de mudanças foi a edição, pela Escola de Saúde Pública, do Curso de Administração em Serviços de Saúde Mental. Ele foi dirigido à equipe gestora da Política de Atenção Integral à Saúde Mental, da Secretaria Estadual da Saúde, profissionais das diversas regiões sanitárias do Estado do Rio Grande do Sul, além das coordenações de saúde mental das Secretarias Estaduais de Saúde de Santa Catarina e do Paraná e trabalhadores da área no Uruguai.

Um dos desdobramentos do curso foi a constituição da *Equipe Descentralizada de Saúde Mental* (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993), decisiva para desencadear processos de formação, de criação de serviços e de mobilização social nas regiões e municípios gaúchos, um modo itinerante, andarilho e mestiço de trabalhar, estudar, conduzir processos e mobilizar a sociedade, desafiador do pensar e inventar. As experiências permitiam que aprendêssemos sobre a gestão, a formação e a atenção em saúde. A equipe organizou e participou da execução de diversos cursos de formação em serviço, aperfeiçoamento e especialização, no Rio Grande do Sul, de 1988 a 1996, denominados de Saúde Mental Coletiva, sinalizando que os objetivos eram de qualificação e implementação de políticas públicas. Os cursos, itinerantes, eram realizados a partir de articulações com as Secretarias Municipais de Saúde, movimentos sociais, universidades locais e regionais, trabalhadores e usuários dos serviços, transformando-se em oportunidade de pensamento criativo, constituindo-se em estratégia da política de atenção à saúde mental relativamente às mudanças

políticas, conceituais e de exercício profissional, produzindo a invenção de serviços de saúde mental, com potencial de legitimação e de integração às políticas de cuidado nos municípios.

A partir desse modo de pensar-agir, foi possível revisitar a história das políticas de saúde mental desenvolvidas no Rio Grande do Sul e formular novas conceituações e práticas (FAGUNDES, 2006). O processo propiciou a publicação da revista *Saúde Mental Coletiva*, na qual foram publicados vários trabalhos que marcaram esta fase, inclusive o conceito que deu nome à publicação. Os desafios colocados para a construção de uma nova política de saúde mental mobilizaram-me intensamente e deram mais sentido aos questionamentos, em relação à formação, às práticas em saúde e ao comprometimento dos trabalhadores de saúde, às políticas públicas e à mobilização comunitária, popular e social, que já me acompanhavam desde a graduação.

Essa trajetória mostra um pouco da minha implicação com a construção da reforma psiquiátrica, como, por exemplo, a participação na discussão para a elaboração da Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que dispôs sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul; na criação do Fórum Gaúcho de Saúde Mental; no processo de qualificação de trabalhadores de saúde; e na implementação de serviços locais de saúde mental em diferentes regiões do Rio Grande do Sul, nos anos 1987-1996. Uma densa história de lutas e embates na construção dos processos de mudança nas políticas de saúde. Essa caminhada, em particular, caracteriza-me muitas vezes, hoje, como uma pessoa “histórica”, o que se evidencia quando sou procurada por estudantes e trabalhadores de saúde interessados em temas que fazem, de alguma forma, transversalidade com as mudanças na atenção à saúde mental no Rio Grande do Sul. Essa intensa implicação com a luta por mudanças na atenção à saúde mental é motivo para seguir participando de diferentes ações de formação em saúde mental e defesa da Reforma Psiquiátrica.

A partir de 1996, passei a residir em Lajeado, na região central do Estado, e reorganizei minha vida profissional e pessoal. Lajeado é o município-sede da 16ª

Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS), a maior cidade da região, e também sedia a principal Instituição de Ensino Superior (IES) do Vale do Taquari, o Centro Universitário Univates<sup>1</sup>. Nele, está organizado o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), reunindo os cursos de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, além do Curso Superior de Tecnologia em Estética e Cosmética.

Retornei à docência passando a trabalhar como professora no Centro Universitário Univates, ministrando, no primeiro momento, disciplinas de psicologia nos cursos de Licenciatura e de Administração. A partir de 2000, também atuei nos cursos da área da saúde que passavam a ser implementados na instituição, começando pelo curso de graduação em Enfermagem. Esse recomeço na vida acadêmica reativou os questionamentos em relação aos compromissos da universidade com a produção de conhecimento, no sentido de analisar o quanto eles têm respondido às demandas e necessidades da sociedade e da região onde está inserida.

Entre 1999 e 2002, desempenhei a atividade de coordenação do Departamento de Ações de Saúde (DAS) na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde<sup>2</sup>. Essa experiência proporcionou encontros com gestores e trabalhadores de saúde que explicitaram possibilidades de reconstruir o setor da saúde, desencadeando vários processos, como a orientação para municípios que ainda não haviam concluído a adesão à municipalização da saúde, a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede básica de atenção, a qualificação e orientação das equipes, a realização de encontros de saúde mental para a implantação de ações na atenção básica e criação de serviços especializados, a criação do Fórum Regional de Saúde Mental e

---

<sup>1</sup> O Centro Universitário Univates é mantido pela Fundação Vale do Taquari de Educação Superior (FUVATES), que substituiu a Fundação Alto Taquari de Ensino Superior (FATES), conforme explicitado na sequência do texto. Embora Univates seja o nome, nasceu das siglas anteriores envolvendo o Vale do Taquari e a Educação Superior.

<sup>2</sup> De acordo com a regionalização geopolítica de gestão setorial da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde articula o Estado em 19 regiões sanitárias. Para ampliar as relações regionalizadas e o desenvolvimento de soluções locais para as necessidades sociais em saúde, também configura sete macrorregiões sanitárias, agregando as Regionais, entre elas a Macrorregião dos Vales, onde se incluem três destas Coordenadorias: a 8ª (sede em Cachoeira do Sul) e a 13ª (sede em Santa Cruz do Sul), além da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde.

a participação na organização das primeiras conferências municipais e regionais de saúde no Vale do Taquari. A participação nestas ações contribuiu para compreender que, além do *despreparo* dos profissionais de saúde devido às restrições decorrentes de suas experiências formativas (que historicamente tomaram a racionalidade da atuação procedimento-centrada e a concepção medicalizadora) havia as dificuldades da gestão da saúde. Os modelos de gestão mostravam-se não condizentes com a complexidade do sistema de saúde, dificultando a democratização das relações de trabalho e os processos de aprendizagem que o próprio trabalho pode produzir, ou seja, modos de operar a gestão inversos ou avessos às formas participativas e democráticas. Essas interações com trabalhadores e gestores permitiram identificar que parte das dificuldades vivenciadas por eles também era reflexo da ausência de um compromisso maior das universidades com a formação dos profissionais de saúde. Entre 2002 e 2004, o mestrado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi um momento no qual problematizei a formação e as práticas dos psicólogos, considerando sua inserção nas equipes municipais de saúde, instigada pelas experiências vividas com as equipes municipais da área de saúde mental na região.

As experiências com profissionais, gestores e trabalhadores dos serviços municipais de saúde seguiram por meio de outras estratégias de inserção, uma vez que começava a surgir uma convocação para uma política pública nacional de educação na saúde, designada como Educação Permanente em Saúde, impondo outros elementos e levando a Universidade a se comprometer com as mudanças apontadas para a formação e práticas em saúde. Como vertente pedagógica, a Educação Permanente em Saúde passou a ser recomendada desde 2003 no interior do SUS, tornando-se política pública por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, posteriormente alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007. O fato é que, com essa política, o sistema de saúde desencadeou um conjunto de ações destinadas à integração com a Educação Superior, entre estas um curso de formação com abrangência nacional.

Entre 2004 e 2005, participei desse curso nacional como tutora. Era o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, institucionalizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Lançada em âmbito nacional, no início de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi organizada com o objetivo de promover a problematização locorregional sobre as práticas de gestão, de ensino, de atenção e de participação social na saúde. Essa proposta visava a promover a recomposição de práticas no setor da saúde pela valorização das aprendizagens como parte do cotidiano.

Para Ceccim (2005a, p. 176), esse processo não se restringe à dimensão técnico-científica do trabalho em saúde, “mas à orientação das práticas, à construção de um estar no campo de saberes e de práticas que envolvem desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes”. Assim, essa estratégia foi construída tendo como referência o “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”, imagem apresentada pelo autor, que propõe a interação entre formação, atenção, gestão e participação para problematizar o cotidiano do trabalho e da educação em saúde, com eixo na integralidade do cuidado e no desenvolvimento do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O curso tinha conexão com a estratégia de composição de polos locorregionais de educação permanente em saúde e a Macrorregião dos Vales (ver nota de rodapé 2), no caso do Rio Grande do Sul, compunha um desses polos. Tive participação expressiva no Polo de Educação Permanente em Saúde, da Macrorregião dos Vales.

Em 2007, teve início o curso de Psicologia na Univates. Havia coordenado a comissão de implantação e passei à coordenação do curso, sempre com a inquietação pelo desafio de implementar um processo de formação coerente com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que constituem uma orientação político-educacional mais contemporânea ao ensino e definem que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, aprender a aprender e ter a dimensão de responsabilidade e compromisso com as gerações futuras, assim como com a sua

própria educação. Esse documento estabelece as orientações e fundamento para o oferecimento, os procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação de cursos de graduação (BRASIL, 2011). O artigo 3º destaca dentre os objetivos gerais da formação em psicologia o de dotar o profissional de conhecimentos, competências e habilidades profissionais, dentre elas, necessariamente, a atenção à saúde.

Na condição de coordenadora, entre 2007 e 2012, vivi o desafio de mobilizar docentes e estudantes para a construção de estratégias que promovessem a desnaturalização e a inovação na formação e nas práticas dos profissionais da psicologia, promovendo também a interação com as profissões da área das ciências da saúde e as demandas regionais do setor da saúde. Nessa atividade de gestão, deparei-me com a necessidade de, seguindo o que estava determinado no projeto pedagógico do curso e explicitado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia (Art. 25), implantar uma clínica-escola. Essa determinação gerou uma série de discussões com o colegiado do curso e, posteriormente, com as demais instâncias da gestão universitária, que são explicitadas no decorrer deste estudo.

Esse é, resumidamente, o processo que me levou a buscar a área da Educação, agenciada por inquietações provenientes do campo da saúde e da saúde mental em particular. No campo da saúde, o sentido de política pública interroga a educação para a profissão. A escolha pela linha de pesquisa Psicopedagogia, Sistemas de Ensino/Aprendizagem e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu) apresentou-se como um espaço propício para explorar questões como a implementação das DCN, integração dos cursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), o lugar dos serviços-escola, a formação de professores e a avaliação de cursos. Considerando-se as mudanças na sociedade, a implantação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, e o compromisso da universidade com a formação de quadros profissionais e intelectuais, surgiu a questão: qual a formação para os profissionais de saúde poderem responder ao contemporâneo? De uma pergunta tão ampla quanto esta, escolhi um objeto

delimitado e bastante preciso: o serviço-escola. Tratava-se de definir porque ou para que era preciso uma clínica de suporte ao ensino, em um contexto de interação universidade-sociedade e de um sistema de saúde com atributo de “ordenador da formação de recursos humanos do setor” (Constituição Federal, art. 200). A clínica-escola na Universidade é um lugar de treinamento de habilidades ou um espaço de construção da resposta social à formação, ao Sistema de Saúde e à sociedade? Uma clínica-escola pode produzir efeitos de formação em uma base regional, base territorial do curso universitário, e na educação dos profissionais de saúde?

As DCN estabelecem a exigência do serviço-escola como espaço de formação em alguns cursos de graduação, mas também apontam para o compromisso com o sistema de saúde, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção. Por outro lado, como consequência da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, inúmeros documentos, como os relatórios das últimas três Conferências Nacionais de Saúde (12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>), apontam para a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde para implementarem-se os princípios e diretrizes discutidos com a sociedade.

Problematizar o compromisso que a Universidade tem com a sociedade e com o egresso dos cursos de graduação, na perspectiva das clínicas-escola, e como esta condição se ajustaria à sociedade tal como apontam as instâncias de participação, consulta e tomada de decisão junto com a população parece ser um desafio necessário. A tese propôs-se, então, ao exercício ensaístico a respeito do compromisso da universidade com a formação superior em saúde na vigência da recomendação, pelas DCN, de instalar clínicas–escola em cursos que, em teoria, deveriam estar inseridos em serviços do sistema de saúde. Como a universidade produz uma agenda que atende aos interesses da sociedade? A quais compromissos e interesses a universidade deve responder, gerar recursos financeiros e oferecer “treinamento” técnico para diferentes funções e áreas do conhecimento? Promover a interação entre diferentes saberes, integrar a pesquisa aos conhecimentos e práticas existentes nas comunidades, na construção coletiva de novos conhecimentos? Com base no estudo aqui apresentado sobre Educação



Superior, sociedade e conhecimento, assumimos como mínimo que a Universidade deva participar, por meio da própria formação profissional, da composição de cenários à interdisciplinaridade e à multiprofissionalidade do trabalho. Com base no estudo sobre o Ensino Superior no Brasil e a formação em saúde, compreendemos a necessidade de cenários formativos que levem à apropriação do sistema de saúde vigente no país, à interação entre universidade e sociedade.

A tese traz à análise um conjunto de dilemas postos no contexto acadêmico, uma vez que é compromisso da universidade a produção de pensamento e de relações sociais, mas, também, o pertencimento da instituição à sociedade e uma formação que esteja comprometida com o cenário contemporâneo das transformações nacionais. As diferentes produções científicas nacionais e internacionais assinalam para esses compromissos, mas no momento da execução dessas ações, não temos recursos conceituais, práticos ou históricos que nos deem sustentação, o que leva à repetição (ou reposição) do velho, do que já é conhecido e já naturalizado nos processos de formação: cada área de conhecimento organiza as suas práticas específicas em espaços próprios, desvinculados das redes públicas, do contexto vivo das relações sociais na sociedade e dos modos de vida em territórios concretos de organização política. Desde um outro lado, então, a tese apresenta uma proposição teórico-prática inovadora na forma de se organizar e implementar uma clínica-escola que se faça comprometida com a formação de profissionais de saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, respondendo aos compromissos sociais da educação superior com a sociedade. Universidade e Sistema Único de Saúde e a discussão das clínicas-escola, eis nosso objeto: tematização e proposição desses serviços diante dos desafios da educação superior da saúde.

**EDUCAÇÃO SUPERIOR, SOCIEDADE E CONHECIMENTO**

---

Ao analisar o compromisso da Universidade com a formação, cabe perguntar: o que significa “formação”? O conceito desse termo pode ter diversas formulações, variando de acordo com disciplinas, autores e contextos. Os debates sobre o tema da formação na educação superior aparecem vinculados à transmissão de conteúdos, à preparação de pesquisadores e ao treinamento de habilidades profissionais.

Para a tematização, escolhemos a educação superior, e para a proposição, os desafios de implicação da coordenadora de curso de graduação em psicologia na montagem do serviço-escola exigido nas DCN. Entre as ambiguidades verificadas no bojo do termo formação, Barros (2005) destaca duas como recorrentes: a da competência técnica e aquela que se refere ao compromisso político. A primeira está vinculada à ideia das habilidades serem adquiridas; a segunda remete à possibilidade de que, a partir de uma “consciência crítica”, os profissionais possam promover intervenções nos processos sociais e desarranjos na ordem instituída. No entanto, o que se deve buscar é a “indissociabilidade técnico-política” (p. 135), na qual o domínio de competências profissionais se faça mediante o domínio de competências para ler e interpretar os desafios políticos na ação cidadã.

A escolha e o uso de um conceito são sempre um ato político, pois ambos envolvem interesses, saberes e poderes, estando relacionados aos modos de ver e estar no mundo. Nesse sentido, a escolha dos conceitos não é neutra, como afirmam Benevides e Passos (2000), pois esses se tratam de ferramentas que produzem crise e desestabilizam, promovem criação e invenção.

Sobre formação, Chauí (2003, p. 9) afirma que a palavra faz referência a uma relação com o tempo, é “introduzir alguém ao passado de sua cultura (sentido antropológico), é despertar alguém para as questões que esse passado engendra para o presente, estimular a passagem do instituído para o instituinte”. Afirma que existe formação quando “há obra de pensamento e que há obra de pensamento quando o presente é apreendido como aquilo que exige de nós o trabalho da interrogação, da reflexão e da crítica”, ou seja, quando nos tornamos capazes de

transformar aquilo que foi vivenciado como questão, pergunta, problema ou dificuldade em planos de intervenção ou em conceitos teóricos. A construção de uma teoria dá suporte às práticas que dela precisam para operar realidades em mutação.

Como ou o quanto as universidades tem se comprometido com a formação de profissionais para que respondam às demandas do contemporâneo? Os processos de formação ofertados pelas Instituições de Ensino Superior tem se mostrado comprometidos com as políticas de saúde? Que formação se faz necessária para o trabalho em saúde? Embora seja possível perceber que alguns cursos vêm fazendo algumas alterações em seus currículos, incluindo algumas disciplinas que abordam temas relativos aos princípios e diretrizes do SUS, como expressão de uma proposta de mudança, na prática, essas alterações ainda têm pouca visibilidade ou materialidade. A mudança de conteúdos ou do nome das disciplinas não garante as transformações metodológicas, produção de conhecimentos ou domínio de processos de cuidar, gerenciar e ensinar. Entende-se que são necessários novos arranjos, problematizações que produzam movimentos e ampliação dos espaços de interação ensino-serviço, com participação social (FEUERWERKER, 2004b, p. 20-25).

A universidade deveria responsabilizar-se mais efetivamente pela educação dos novos profissionais, comprometendo-se com o desenvolvimento de políticas públicas e a produção de conhecimentos, de acordo com os interesses da sociedade, como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 1403). Entretanto, percebe-se que os modelos de formação profissional, mesmo diante das mudanças de legislação e normas – Lei Orgânica da Saúde (1990), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) e as Diretrizes Curriculares Nacionais – que assinalam novos compromissos em relação à educação na saúde e diversos movimentos político-institucionais na direção de atender às necessidades em saúde, ainda predominam entre os cursos a “formatação” de profissões e o privilégio às formas de ensino centradas no padrão diagnóstico, em procedimentos tecnicizados e nos aspectos biológicos do processo saúde-doença.

No campo das práticas institucionais, estão as clínicas-escola, criadas pelas instituições de ensino de graduação, repetindo a lógica disciplinar e do “treinamento” em habilidades específicas de cada profissão da saúde, tanto que são próprias de cada curso ou configuram “zonas” de cada curso, quando em “clínicas integradas”. A imposição de tais clínicas nos modelos de formação profissional desconsidera a rede de serviços do SUS como campo de formação em serviço. Pode-se verificar essa afirmativa, em parte, ao consultarmos as publicações relativas às práticas realizadas nesses serviços. No universo de publicações pesquisado, como se vê adiante nesta tese, a maior contribuição das clínicas-escola é a identificação de casos relacionados à abordagem especializada das profissões.

A exemplo de outras instituições, a Universidade vem passando por graves crises motivadas por múltiplos fatores. Um dos estudos atuais que analisa as relações da universidade com a produção de conhecimento e os efeitos na sociedade é a obra *Universidade no Século XXI: para uma Universidade Nova*, de Boaventura de Souza Santos e Naomar de Almeida Filho, de 2008, que reúne um sociólogo e um sanitarista, pensadores da ciência e da academia no contemporâneo, um europeu e um latino-americano. O livro tem duas grandes sessões; a primeira aborda a “Universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade”, fazendo referência às crises e impactos da globalização neoliberal na produção de conhecimento e nas universidades de diferentes países. Na segunda, Naomar de Almeida Filho escreve sobre a proposta de uma “universidade nova” no Brasil”, mas inicia fazendo uma contextualização da história das universidades no contexto mundial, das reformas já implementadas nas universidades, especificando a situação brasileira quando finaliza com a proposta de uma universidade nova, teoria levada à prática nas oportunidades do autor como reitor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) por dois mandatos consecutivos e, neste momento, como Reitor Pró-Tempore da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFESBA) – que prevê o início de suas atividades, com alunos, em 2014.

A obra produzida pelos dois autores tem como objetivo compreender as universidades ao longo da história, seu papel na produção de conhecimento e seus

impactos sobre os processos de formação de pesquisadores e profissionais. Aborda ainda os modos de vida da sociedade, tendo acesso a uma sumarização importante da educação superior que aplicaremos ao ensino universitário de saúde.

## **UNIVERSIDADE E SOCIEDADE**

---

Souza Santos (2008), ao afirmar que nas últimas três décadas a crise institucional na maioria dos países foi produzida pela “perda de prioridade do bem público universitário nas políticas públicas e pela consequente secagem financeira e descapitalização das universidades públicas” (p. 16), considera que as causas e a continuidade variam de um país para outro, destacando que, no Brasil, o endividamento externo e a expansão da industrialização, principalmente nos anos 1970/1980, levaram o Estado a uma grave crise financeira que repercutiu na universidade pública. Como consequência, segundo o autor (p. 18), observa-se a perda de relevância da universidade pública nas políticas públicas de Estado, que deixou de priorizar as políticas sociais (educação, saúde e previdência), por exemplo, incentivado pelo modelo de desenvolvimento econômico neoliberal, com influência internacional, a partir dos anos 1980. Nesse contexto, as crises e dificuldades institucionais classificadas pelos governos como “insuperáveis” foram utilizadas para justificar a abertura generalizada do bem público universitário para a exploração comercial. O autor refere que a criação desse mercado universitário deu-se de modo “selvagem e desregulado” e que a crise da universidade pública por meio da descapitalização é uma situação global, embora repercuta diferentemente em cada país. No Brasil, também por influência dos relatórios do Banco Mundial, não ocorreram investimentos significativos na década de 1990 para aumentar os recursos públicos na universidade, o que justificou a ampliação do mercado universitário e a diminuição de investimentos por estudante.

Souza Santos (2008) assinala também que, nas últimas décadas, percebe-se uma situação contraditória: de um lado, a crise e a redução dos investimentos nas universidades e, de outro, o aumento da concorrência entre empresas, que exigem

uma mão de obra altamente qualificada. Essa situação provoca vários impactos na década de 1990, dentre eles, o da universidade deixando o lugar de “criadora de condições para a concorrência e para o sucesso no mercado” (p. 26), transformando-se, ela mesma, gradativamente, em um mercado, desviando-se dos objetivos humanistas e culturais, adaptando-se às exigências da economia.

Seguindo na crítica às ideias que presidem a continuidade da expansão do mercado educacional, Souza Santos (2008, p. 29) destaca, entre outros fatores, que, nesse processo, a gestão, a qualidade e a velocidade da informação são decisivas para a competitividade econômica e que, para sobreviver, as universidades têm de estar a serviço de duas ideias centrais: sociedade da informação e economia baseada no conhecimento. Diante disso, o autor assegura que o paradigma empresarial toma o lugar do atual paradigma institucional da universidade, atuando sobre as instituições públicas e privadas, sendo que essas últimas têm maior facilidade de se adaptar a essas condições e exigências. Essas ideias e mudanças fazem parte da reforma da educação proposta pelo Banco Mundial e integram o “Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS)”, na área da Educação. Em sua obra, o autor segue analisando o contexto universitário com suas mudanças e impactos ao longo das últimas décadas. Aponta que, apesar do impacto da crise, dos problemas estruturais e econômicos, há outros problemas a serem considerados, como o da produção de conhecimento pelas instituições universitárias e suas implicações. Referindo-se aos conhecimentos produzidos ao longo do século XX, aponta a predominância de saberes disciplinares de produção descontextualizada em relação às necessidades do cotidiano da população, pois os participantes desses processos compartilham dos mesmos objetivos e da mesma cultura e têm a mesma formação. Afirma que a universidade produz conhecimentos que a sociedade aplica ou não, mas que para o conhecimento produzido isso tem sido irrelevante. No entanto, assinala que também têm ocorrido alterações que começam a desestabilizar esse modelo e a exigir outras formas ou métodos de produção de conhecimento. O autor denomina esse movimento como a “passagem do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário” (SOUZA SANTOS, 2008, p. 41), descrevendo-o como contextual e transdisciplinar, movido pela contextualização, exigindo o diálogo entre os diversos

tipos de conhecimento, mais heterogêneos, mais abertos para a produção em espaços menos rígidos e menos verticalizados.

Na caracterização da produção do “conhecimento pluriversitário”, a universidade deixa de ser objeto das interpelações da ciência e passa a ser sujeito de questionamentos para a ciência. Souza Santos considera ainda que o conhecimento pluriversitário veio fortalecer as relações entre universidade e indústria (conhecimento mercantil), mas ressalta que, em alguns países, o contexto de relações também ocorre em espaços cooperativos e solidários, por meio de parcerias entre pesquisadores e os sindicatos, as organizações não governamentais, os movimentos sociais, os grupos mais vulneráveis e todo um vasto conjunto de pessoas que vai desenvolvendo uma superior relação com a ciência e a tecnologia. Essas aplicações exigem maior participação na produção e na avaliação dos seus efeitos e na elevação do nível de responsabilização das universidades. A universidade passa de um modelo unilateral de relações com a sociedade para uma postura de interatividade, potencializada pelas mudanças produzidas pelas tecnologias da informação e de comunicação.

Para Souza Santos, a universidade está no meio de pressões vindas de lados opostos, mas que contribuem para a desestabilização institucional. Por um lado, uma pressão fortemente “privativista da mercantilização do conhecimento, voltada para a redução da responsabilidade social da universidade à sua capacidade de produzir conhecimentos comercializáveis” (SOUZA SANTOS, 2008, p. 43). Por outro lado, a pressão é “publicista-social difusa, que estilhaça o espaço público restrito da universidade,” amplia esse espaço, atravessado por enfrentamentos mais heterogêneos, e aumenta os níveis de exigência e de concepção da responsabilidade social. O confronto entre essas duas formas de pressão tem criado rupturas na identidade social das universidades, o que vem se traduzindo em desorientação e certa paralisia que pode estar encobrindo uma resistência à mudança, justificada pela preservação “da autonomia universitária e da liberdade acadêmica”, conforme o sociólogo.



Souza Santos (2008) afirma que esse processo de transformação vem ocorrendo em muitos países nas duas últimas décadas e que, por estar articulado com a globalização neoliberal, tem repercussões não apenas econômicas, mas, principalmente, políticas. Destaca que “nas universidades da América Latina do século XIX e no Brasil, no século XX, como em países africanos, as universidades públicas sempre estiveram comprometidas com a construção dos projetos de país” (p. 45). Tinham como fim gerar “projetos de desenvolvimento ou modernização nacionais, protagonizados pelo Estado, que visavam criar ou aprofundar a coerência e a coesão do país como espaço econômico, social e cultural”. Por isso, nos últimos vinte anos, a globalização neoliberal implementou ataques para devastar as ideias de projeto nacional, entendidos por ela como obstáculo importante à expansão do capitalismo. As políticas econômicas e as políticas sociais nas quais a educação vinha ganhando maior peso figuravam como alvo privilegiado desses ataques; no entanto, os efeitos também repercutiram na definição de prioridades de pesquisa e de formação, nas áreas das ciências sociais e humanas e na área das ciências naturais, especialmente no que se refere aos projetos de desenvolvimento tecnológico.

Como um terceiro fator responsável pelo abalo da universidade, Souza Santos (2008, p. 49) aponta “o impacto das novas tecnologias de informação e comunicação na proliferação das fontes de informação e nas possibilidades de ensino-aprendizagem à distância”. A universidade sempre teve um forte componente territorial, evidente na constituição e no conceito de *campus*, e que, combinado com o regime de estudos, intensifica a importância da comunicação e das relações presenciais. A partir da conversão das tecnologias em instrumentos pedagógicos, entra em cena a “extraterritorialidade”, e a presença passa a ser substituída por “estar on-line”. O autor alerta que, embora ainda não seja possível dimensionar o impacto dessas transformações na universidade como instituição, a “transnacionalização do mercado universitário” está embasada nela, da mesma forma que as universidades virtuais e o ensino à distância vêm proliferando.

O autor enfatiza que o uso das tecnologias de comunicação e de informação alteraram as relações entre conhecimento, informação, formação e cidadania e que a universidade precisa encontrar formas adequadas para fazer uso adequado dessas mudanças e não apenas hostilizá-las. Da mesma forma, alerta que o processo de transição do conhecimento convencional para o conhecimento “pluriversitário, transdisciplinar, contextualizado e interativo” (p. 58), produzido e difundido também por estas novas tecnologias de comunicação, ainda não foi suficientemente compreendido e aproveitado pelas universidades.

A crise que afeta a universidade é complexa, tem múltiplas causas e vem de muito tempo, mas, nas últimas décadas, sofre também os efeitos da globalização neoliberal. Para enfrentar e transformar esse contexto, Souza Santos (2008) considera que são necessários enfrentamentos de “globalização contra-hegemônica” da universidade, em que ela assume o papel central na construção de um projeto de país, com amplo contrato político e social, para responder de forma positiva às demandas sociais, “num mundo polarizado entre globalizações contraditórias” (p. 52). Nessa proposta de construção, o autor aponta alguns protagonistas. O primeiro seria a sociedade civil organizada, que historicamente ficou afastada da universidade, pelas características elitistas da Instituição. O segundo protagonista é a universidade pública, com toda a sua complexidade produzida pelas rupturas e contradições de interesses entre os setores que a constituem. O terceiro protagonista é o Estado nacional, “se e quando optar politicamente pela globalização solidária da universidade” (p. 55), que, do contrário, ocupará o lugar de oposição à universidade pública.

Souza Santos (2008) apresenta princípios orientadores para a reforma que vem propondo e, nesse contexto, a definição de universidade é colocada como uma questão crucial a ser resolvida. Considera que há universidade quando essa contempla graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão. A ausência de um desses define que há ensino superior, não há universidade. Esses critérios devem ser observados tanto para as Instituições públicas, como para as privadas. O acesso é outro princípio enfatizado na proposta de Souza Santos, destacando que algumas

universidades públicas brasileiras ainda precisam rever as políticas de acesso, rompendo com o processo de exclusão social que predominou historicamente. As atividades de extensão, por meio de cooperação e parcerias com diferentes áreas e setores, inclusive intergovernamental, voltadas para grupos diversos, dos setores público e privado, movimentos sociais e comunidades, são possibilidades indicadas pelo autor para ampliar e oportunizar o acesso à universidade.

Souza Santos (2008, p. 68) propõe “a pesquisa-ação e a ecologia de saberes” como áreas de legitimação da universidade, que ultrapassam a extensão, pois atuam nesta, bem como na formação e na pesquisa. A “pesquisa-ação” é descrita como projetos de estudo e investigação definidos e executados de forma participativa, envolvendo setores da comunidade e organizações em ações que se beneficiam dos resultados da pesquisa; ou seja, a articulação entre interesses sociais, interesses científicos dos pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos ocorre estreitamente vinculados aos interesses dos grupos sociais, o que ainda não é prioridade nas universidades.

A “ecologia de saberes” é caracterizada pelo autor como um “aprofundamento da pesquisa-ação” e deve corresponder a uma “revolução epistemológica” no interior da universidade. Esse movimento depende da abertura de espaços institucionais que oportunizem diálogos entre os saberes científicos e os saberes populares, leigos, tradicionais derivados de culturas que circulam na sociedade. Essa mudança é necessária diante do reconhecimento cada vez mais presente, segundo o analista, de que a universidade, quando fez a opção pela especialidade no conhecimento científico, considerando-o como única forma de conhecimento válido, colaborou para a desvalorização de conhecimentos não científicos. Com isso, muitos grupos sociais foram marginalizados, mostrando que a “injustiça social tem no seu âmago uma injustiça cognitiva” (SOUZA SANTOS, 2008, p. 89). O autor propõe, então, a ecologia de saberes como um conjunto “de práticas que promovem uma nova convivência (ativa) de saberes no pressuposto de que todos eles, incluindo o saber científico, podem enriquecer-se no diálogo”. Essa nova convivência implicaria “uma vasta gama de ações de valorização, como de outros conhecimentos práticos,

considerados úteis, cuja partilha por pesquisadores, estudantes e grupos de cidadãos servem de base à criação de comunidades epistêmicas mais amplas”. Essas comunidades epistêmicas converteriam a universidade “num espaço público, de interconhecimento, onde os cidadãos e os grupos sociais podem intervir sem ser exclusivamente na posição de aprendizes”. O autor considera a pesquisa-ação e a ecologia de saberes como estratégicas para uma reorientação solidária das relações entre a universidade e a sociedade.

Ao definir a ecologia de saberes como a epistemologia da luta contra a injustiça cognitiva, Souza Santos (2010, p. 157-165) apresenta 17 “teses”. Resumidamente, tais teses são disparadores de pensamento-ação:

- 1) a luta pela justiça cognitiva não pode restringir-se exclusivamente à distribuição mais equitativa do saber científico;
- 2) as crises e efeitos produzidos pelo uso imprudente e exclusivista da ciência têm impacto muito maior que aquele pretendido pela epistemologia científica dominante;
- 3) todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos;
- 4) o uso contra-hegemônico da ciência moderna consiste na exploração paralela dos limites internos e externos;
- 5) o conhecimento tem que ser produzido ecologicamente, com a participação de diferentes saberes e seus sujeitos;
- 6) o conhecimento como intervenção no real em lugar do conhecimento como representação do real, é a medida do realismo;
- 7) há relações entre saberes, hierarquias e poderes gerados entre eles;
- 8) usar do princípio da precaução: em igualdade de circunstâncias, deve-se preferir a forma de conhecimento que garanta a maior participação dos grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e fruição da intervenção;
- 9) a centralidade das relações entre saberes impele à busca de diversidade de conhecimentos e convoca a uma epistemologia polifônica e prismática;

- 10) deve-se buscar convergências entre conhecimentos múltiplos;
- 11) a incomensurabilidade coloca-se no interior da própria cultura;
- 12) ser uma luta ignorante contra a ignorância (entre conhecer e ignorar há uma terceira categoria: conhecer errado);
- 13) habitar a “fenomenologia dos momentos ou tipos de relações”;
- 14) chegar ao questionamento sobre a identificação de saberes, sobre os procedimentos para o relacionamento entre eles e sobre a natureza e avaliação das intervenções no real, constituindo perguntas constantes e respostas incompletas (o conhecimento prudente);
- 15) não se deve conceber os conhecimentos fora das práticas de saberes e estas fora das intervenções no real que elas impedem ou permitem;
- 16) facilitar a constituição de sujeitos individuais e coletivos que promovam a interação entre a maior sobriedade na análise dos fatos e a intensificação da vontade de luta contra a opressão (a sobriedade na análise dos fatos é fruto da multiplicidade de perspectivas cognitivas sobre a realidade da opressão, do conjunto de saberes e poderes, ao passo que a intensificação da vontade de luta contra a opressão é resultado de um conhecimento mais profundo das possibilidades humanas com base nos saberes que privilegiam a força interior ao invés da exterior, como o faz o conhecimento científico);
- 17) uma intensificação da vontade exercita-se na luta contra a desorientação, a vontade é guiada por várias bússolas com múltiplas orientações, o que não dá margem para critérios absolutos nem monopólios de verdade.

As teses propostas pelo autor nos apresentam uma convocação para a mudança na produção de conhecimentos, como compromisso da universidade, seja ela pública ou privada, comprometida com princípios éticos e políticos, reconhecendo as diferentes culturas, necessidades e saberes presentes no contemporâneo. Assim, trata-se de produções inter e transdisciplinares construídas em redes colaborativas, mediante processos contínuos de problematização e de avaliação, rompendo com

modelos instituídos e abrindo passagem para movimentos instituintes em todas as áreas.

Os desafios ficam evidentes nas proposições de Souza Santos (2008, p. 82) ao afirmar que a “responsabilidade social da universidade tem de ser assumida pela universidade, aceitando ser permeável às demandas sociais, sobretudo àquelas oriundas de grupos sociais que não tem poder para as impor”. Enfatiza que cabe à universidade responder a essas demandas, de forma criativa, uma vez que os desafios são concretos e contextuais, de acordo com a região ou local.

Naomar de Almeida Filho, nessa obra em parceria com Boaventura de Souza Santos, também faz uma crítica à constituição histórica das universidades, dentro e fora do Brasil, analisando as reformas universitárias já realizadas e as que estão sendo propostas nos últimos anos, e apresentando a proposta da Universidade Nova, onde tem participação direta na construção de tal projeto e na sua implantação. Ao revisitar o surgimento da universidade na sociedade medieval, o autor afirma que as primeiras instituições fundadas na Europa, no final do século XI, substituíram os mosteiros e tornaram-se responsáveis pela produção e conhecimento de uma sociedade feudal em transição, acolhendo também a sociedade burguesa da época. Essas instituições tinham como modelo acadêmico a transmissão de conhecimentos, mediante relações diretas entre mestre-aprendiz, tendo como fontes de conhecimento as normas instituídas da autoridade. Outro período de mudanças apontado é aquele ocorrido na Europa pós-Renascimento, marcado pelas turbulências políticas decorrentes do surgimento do capitalismo. A Universidade não responde às demandas da industrialização que indicava mudanças profundas de âmbito mundial. O novo paradigma acadêmico é batizado de “enciclopédico” pelo aumento significativo de publicações ligadas à arte e à literatura, valorizando as grandes bibliotecas e desqualificando a participação da universidade como centro de formação. Os museus também são identificados nessa época como importantes instituições de conhecimento.

A primeira reforma universitária, segundo Almeida Filho (2008, p. 118), teria sido idealizada por Kant, em 1795, que propôs que ela deixasse de seguir princípios religiosos e políticos, constituindo-se como espaço livre, sem interferências externas. O ensino das disciplinas científicas tem início dentro das universidades. Mais tarde, em 1810, a divulgação do relatório Humboldt enfatiza a implementação da pesquisa científica, reafirmando a proposta de Kant. Até então, o conhecimento científico estava centralizado nas academias e sociedades científicas. A reforma proposta por Humboldt foi decisiva para que a produção da ciência viesse integrar o contexto da universidade.

## **UNIVERSIDADE E CONHECIMENTO**

---

Passados cem anos da Reforma Humboldt, ocorreu outra mudança importante nas universidades dos Estados Unidos, orquestrada pelos poderosos que dominavam o mercado do petróleo e das ferrovias, que iniciavam um processo de intervenção na sociedade. Cinco grandes corporações financiaram um projeto de avaliação do ensino superior nos EUA, uma vez que todos os setores da educação, inclusive o superior, funcionavam sem nenhuma regulamentação, divergindo inclusive quanto à duração e às metodologias. O projeto teve Abraham Flexner na presidência, responsável, posteriormente pelo conhecido Relatório Flexner. O documento, embora focalizado na área da saúde, influenciou a reorganização de todo o sistema universitário americano. O novo modelo determinava uma formação básica antes da graduação, seguida de mestrados, profissionais ou acadêmicos como transição para os cursos de doutorado. Com poucas modificações, segundo Almeida Filho, esse é o modelo que predomina em toda a América do Norte.

Em relação à Europa, o autor aponta que, durante todo o século XIX e a primeira metade do século XX, predominou a multiplicidade de modelos de formação superior. Em 1999, os ministros da Educação integrantes da União Europeia assinaram a “Declaração de Bolonha”, que previa a implantação, até 2010, da compatibilidade entre os sistemas universitários de seus países. O compromisso deu

origem ao Processo de Bologna, responsável pela grande e complexa reforma nos países que aderiram à proposta e que previa a adoção de princípios e critérios comuns de “creditação e avaliação de currículos e mobilidade estudantil no âmbito da educação superior” (p. 127).

Já a história da universidade no Brasil remonta à época em que o país era uma colônia. Sob o domínio de Portugal, não era concedido que o Brasil oferecesse ensino superior. A primeira instituição de ensino superior do país foi a Escola de Cirurgia do Hospital Real Militar, criada em 1808, na Bahia, quando a família real instalou-se na colônia. Nove meses depois, uma escola similar foi aberta no Rio de Janeiro devido à transferência da família real. Depois da Independência, em 1822, outras instituições acadêmicas, nas áreas de medicina, leis, engenharias e belas artes foram criadas nas principais cidades brasileiras. Durante o Império, seguiam o modelo português de uma universidade escolástica.

A partir da República (1889) e ao longo das três primeiras décadas do século XX, o modelo francês de liceu e de escola superior substituiu o modelo português. Na determinação de qual foi a primeira universidade brasileira, há divergências e várias instituições apresentam-se nessa condição, entre elas a Universidade do Paraná (1912) e a Universidade do Amazonas (1909). Almeida Filho credits essa instalação à Universidade Federal da Bahia, por conta do primeiro curso superior no Brasil. Na história oficial, a Universidade de São Paulo, instituída em 1934, é reconhecida como sendo a primeira instituição nos moldes universitários tal como definimos, hoje, Universidade, e não Educação Superior. Por meio de decretos legislativos, as instituições brasileiras foram criadas com estruturas de gestão e de ensino similares, copiando o modelo institucional e pedagógico da Universidade de Coimbra, considerada uma das mais arcaicas da época, seguindo a tradição escolástica e sob a ditadura Salazarista.

Em relação às reformas universitárias do século XX, é importante destacar que somente nos anos 1960 a pesquisa científico-tecnológica chegou ao país. A Universidade de Brasília é criada com essa proposta, com forte influência do modelo



flexneriano. No entanto, em 1964, sob os efeitos do golpe militar, passa a integrar o modelo adotado para as instituições de ensino superior do país, fruto do acordo entre o Ministério da Educação e a United States Agency for International Development (USAID), de 1967, marcando uma das reformas da universidade brasileira, com financiamento do Fundo Monetário Internacional (FMI). Os movimentos de resistência a essas mudanças geraram o endurecimento de regime militar e a incompletude da reforma proposta, tornando-a, na avaliação de Almeida Filho (2008, p. 137) “distorcida e incompleta [...] produzindo um sistema de formação incongruente consigo próprio”. Ressalta que essa reforma foi nociva, “pois conseguiu manter o que havia de pior no velho regime e trouxe o que de menos interessante havia no já testado modelo flexneriano” (p. 137).

O autor classifica como positiva a implementação da rede institucional de pós-graduação, na década de 1970, viabilizando programas de pesquisa, vinculados à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), além dos programas e agências de financiamento da pesquisa, destacando o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), responsável pela concessão de bolsas de estudo, para estudantes e pesquisadores.

O período compreendido entre 1981 e 1988, quando ocorre a redemocratização do Brasil, é de forte crise econômica em nosso país e toda a América Latina. Mesclada com a crise política, a crise econômica tem reflexos nas universidades, em especial nas instituições federais, que enfrentaram “subfinanciamento, caos administrativo, desvalorização social, crise de autoridade [...] greves de estudantes, de docentes e de servidores” (p. 138). As tentativas de reforma universitária nesse período não tiveram êxito. Em 1985, houve nova tentativa de reforma universitária no Brasil, quando o governo Sarney instituiu a Comissão Nacional para a Reformulação da Educação Superior, da qual faziam parte, como fato inédito até então, segmentos como a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES) e a Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Públicas Brasileiras (FASUBRA), nas configurações associativas da época.

Nos anos 1990, ocorreram grandes incentivos para a capacidade global da rede de ensino superior a partir de uma desregulamentação e abertura do sistema para investimentos privados locais. Houve um aumento significativo de instituições de nível superior privadas, porém o aumento do número de vagas não repercutiu na melhoria da qualidade de ensino. Nesse período, o governo federal também tentou implementar mudanças que dessem mais autonomia às universidades, inclusive as federais. No entanto, apenas o processo de avaliação e credenciamento de programas de graduação foi aprovado (Lei Federal nº 9.131/95), com muitas manifestações contrárias a estas mudanças, o que impediu qualquer avanço na reestruturação do ensino pretendida naquele momento.

Em relação às mudanças na educação superior brasileira, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, somente instituições que oferecerem programas de pós-graduação credenciados e tenham instituído programas de pesquisa serão classificadas como universidades. Essas instituições credenciadas podem, a partir de então, oferecer novos cursos de graduação, sem a autorização do Conselho Nacional de Educação (CNE), por sua “autonomia universitária”.

A necessidade de mudanças na educação superior brasileira produziu novos movimentos na última década, que envolveram o Ministério da Educação (MEC), representado pela Secretaria de Educação Superior (SESu), com a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) e as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no delineamento de novas estratégias para a educação superior. O resultado foi a instituição do Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI), pelo Decreto Presidencial nº 6.096, de 24 de abril de 2007. O documento previa “ampliação física e reestruturação pedagógica do sistema federal de educação superior” e a duplicação da oferta de vagas públicas no ensino superior, como parte do Plano de Desenvolvimento da Educação, definido pelo MEC. A adesão das Universidades ao REUNI foi colocada como facultativa e houve forte reação dos estudantes das instituições federais contrários a essas mudanças. No entanto, todas

as universidades federais brasileiras aderiram ao REUNI. Almeida Filho (2008) destaca que o REUNI introduziu um novo sistema de gestão, que implica em “planejamento estratégico de recursos, insumos e atividades das universidades” (p. 191), exigindo projetar ações de curto e médio prazo, o que até então era pouco praticado nestas instituições. Além disso, os incentivos ficaram vinculados ao alcance das metas propostas e está submetido também a sistemas de avaliação, como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e o Sistema de Avaliação da Pós-graduação da CAPES.

Segundo Almeida Filho (2008), nesse momento, o país precisa aumentar o número de matrículas nos cursos das universidades públicas federais, como estratégia para o desenvolvimento da nação. Em 2008, o setor privado era responsável por mais de 80% das vagas, mas a população não tem recursos para arcar com os custos da educação no ensino superior privado. O Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) foi uma das alternativas criadas mais recentemente pelo governo federal para viabilizar o acesso aos cursos de graduação.

Ao analisar o modelo de educação superior que predomina no Brasil atualmente, Almeida Filho (2008, p. 150) considera que, do ponto de vista epistemológico, predomina uma concepção “linear e fragmentadora do conhecimento, alienada da complexidade dos problemas da natureza, da sociedade, da história e da subjetividade humana”. Em relação aos currículos, são adotados “modelos de formação baseados nas universidades europeias do século XIX”. Tais modelos, segundo o autor, levam a inúmeras incompatibilidades diante de duas tendências fortes sinalizadas como resultado das políticas de ensino superior adotadas nos últimos anos – privatização e internacionalização – uma vez que nos países da Europa está sendo introduzido o “Processo de Bolonha”<sup>3</sup>. Essas discrepâncias

---

<sup>3</sup> O Processo de Bolonha é resultado do tratado internacional assinado, em 1999, entre os ministros da educação dos países membros da União Europeia, conhecido como Declaração de Bolonha, por meio do qual se comprometeram a implantar, até 2010, compatibilidade plena entre os sistemas universitários europeus. Tal acordo é responsável pela ampla reforma universitária que tem envolvido estas nações, buscando adotar princípios e critério comuns e compartilhados de “acreditação, avaliação, estruturas curriculares e mobilidade estudantil, na esfera da educação superior” (ALMEIDA FILHO, 2008, p. 127). Estas mudanças visam à mobilidade acadêmica internacional e à circulação de bens de conhecimento entre os países que integram o

colocam o ensino superior brasileiro, segundo o autor, ainda mais distante das mudanças que estão sendo construídas na maior parte do mundo. A crítica do autor vai além, afirmando que a universidade brasileira continua sendo elitista e excludente, longe dos movimentos de revolução política que ocorreram em outros países.

O autor faz também a proposição de um novo paradigma de universidade, partindo de considerações sobre as mudanças que a globalização tem produzido no mundo, as novas tecnologias de base informática e sua importância para a compreensão dos impactos na organização do conhecimento. No entanto, destaca que por mais que esteja referenciada em códigos de conhecimento e informação, ainda persistem profundas contradições políticas e desigualdades sociais na sociedade humana, ou seja, não podemos negar que “vivemos em um modo de produção alienador de sujeitos e valorizador de objetos, transformando-os, a todos, em mercadoria” (p. 167). Sendo assim, segundo o autor, na sociedade do conhecimento, a Universidade tem lugar importante para contribuir na prospecção e realização do presente e do futuro das nações.

A Universidade, inicialmente construída como “instituição da cultura”, mais tarde, após o Renascimento, incorporou a formação profissional, que na história, junto com as artes e as técnicas, era privilégio das elites. A universidade científico-tecnológica nasce com a era industrial. A produção do conhecimento só foi incorporada à Universidade no final do século XIX, passando a ser constitutiva ou condição para o reconhecimento da universidade como tal. A universidade passou a responder pela pesquisa, produção de conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico para atender às necessidades do modo de produção capitalista. Foi preciso, contudo, transformar esse conhecimento disciplinar e especializado, uma vez que novas e complexas questões foram colocadas a partir da segunda metade do século XX, alterando a missão histórica da Universidade.

---

processo. O mesmo prevê três níveis de formação: o primeiro refere-se a estudos introdutórios superiores de educação que tem duração de três anos, não possuem caráter profissional e constituem etapa prévia da formação profissional. Os conteúdos são básicos e gerais. O segundo ciclo comporta os cursos profissionais e a etapa prévia à formação de pesquisadores e docentes de nível superior. O terceiro ciclo é voltado aos cursos de “doutorado de pesquisa”.

Segundo Almeida Filho (2008), essas mudanças ocorreram simultaneamente nos planos epistemológico e político-ideológico. No plano epistemológico, a busca se dá pelas interfaces entre disciplinas e experimentação de movimentação de sujeitos “entre campos de conhecimentos distintos que permitiram alternativas designadas respectivamente de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade” (p. 170). Essas experiências, segundo o autor, definiram novos arranjos institucionais e cognitivos, ampliando o compartilhamento entre docentes, pesquisadores e estudantes. Observa-se que, concomitantemente ao desenvolvimento de áreas disciplinares, a Universidade tem buscado novos e diferenciados modos de produção e de produtos do conhecimento, por meio de articulações entre disciplinas, paradigmas e saberes de diferentes áreas.

No campo político, Almeida Filho (2008) afirma que a missão da universidade passa a ser a de uma instituição de inclusão social. Considerando-se uma perspectiva histórica, a universidade era vista no mundo, inicialmente, como uma instituição para as elites, mas é transformada pelos movimentos sociais que pressionaram os governos por acesso à educação superior. O acesso de representantes dos segmentos sociais até então excluídos em seus espaços e redes fez da universidade uma instituição de mobilidade social e inserção política. O autor defende também que, diante do atual cenário político, econômico e social brasileiro, é preciso construir uma nova proposta de universidade que seja capaz de atuar como “instrumento de integração social e política entre países, culturas e povos” e comprometida na produção crítica do conhecimento.

Nessa síntese da análise realizada por Almeida Filho em relação aos compromissos da universidade com a produção de conhecimentos, a formação de profissionais e as transformações sociais, políticas e econômicas que vêm ocorrendo no mundo, é possível identificar a ênfase dada à necessidade de mudanças nos compromissos e nas práticas da universidade, de forma mais responsável e comprometida com a sociedade contemporânea, considerando sua complexidade e diversidade.

As propostas apresentadas pelos dois autores, Boaventura de Souza Santos e Naomar de Almeida Filho (2008), são similares em vários aspectos e coincidem ao considerarem que é imprescindível que a universidade passe por mudanças urgentes, envolvendo todos os atores e tomando como referência a produção de conhecimento comprometido com a diversidade cultural, social, política e econômica e com as necessidades da sociedade. Essa nova universidade deverá ter o compromisso de garantir acesso e qualificação dos modos de vida para a população, acima de tudo.

As críticas às práticas e à forma como a universidade tem se colocado estão presentes também em várias publicações de Cristóvam Buarque. Na obra *A aventura da Universidade* (1994), o autor faz uma análise da situação da universidade na América Latina e no Brasil. Sem desconsiderar a história da Universidade no mundo, destaca ideias que reforçam as críticas feitas por Souza Santos e Almeida Filho. Referindo-se à relação da universidade com a sociedade, o autor afirma que “a integração da universidade com a sociedade não se dá automaticamente pelo ingresso de uma parte da sociedade na universidade, mas sim pelo ingresso da universidade na sociedade” (BUARQUE, 1994, p. 99). O autor descreve que essa integração passa também pela definição das prioridades das instituições universitárias, pelo comprometimento de seus alunos com a construção da sociedade de forma competente e com intenso trabalho de extensão, a serviço da população.

Buarque (1994, p. 101) também faz críticas aos vínculos que as universidades brasileiras têm mantido com o setor produtivo e com o mercado, assinalando que, para que ocorra o processo de transformação, a universidade brasileira precisa manter a independência do setor produtivo para poder pensar a longo prazo. Recomenda que, ao se envolver com o setor produtivo, por meio de interesses comuns e pesquisas conjuntas, fique clara a necessidade de se transformarem os conhecimentos em serviços reais para a sociedade, o que passa necessariamente pelo setor produtivo. O autor afirma que a universidade deveria ter uma postura crítica permanente consigo mesma, revendo suas prioridades e seus equívocos. Diz

ainda que “nenhuma instituição sobrevive por muito tempo, se não for capaz de reformar-se, adaptar-se às exigências do momento, mantendo-se fiel ao seu papel permanente” (p. 156), evidenciando a necessidade de avaliação e reconstrução de práticas comprometidas com os processos de mudança que perpassam a sociedade.

O autor aponta que a crise da universidade está marcada também pela “perda da capacidade da academia de responder o que dela espera a sociedade” (BUARQUE, 1994, p. 113). As situações de crise e de mudanças na sociedade estão exigindo, segundo o autor, a formulação de novas perguntas, ao mesmo tempo em que a universidade segue apresentando velhas e lentas respostas.

Ao definir algumas características para a nova universidade, Buarque (1994, p. 156) aponta que ela deverá ter “sentimento planetário”. Para o educador, surgirá, “no lugar de uma universidade tradicional vivendo em uma civilização apartada, com as técnicas subordinando a ética da diferença entre os seres humanos”, uma universidade não tradicional, “que fará avançar o pensamento, combinando o avanço técnico com a ética dos direitos iguais de todos os homens”.

Referindo-se à formação a ser promovida na nova universidade, o autor a descreve como *abrangente*, ou seja, constituída por múltiplos saberes e experiências vividas por pessoas de diferentes culturas; *integrada*, portanto, promovendo a integração de saberes tecnológicos, culturais, humanísticos, sociais e éticos; e *permanente*, no sentido de continuidade e busca de atualização e produção de novos saberes. O autor sugere, inclusive, a abolição dos diplomas, que seriam dispensados, diante da necessidade de continuidade dos estudos, pois as pessoas estarão sempre em formação.

Neste breve estudo sobre a universidade e seus compromissos com a produção de conhecimentos e a formação de profissionais de diferentes áreas do saber, o foco de análise está voltado para a formação de profissionais da saúde e suas práticas, considerando-se o contexto em que vivemos e as mudanças que ocorreram (ou não)

nos últimos 20 anos, assim como a Reforma Sanitária, a implementação do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde. Quais as repercussões dessas mudanças na formação dos profissionais de saúde? Quais os compromissos que a universidade tem assumido frente às mudanças propostas pela Reforma Sanitária? Quais mudanças são necessárias na formação dos profissionais de saúde diante destes novos cenários?



**O ENSINO SUPERIOR NO BRASIL E A FORMAÇÃO EM SAÚDE**

A educação superior no Brasil começa pelos cursos de Medicina, Direito e Engenharia, no período do Império, respondendo ao contexto sócio-histórico. A história da constituição das profissões de saúde pode ser considerada paradigmática, a partir da análise de sua constituição. Edmundo Campos Coelho (1999) publicou um estudo sob o título “As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930” no qual apresentou a sua versão do processo de constituição das profissões tradicionais (medicina, advocacia e engenharia) ao longo do século XIX e das primeiras décadas do seguinte, esclarecendo as teias de relações sociais que fornecem as bases institucionais para a definição da posição dos grupos profissionais. Partindo de uma pesquisa sobre as três profissões mais conceituadas do período imperial, o autor apresenta um conjunto de situações sobre a sociedade brasileira, da Independência à Revolução de 1930. O historiador faz relatos e análises sobre corporativismos profissionais e privilégios de classe no tempo dos imperadores, da República Velha e no pós 1930, quando a regulação profissional moldou para as profissões de nível superior o estatuto de uma verdadeira aristocracia ocupacional. O estudo não se limita ao espaço do Rio de Janeiro, à Corte, às oligarquias da República Velha ou às transformações geradas pela Era getulista, mas faz contraponto com as estruturas das sociedades europeias – inglesa, francesa e alemã – e americana, fazendo um paralelo entre o Estado “laissez-fairiano”, que beneficia os direitos individuais, e o regulatório, com o foco nos interesses nacionais, e estabelecendo as consequências das interferências governamentais na estratificação das sociedades e, em escala mais detalhada, na marcação de espaços do exercício profissional.

Coelho (1999) descreve que antes da unificação da profissão, os médicos dividiam-se entre os físicos, os cirurgiões e os apotecários. Os primeiros tinham seus estudos desenvolvidos nas universidades e dedicavam-se exclusivamente às consultas e prescrição de tratamentos; os segundos provinham das corporações de ofício dos cirurgiões-barbeiros e açougueiros, e seu trabalho envolvia purgas e sangrias, além das cirurgias; além disso, tinham originalmente como atividades a fabricação e comercialização de medicamentos. Essa divisão criava uma hierarquização dentro

do grupo, de acordo com a maior ou menor ligação com o conhecimento erudito ou com a aplicação prática do conhecimento e com o comércio.

Como traço importante que distingue as “profissões”, Edmundo Coelho (1999, p. 25) afirma que haveria uma profissão, quando em sua dimensão corporativa, conquista a instauração da “capacidade de autorregulação coletiva”, depois, “estritamente associada à condição anterior, “conquista capacidade de regular o mercado de prestação de seus serviços profissionais”, incidindo, sobretudo, no “lado da oferta”, ofertando algum tipo de “proteção” aos seus membros”. O comportamento corporativo constrói, enfim, o “monopólio” da certificação, regulação e incorporação de profissionais.

O autor complementa afirmando que "o mecanismo básico de exclusão ou *fechamento* do mercado de prestação de serviços profissionais era, e continua a ser, o do credenciamento educacional, a posse do diploma de nível superior" (p. 29). Destaca também a necessidade de recursos e estratégias com que tais grupos podem ou devem contar, dentre eles “a capacidade de mobilização dos praticantes e de persuasão social sobre a necessidade do seu trabalho, algum tipo de apadrinhamento, alguém que se disponha a acompanhar o processo legislativo a favor do grupo” (COELHO, 1999, p. 32).

O autor faz menção também à universidade. O título universitário, como certificado profissional, assumiu semelhança com títulos de nobreza. O estudo faz referência à forma como o ensino superior oficial, no Brasil, teria sido usado para o "enobrecimento" dos portadores de diplomas ou como mecanismo importante de fechamento do mercado. A narrativa aponta as dúvidas, os conflitos e as negociações em torno do valor, da aceitação e obrigatoriedade dos diplomas e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para legitimar suas pretensões de monopólio sobre certos serviços e a sua relação com o diploma superior. É o caso dos médicos, que se dividiam entre aqueles que procuravam seguir o modelo clássico de profissionalização, expandindo o número de profissionais através do

aumento da quantidade de escolas, e os que argumentavam que existiria um excesso de concorrentes.

Em relação à luta pelo controle da expansão do ensino superior, Coelho (1999, p. 270) afirma que fica evidente "a ambiguidade que aflige as profissões" nas discussões parlamentares em torno da regulação profissional: "o horror ao livre mercado de serviços profissionais e, simultaneamente, o temor da regulação estatal do monopólio profissional (fixação de preços para os serviços, restrições à livre escolha da clientela etc.)". O autor identifica que se tornaram nítidos também "os antagonismos entre os princípios (em larga medida irreconciliáveis) que distinguem da medicina preventiva ou 'pública' a medicina clínica", antagonismos que "não haviam podido aflorar no elitizado e diminuto mercado de serviços médicos do Império". O autor assinala que os profissionais saídos das escolas "livres" representaram mais um complicador na luta pelo monopólio no mercado de serviços. O avanço do conhecimento médico, da crença no progresso técnico e o surgimento de novas ideias foram ampliando as diferenças e divergências entre os próprios profissionais.

Entre as novas ideias, o modelo hegemônico da medicina científica, que teve origem nos séculos XVIII e XIX. Esse modelo é o que se desdobra das emissões do relatório Flexner. O Relatório Flexner, publicado em 1910, formula uma representação da Educação Médica nos EUA e no Canadá, tornando-se um marco histórico nas recomendações de qualidade do ensino, creditação de escolas e avaliação institucional. O documento enfatiza o modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, que marcaram os programas educacionais médicos com uma visão reducionista ao adotar um modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, evidenciado nas propostas de especialização médica. Ao longo da história, os fundamentos dessa proposta passaram a incorporar um conjunto de elementos estruturais complementares e sinérgicos entre si, redirecionando a prática médica. Silva Jr. (1998, p. 45) resume esses elementos como: o mecanicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação

do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração dos recursos e do atendimento em saúde.

Oposto à proposta de Flexner, estava o relatório do Lorde Bertrand Dawson, de 1920, realizado na Inglaterra. O Relatório Dawson apontava para a organização dos sistemas de saúde de forma hierarquizada e regionalizada geograficamente. A proposta apresentada pelo Relatório Dawson é considerada como a primeira descrição de uma rede regionalizada, resultado do debate de mudanças no sistema de proteção social, depois da Primeira Guerra Mundial. A meta era, pela primeira vez, buscar formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Contrariamente ao Relatório Flexner, Dawson enfatizava a incorporação das práticas de atenção básica, usando a rede regular de serviços como escola, e não apenas os hospitais universitários. O documento inglês argumentava a favor do Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde, por meio da regionalização e hierarquização dos serviços, dando destaque para a integração entre ações preventivas e curativas com atuação do médico generalista, no âmbito considerado como nível inicial de atenção. Essas recomendações produziram reações contrárias por parte dos médicos, motivo pelo qual não foram implementadas, mas exerceram influência na organização do sistema nacional de saúde da Inglaterra no final dos anos 1940, quando foi implantada universalização da atenção primária à saúde e introduzido o conceito de médico generalista.

Na avaliação de Carvalho e Ceccim (2006), os documentos citados são históricos para a gestão e planejamento de sistemas de saúde e para a saúde coletiva como um todo por conta da proposta de uma educação da saúde integrada ou não com o sistema de saúde e localização ou não dos hospitais como lugar de exclusividade ao ensino relativo às habilidades profissionais. Para formar um profissional de saúde com o mais elevado respeito e credibilidade necessitamos da universidade que as corporações profissionais instituem? Precisamos arrastar o ensino para o interior de hospitais universitários? Necessitamos de uma rede assistencial com a integração regional ensino-serviço?

Luz (1991, p. 77) faz uma revisão dos momentos sócio-históricos que afetaram a constituição de diferentes políticas que antecederam os movimentos que deram origem às mudanças no Brasil, a partir da década de 1980 e 1990, principalmente nas políticas de saúde e educação. A autora afirma que as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico para a constituição e estabilização da ordem social e política brasileira. Tiveram participação na modelagem de certos traços estruturais, tais como a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país, como é possível identificar ao longo dos períodos que marcam as principais conjunturas de nossa história, desde a Proclamação da República, em novembro de 1889, até a restauração dos direitos políticos e civis cassados no pós-64, a partir de 1982. Sobre a primeira metade do século XX, a autora descreve que podemos observar, do lado da saúde pública, um “centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo”; em relação às instituições de previdência social, inclusive as de atenção médica, um “clientelismo, populismo e paternalismo”. Luz afirma que “estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período”.

Os anos 1950 e 1960 são marcados pela tentativa de se implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico “moderno”, vinculado à ordem capitalista industrial, e à crise do regime populista e nacionalista dos anos 1960. Na saúde, segundo Luz (1991, p. 80), o período foi marcado por “justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, nos programas e serviços de saúde”. A situação foi combatida com “mais programas, serviços e campanhas, que resultaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública versus atenção médica individual” (LUZ, 1991, p. 80).

O período entre os anos 1964-1984, que compreende os 20 anos de ditadura militar, foi marcado por algumas conjunturas específicas, sobretudo no que concerne às políticas de saúde, que tiveram vários efeitos e impactos na sociedade de modo geral. As políticas de saúde foram reorganizadas enfatizando os traços institucionais

do sanitário campanhista, da Primeira República, e o modelo curativo da atenção médica previdenciária, do período populista. Luz (1991) afirma que, nesse momento, houve a centralização e a concentração do poder institucional, que aliou campanhismo e curativismo em uma estratégia de medicalização social desconhecida até então na história do país. Além disso, a saúde passou a ser vista como um bem de consumo médico. Tal situação é evidenciada no período de 1968 a 1975, conforme relata Luz (1991, p. 81), pelo “crescimento da demanda social por consultas médicas”, estratégia de construção da “resposta às más condições de saúde”; ainda um “elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva”; verificando-se “a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social”. Sobre esse período, a autora também destaca a “multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS [Instituto Nacional de Previdência Social] e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos,” desconsiderando-se a escassez de recursos tradicionalmente destinados aos serviços públicos.

A autora ressalta que essa política teve diversos efeitos e consequências institucionais e sociais, dentre elas, a crescente “predominância de um sistema de atenção médica (...) [de massas] em relação à proposta de medicina social e preventiva, o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos”, sendo esse último, “constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais no lucro do que na saúde da sua clientela” (LUZ, 1991, p. 77).

Outro efeito destacado por Luz foi o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. A autora considera que esse processo vai em direção “à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população” (LUZ, 1991, p. 82).

Esse contexto gerou grande insatisfação popular em relação à política de saúde da ditadura, manifestada pelos conflitos nas filas de espera dos serviços, desde o início dos anos 1970. Outros efeitos foram a redução das verbas de saúde pública, que encaminham a atenção médica da Previdência Social para a falência, e a mistificação da imagem da medicina como solução miraculosa para as más condições de vida, fato que a partir de então tornou-se mais evidente para a população (LUZ, 1991, p. 82).

A autora descreveu a gravidade da situação, o que fez com que internos e residentes médicos constituíssem uma aliança e articulações com outros movimentos sociais para buscar mudança nas políticas sociais do “regime”. A corporação médica denunciava a má qualidade dos serviços de saúde prestados à população. O crescimento e a intensificação dos movimentos de contestação, entre o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980, levaram sindicatos e partidos a discussões centradas na política de saúde. Outros movimentos sociais comunitários associaram-se ao movimento e denunciaram às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, reivindicando soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário.

No relato do processo de mudança, Luz (1991, p. 84) destaca que, em 1982, ocorreram as primeiras eleições livres para o Congresso e Assembléias Legislativas em vinte anos, e, no ano seguinte, a sociedade civil organizada foi às ruas para reivindicar novas políticas sociais que pudessem assegurar direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado. Foram estes movimentos que propiciaram a abertura dos debates para a Reforma Sanitária e o conjunto de mudanças sociais decorrentes também desse processo.

O sistema de saúde precisa de uma rede de serviços competente na atenção necessária à saúde, seja em termos de perfil epidemiológico, seja em termos



culturais. O que está em questão é um perfil do processo saúde-doença, não apenas as doenças nomeadamente identificadas, o processo de adoecer e curar-se ou de ser saudável merece o acompanhamento por uma rede cuidadora, de inserção local, de acesso universal. O processo social de mudanças foi por oferta de serviços unificados pelo setor da saúde, de prestação direta pelo setor. Não mais serviços elitizados nas universidades ou empresas para pagantes, conveniados, cooperados ou vinculados como cliente corporativo, não serviços elitizados para quem pode pagar e serviços populares para os demais, não mais serviços de programa social, experimentais ou caritativos em universidades e grandes empresas de saúde para suprir as baixas coberturas do sistema público, não mais serviços de saúde cujo dono é privado e a população apenas o usuário.

As propostas do movimento sanitário brasileiro envolvem o estudo da organização dos serviços e das práticas sanitárias que servem de orientação e referência para buscar outras estratégias que sejam capazes de superar a crise do modelo hegemônico da medicina científica, que teve origem nos séculos XVIII e XIX.

De um lado a pauta do cuidado, de outro a pauta da rede. Do ponto de vista do cuidado, efetivo acolhimento das demandas singulares e únicas de cada usuário, seu processo saúde-doença, sua rede explicativa, sua rede de conformações e sua rede de tratamento e cura; do ponto de vista da rede de serviços, efetiva gestão pública, uma efetiva cadeia do cuidado, com suficiente distribuição e com adequado financiamento, capaz de fazer frente ao conjunto de necessidades e de permanentemente interpretar essas necessidades e construir modos de acolher, tratar e cuidar.

Em todos os casos a necessidade de formar quadros profissionais, quadros gestores, quadros de analistas de políticas e de sistemas de saúde é real. A necessidade de formular pesquisas e construir saberes é crucial. A necessidade de formar o pessoal da saúde com habilidades técnico-profissionais, mas também políticas e para a educação permanente, sua e das gerações futuras, é também real.

**REFORMA SANITÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

---

---

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta em meio a intensas lutas sociais e, mais do que apenas uma reforma setorial, buscava promover a democracia e a cidadania no país. Na década de 1980, a realidade social era marcada pela exclusão e a maior parte dos cidadãos não tinha direito à saúde, a qual era garantida apenas aos trabalhadores, na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, (INPS), mas somente se contribuíssem para mantê-lo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, um dos principais marcos da Reforma Sanitária, tinha como bandeira a democratização da sociedade. Entre as propostas aprovadas nessa Conferência, foram indicadas as diretrizes para a construção de uma nova política de saúde, na qual o conceito de saúde era ampliado e a mesma era vista como direito de cidadania, ressaltando-se a importância da participação social no controle da política de referência e defendendo-se a necessidade de readequação do orçamento fiscal e de medidas mais amplas de ordem política, econômica e social. A partir dessas diretrizes, vieram novas etapas que consolidaram mudanças jurídico-político-institucionais e que suscitaram as novas bases do setor da saúde. A Constituição Brasileira de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 1990 e Lei Federal nº 8.142, do mesmo ano, garantindo a participação/controlado social), inseriram: os ideais da universalidade do acesso, com equidade de ofertas; integralidade da atenção, com privilégio à atenção básica, sem prejuízo ao atendimento das demais necessidades; descentralização da gestão, com comando único por esfera de governo e regionalização da assistência; e participação popular, com controle social sobre o setor da saúde, definindo-se um Sistema Único de Saúde (SUS), e não mais uma distinção entre sistemas distribuídos entre um para os que podem pagar, outro para o segmento dos trabalhadores formais, um terceiro para os pobres e nenhum para os indigentes.

Desde o Movimento da Reforma Sanitária, deflagrado no final dos anos 1970, a integralidade, como tema presente nos debates, é marcada como questão da política de saúde na Constituição Brasileira e abordada por diversos autores como

um conjunto de desafios para a transformação das práticas e dos modelos de saúde, considerados ainda hoje como questões abertas.

Mattos (2001, p. 40-41) aponta a integralidade da atenção como uma bandeira de lutas que carrega diferentes sentidos, um conjunto de valores associados à ideia de defesa da cidadania e do fortalecimento do setor público. O autor defende que a integralidade deve ser entendida como uma “noção amálgama”, cheia de sentidos e não devendo ser reduzida a um enunciado unívoco, para não haver o risco de silenciar as inquietações de atores sociais que se aliam à luta por uma sociedade mais justa e por uma política de saúde melhor (MATTOS, 2001, p. 41-42). Ao estudar os diferentes usos do termo integralidade, o autor identificou três grandes conjuntos inaugurais de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organização dos serviços e das práticas de saúde e como atributo das respostas governamentais a problemas específicos de saúde, quando tomados em sua trama explicativa complexa.

No estudo desse tema, Pinheiro (2006, p. 162) refere-se à integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde que considera a saúde como questão de cidadania, com possibilidade de mobilizar movimentos direcionados a produzir inovações no cotidiano dos serviços de saúde, na gestão do SUS e destes com a sociedade, com o intuito de concretizar o direito à saúde. Nesse sentido, a autora considera que só é possível garantir o ato de cuidar integral por meio de uma forma de atuar democrática e de um saber-fazer integrado, alicerçado em uma relação de compromisso ético-político entre gestores, profissionais e usuários. Isso porque a integralidade é “uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde” (PINHEIRO, 2006, p. 166). A diretriz constitucional integralidade é considerada por Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) como eixo da atenção e da gestão em saúde, o que possibilita a transformação do projeto setorial, assim como novas práticas pedagógicas e estratégias institucionais inovadoras.

Entre as diretrizes organizativas do SUS, as mais significativas, segundo Vasconcelos e Pasche (2007, p. 536), são a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação social. A descentralização com ênfase na municipalização dos serviços e ações de saúde é um componente marcante no aspecto político-administrativo do SUS, quando atribui ao município a prestação direta da maior parte dos serviços. A direção única aponta para a necessidade de promover articulações e construir a coordenação de ações sob a direção de um gestor em cada espaço político-institucional. A regionalização é parte do processo de descentralização, com a perspectiva de organizar de forma racionalizada a assistência à saúde em um determinado território, tendo como referência a distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, garantindo acesso e cuidado à população. A hierarquização define a ordenação do sistema de saúde por fluxos e itinerários de atenção, regulando o acesso à rede especializada e considerando os serviços de atenção básica como os de acesso mais frequente, estabelecendo o contato permanente com a população. No entanto, há necessidade de superar os modelos verticalizados, com ampliação das portas de entrada e flexibilidade de fluxos entre os serviços. O controle social, por meio da participação da comunidade, ocorre mediante os segmentos sociais organizados, tendo, entre outros espaços, as Conferências e os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo (regulados pela Lei Federal 8.142/1990).

O avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de um conjunto de problemas, tanto no âmbito da gestão, quanto no que se refere à atenção em saúde. Nesse contexto, buscando estratégias para superar as limitações e reforçar a importância da regionalização, em 2001, é lançada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que destaca a descentralização com ênfase na regionalização (definida como macroestratégia). A NOAS 01/2001 reconhece a diretriz organizativa de regionalização como uma estratégia fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção (MS, 2001).

A NOAS 01/2001 aborda três grupos de estratégias articuladas, adotadas para consolidar o processo de regionalização em saúde: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência em todos os níveis, sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES); o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, considerando os compromissos entre gestores; e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando a torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

As propostas apresentadas não promoveram os avanços esperados, o que levou o Ministério da Saúde a reeditar a NOAS, com algumas alterações sob a forma de um novo anexo, com a Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a NOAS 01/2002. O documento contemplou reivindicações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relacionadas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade, ao fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, à explicitação de mecanismos de acompanhamento dos recursos federais, referentes ao atendimento da população não residente referenciada pela programação estadual para os municípios-polo (MS, 2002).

Apesar das tentativas institucionais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde para que os municípios se habilitassem nas condições de gestão previstas na NOAS 01/2002, um conjunto de obstáculos inviabilizou a sua efetiva implantação no país. Chebli; Paiva; Stephan-Souza (2010) ressaltam que, no I Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, em julho de 2003, os Secretários de Estado da Saúde definiram as prioridades, posteriormente negociadas com o Ministério da Saúde, contemplando a organização, a gestão e o financiamento do SUS. Além disso, encaminharam a proposta de construção de um modelo de atenção que substituísse a NOAS 01/2002 e contemplasse os princípios e diretrizes do SUS.

Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde organizou a oficina “Agenda do Pacto de Gestão” com o intuito de iniciar o processo de discussão para a revisão normativa do SUS e estabelecer as diretrizes, os conteúdos e a metodologia de trabalho para a elaboração de propostas de pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Fizeram parte dessa oficina representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde (MS). Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

A portaria estabeleceu diretrizes para a gestão do sistema no que se refere a: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O texto destaca que “a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão”, orientando a descentralização das ações, os serviços de saúde e a negociação e pactuação entre os gestores. Para a qualificação do processo de regionalização, o documento aponta que os gestores de saúde da região devem constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional – COGERE (abreviatura adotada no Rio Grande do Sul, para outros Estados é CGR), e uma das estratégias foi o apoio à qualificação da participação popular.

Na região do Vale do Taquari, o COGERE foi criado em agosto de 2007. Acompanhei esse processo na condição de representante dos docentes do Centro Universitário Univates, na Comissão de Integração de Ensino-Serviço (CIES), criada a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como parte das estratégias de regionalização do Pacto pela Saúde, no tocante ao eixo de gestão do trabalho e de educação na saúde. Esse documento introduziu modificações na Política Nacional de Educação Permanente

em Saúde, com novas instâncias de articulação dessa política, a saber: integrantes dos COGERE, formados pelos gestores estaduais e municipais de saúde de cada município pertencente à regional, instituições de ensino (técnico e superior), representatividade estudantil e de movimentos sociais, membros dos Conselhos de Saúde e entidades profissionais ou de trabalhadores com sede regional. Embora a Portaria apontasse que cabia aos COGERE a elaboração de propostas, na experiência do Vale do Taquari essas atribuições foram desenvolvidas pela CIES, que organizou seminários e oficinas para conhecer e problematizar as demandas dos segmentos, assim como efetuou o Plano Anual de Atividades de Educação na Saúde para a região. Os projetos foram elaborados e apresentados para aprovação do COGERE e depois encaminhados para as instâncias estaduais de homologação.

Os municípios estavam até recentemente organizados conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde do ano de 2002 (NOAS 01/2002), em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), tendo a responsabilidade de planejar, coordenar, avaliar e regular os serviços de saúde em seu território, identificando as necessidades de sua população, conforme as determinações do SUS. Mesmo com a proposta da descentralização definindo que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pela gestão da saúde, a região do Vale do Taquari não difere do restante do país, apresentando muitas dificuldades em avançar nesse processo. Tal contexto determinou a necessidade de renovação de estratégias de negociação e pactuação entre gestores, em 2006, no Pacto pela Saúde, que definiu prioridades articuladas e integradas sob a forma dos Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS e Pacto pela Vida.

Os gestores da saúde dos municípios da região do Vale do Taquari decidiram pela adesão ao Pacto pela Saúde somente no ano de 2011, uma vez que a esse processo estavam condicionados vários recursos, dentre eles, as ações de Educação Permanente em Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). As “modalidades de gestão” da NOAS não existiam mais. Com o pacto, cada município assinava um Termo de Responsabilidade, conforme sua capacidade do momento, estabelecendo prazos para cumprir com aquelas para as quais avaliava ainda não



ter capacidade. Diante desse novo cenário, a participação dos gestores no COGERE tornou-se mais efetiva, segundo a necessidade de se construírem estratégias locais e regionais.

Nesse mesmo ano, entretanto, foi aprovado o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Dentre as definições do Decreto, estão os componentes estratégicos das instâncias de governança: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e se decide de maneira consensual toda a gestão da saúde, assim como a implementação, de modo compartilhado, substituindo os Colegiados de Gestão Regional (COGERE).

As Comissões Intergestores Regionais, dentro do seu âmbito de ações, são responsáveis por definir, organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, definindo responsabilidades a partir de indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros que poderão ser disponibilizados, além de outras ações necessárias à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). As regiões devem ser consideradas e definidas de acordo com a realidade da vida das pessoas e das comunidades (BRASIL, 2006b), mas, para que isso aconteça, fazem-se necessárias negociações regidas pela solidariedade e valor à vida. Essas regiões deverão garantir a integralidade da atenção à saúde, de modo que o cidadão tenha uma rede de proteção e de cuidados, desde a atenção básica até as esferas de cuidado ambulatorial e hospitalar.

A regionalização é proposta como espaço em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades cotidianas, produzindo e reproduzindo relações sociais, em uma permanente construção material e espiritual da vida em sociedade (LIMA; MARTINS; SILVA, 2008). A regionalização deve, além de garantir o direito à saúde da

população, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promovendo a equidade. Como movimento vivo, o processo de regionalização deve ser resultado de ações de construção e reconstrução desencadeadas pelos gestores, em uma relação solidária e cooperativa (BRASIL, 2006c), o que determina a construção de tecnologias compatíveis com as necessidades dos usuários.

A regionalização é imprescindível, na prática, para que se alcance o direito à saúde. Carvalho (2005) defende necessidade de construção da rede de serviços regionalizados por intermédio de um plano de saúde regional, que integre municípios, Estados e União, de forma pactuada e integrada, com ênfase na municipalização do Sistema Único de Saúde, considerando-se as necessidades locais regionais.

Para a regionalização, como diretriz do SUS, o Ministério da Saúde definiu alguns pressupostos que devem orientar esse processo no campo da gestão e da atenção à saúde e, dentre os mesmos: a territorialização, considerando desenhos já existentes, respeitando as regiões e suas particularidades; a flexibilidade, que enfatiza a necessidade do respeito às diversidades regionais; a cooperação, como ação conjunta entre as esferas de governo, os gestores e as equipes técnicas na implantação do processo regional na busca de soluções; a participação e controle social, que expressa o comprometimento dos usuários, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, para que o poder público formule políticas que qualifiquem o SUS; e a cogestão, um processo político que decorra da articulação dos atores sociais, políticos e institucionais, a fim de realizarem objetivos e estratégias comuns, voltados para um determinado território. A valorização e a ampliação dos espaços de gestão compartilhada, conforme assinala Campos (2007) podem promover mudanças no modelo de gestão do SUS, assegurar o prosseguimento da Reforma Sanitária Brasileira e consolidar o SUS, por meio das políticas públicas a serem construídas.

A regionalização, segundo Ferla; Ceccim; Schaedler et al. (2009, p. 9), passa a ser, simultaneamente, uma iniciativa que amplia e qualifica a assistência à saúde, em um

determinado território, e um processo social, que envolve a participação de indivíduos e coletivos em relações sociais e de poder de significativa complexidade. Como prática social, a regionalização de um sistema de saúde exige composição processual, englobando os aspectos técnico, político, econômico, cultural e ideológico. Portanto, ela envolve os diferentes atores sociais que vivem, militam e constroem saberes nesses espaços, uma vez que estes, mais do que territórios físicos, são espaços plenos de vida, de produção de relações, afetos, saberes e ações políticas.

A participação social, assegurada pela Constituição Federal e regulamentada pela Lei Federal nº 8.142/90, ocorre por meio dos movimentos sociais organizados, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, nas três esferas de governo e nos colegiados de gestão. Os conselhos de saúde têm caráter permanente e a responsabilidade de deliberar sobre as prioridades em saúde, em cada âmbito de governo. As ações envolvem a análise e aprovação dos planos de saúde e do orçamento, o acompanhamento da execução da política e da implantação de serviços de saúde e a aplicação dos recursos financeiros. As conferências podem ser convocadas pelo gestor ou pelos conselhos de saúde e têm como fim debater temas da política de saúde, com periodicidade mínima de a cada 4 anos, conforme definido em lei. As conferências nacionais são precedidas de etapas estaduais e, estas, pelas regionais e/ou municipais, nas quais se discute um temário comum e são eleitos os delegados para as etapas posteriores. Cada conferência é deliberativa no seu âmbito e destina recomendações às pactuações entre gestores e às Conferências dos âmbitos de maior abrangência.

As conferências nacionais de saúde têm caráter deliberativo sobre as diretrizes da política nacional de saúde e indicam as ações e mudanças necessárias em cada período, nas diferentes áreas e segmentos que integram o campo da saúde. Considerando as conferências realizadas nos últimos doze anos, após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de saúde, observa-se que os relatórios finais dessas etapas, de maneira mais expressiva a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2004, assim como a 13ª, em 2008 e a 14ª, em

2012, registraram a aprovação de propostas que apontam para a urgência de se investir em mudanças na formação dos trabalhadores de saúde. Destacam também a necessidade de constituição de redes de cuidado e de integração ensino-serviço, por meio de diferentes dispositivos que garantam maior interação dos estudantes dos cursos da área da saúde com as equipes dos serviços e com a comunidade usuária desses equipamentos. Nesse sentido, foram feitos alguns recortes das propostas publicadas nos respectivos relatórios das conferências, com ênfase nas orientações sobre os temas relacionados a este estudo.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em dezembro de 2003 e reuniu aproximadamente quatro mil delegados que estiveram em Brasília para discutir “A Saúde que temos, o SUS que queremos”. As discussões foram norteadas por dez eixos temáticos, que produziram propostas para serem implementadas na Política Nacional de Saúde. Dentre as temáticas analisadas, conforme mostra o relatório, alguns temas têm maior relevância em relação às proposições da tese, tais como: os debates sobre a Intersetorialidade em políticas públicas (Eixo III) e da Interdisciplinaridade na formação e nas práticas em saúde, o trabalho na saúde (Eixo VII), destacando a formação dos profissionais de saúde, a educação permanente e a educação em serviço.

O Eixo III reafirmava o preceito constitucional do direito à saúde como “um projeto nacional de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo, com justiça social” (BRASIL, 2004a, p. 44). Essa concepção englobava as diretrizes de intersectorialidade e deveria orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento, ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tivessem por referência a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. O relatório aponta como prática de ação política e de gestão a intersectorialidade, embasada na compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes.

Dentre as propostas aprovadas nesse eixo, consta a necessidade de se promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo o diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e científicos, fortalecendo, em parceria com instituições de pesquisa, universidades, organizações não governamentais, associações e movimentos sociais, o compromisso de desenvolver a cultura da intersetorialidade com a população, gestores, trabalhadores e Conselhos de Saúde. Essas decisões apontavam para a necessidade de mudanças no setor educacional, em todos os níveis de ensino e da formação profissional que resultassem na melhoria das informações veiculadas, da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições. A introdução da educação permanente dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, a ênfase na intersetorialidade e na interdisciplinaridade também fizeram parte das recomendações (BRASIL, 2004a, p. 46). Entende-se que essas proposições também apontam para a necessidade de uma formação que qualificasse os trabalhadores de saúde e de outras políticas públicas para o trabalho em equipe, constituindo redes de cuidado e de promoção da saúde.

Em relação ao Eixo VII, trabalho em saúde, nos temas que abordaram a formação dos profissionais de saúde, a Conferência destacou a necessidade de se ampliarem e implantarem Polos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados, visando a discutir e efetuar projetos de mudança do ensino formal e de educação permanente, de formação técnica, de graduação e de pós-graduação dos trabalhadores, gestores e agentes de saúde, comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS. Essas mudanças deveriam acontecer por meio de cooperação técnica entre as três esferas de governo e sob o controle social. Os Polos deveriam ter caráter autônomo e a gestão exercida de forma colegiada, democrática e participativa, com a inclusão das estruturas regionais e municipais de gestão do SUS, das instâncias de ensino médio e superior (universidades e escolas técnicas), das secretarias estaduais, municipais e instâncias distritais de saúde e de educação, com a participação do controle social (BRASIL, 2004a).

Outra recomendação aprovada dentro do Eixo VII foram as mudanças do modelo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado na atenção à doença, necessitando a reformulação dos currículos dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde. Essas alterações na formação dos profissionais foram determinadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, publicadas no período de 2001 a 2004, com reformulações apenas nos cursos de educação física e psicologia. No entanto, na prática, ainda são frágeis as mudanças implementadas nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, ainda fortemente marcados pela ênfase em disciplinas e técnicas, distantes do contexto dos serviços e dos usuários. As propostas desse eixo apontaram a necessidade de se promoverem e implantarem educação permanente e educação em serviço, visando à qualificação dos trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS e da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do cuidado.

As conclusões da 13ª Conferência Nacional de Saúde destacaram no Eixo II, dedicado ao tema das “Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e no pacto pela saúde”, entre outros compromissos, o de priorizar a articulação entre universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem os diversos contextos sociais dos municípios no processo pedagógico de formação em saúde, dos níveis técnico e superior, comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2008). O relatório definiu também que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde deveriam implementar projetos, convênios e/ou programas envolvendo graduandos dos cursos da área da saúde, de universidades públicas e privadas, para a realização de ações integradas em saúde e educação na rede SUS, por meio de estágios e outras atividades de formação, voltadas especialmente para a Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e

Saúde Mental (BRASIL, 2008, p. 94-95). Em relação à constituição das redes de cuidado, o relatório descreveu que o Ministério da Saúde deve rever o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDR e PDI) e qualificar a gestão, o planejamento, o gerenciamento e o financiamento do SUS, respeitando a Emenda Constitucional nº 29, Lei Complementar nº 141, publicada em janeiro de 2012, que determina o que deve ser considerado gasto em saúde e que fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Municípios. A mesma determinou, também, que o Ministério da Saúde deveria implementar o Pacto pela Saúde nas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, definindo prioridades sanitárias e fortalecendo a saúde pública no país, com a regionalização e cooperação técnica entre os três níveis de governo, pactuadas com a participação social (BRASIL, 2012, p. 222).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2012, teve como tema “Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social. Política Pública, patrimônio do povo brasileiro”. A Conferência destacou a importância da intersectorialidade no fortalecimento das políticas públicas e na implementação de serviços, por meio de redes especializadas em promover a equidade e qualidade de vida a todos. Uma das diretrizes aprovadas destaca a necessidade de se “garantir gestão unificada e coerente do SUS, com base na construção de redes integrais e regionais de saúde” (p. 33). O tema da formação ganha destaque em várias propostas aprovadas, evidenciando a necessidade de que os Ministérios da Saúde e da Educação estabeleçam parceria que garanta a oferta de conteúdos curriculares relacionados com temas, tais como “políticas públicas, SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social e educação na saúde, nos currículos do ensino fundamental e médio, e nos cursos de graduação das universidades”. Essas temáticas estão presentes pelo menos em parte nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Sobre quais os cursos considerados como da área da saúde, trataremos a seguir.

**MUDANÇA NA GRADUAÇÃO E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS**



Para compor o quadro de profissões da área da saúde podemos recorrer à tabela de áreas do conhecimento, utilizada em todo setor acadêmico para identificar o pertencimento dos cursos. A tabela de áreas do conhecimento (CAPES e CNPq) identifica: Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Saúde Coletiva, Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Destas, apenas a Saúde Coletiva passou a indicar a formação em uma profissão depois da formulação da atual LDB e apenas a Educação Física tem importante graduação também como formação de professor. Entretanto, de acordo a Lei, a abertura de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia requer a manifestação do Conselho Nacional de Saúde, o que requer a inclusão da Psicologia entre as profissões do grupo. Pertencente às ciências biológicas, o curso de Biomedicina tem inclusão no grupo pela regulamentação da profissão em separado da profissão de Biólogo, ambas aproximadas pela chamada “ciências biológicas e da saúde”. A Medicina Veterinária e o Serviço Social, cursos frequentemente associados à área da saúde apresentam pertencimento às Ciências Agrárias e às Ciências Sociais Aplicadas. Para os fins de formação, as DCN agruparam o grupo saúde pela identificação da atenção à saúde como fazer central (ou de núcleo central de conhecimentos e de práticas profissionais), donde se reúne Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Dentre as experiências que desencadearam o movimento das mudanças na formação em saúde, está a integração docente-assistencial (IDA). O processo é descrito por Marsiglia (1995, p. 31) como união de esforços em um processo de articulação em crescimento, entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às necessidades da população, à produção de saberes e à formação de profissionais de saúde para determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino. A integração ocorreria por meio de projetos que visassem a incentivar a articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde, promovendo mudanças na formação e nas práticas em saúde, reconhecendo e incluindo a participação popular na discussão desses movimentos de transformação. A rede de projetos IDA teve fundamental importância no conjunto de mudanças que se verificou no ensino

em profissões da saúde e também serviu de alicerce para uma nova proposta, projeto UNI – Uma nova iniciativa: a integração com a comunidade, resultante da interligação das redes IDA com as redes UNI (CHAVES; KISIL, 1999, p. 7).

Os projetos UNI, “Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: União com a Comunidade”, surgem com o apoio da Fundação Kellog, em 1992. São 23 projetos em 11 países latino-americanos (ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999). Eles possibilitaram a mudança nas reformas curriculares, não apenas em relação a conteúdos, mas também priorizando a interação ensino-serviço-comunidade e a articulação com representantes da população. A proposta incluía a substituição das unidades-escola criadas nas universidades pelas redes locais de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 163). Essa é uma questão relevante para este estudo, uma vez que as análises dos documentos e da organização dos cursos de graduação das ciências da saúde denotam que as universidades ainda não estabeleceram essa interlocução com os serviços da rede, seguindo na lógica de criação de serviços-escola.

A reunião dos projetos UNI e dos projetos IDA, levou à estruturação da Rede UNI-IDA (mais tarde Rede Unida) e possibilitou a formulação de uma teoria sobre a “mudança na educação dos profissionais de saúde” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 152). A ruptura com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação e a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde marcaram o início dos anos 2000, segundo Carvalho e Ceccim (2006).

A construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (DCN) teve a participação de diversos atores sociais para a sua elaboração. Cada profissão teve suas diretrizes publicadas separadamente e foram aprovadas, para os 10 cursos da área da saúde, entre 2001 e 2004 (medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física e psicologia). As DCN buscavam construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos de acordo

com as necessidades atuais das populações, bem como para atuarem com qualidade e resolutividade no SUS (PEREIRA; LOPES; LUGARINHO, 2006).

Considerando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios e diretrizes, as decisões das Conferências Nacionais de Saúde e as mudanças nas DCN dos cursos da saúde, é possível afirmar que as mudanças ainda estão, nesse cenário, no plano da produção teórica, ou seja, a lógica dos processos de trabalho e de cuidado em saúde ainda não superou o biologicismo e o modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, nos especialismos e na orientação hospitalar), como descrevem Carvalho e Ceccim (2006, p. 143).

Para alguns cursos, as DCN colocaram indicativos de mudança na formação do profissional de saúde visando a responder aos princípios e diretrizes do sistema de saúde vigente no país o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (exceção aos textos da educação física e da psicologia). No entanto, as mudanças propostas pelas DCN ficam restritas aos indicativos, uma vez que a orientação para o processo de estruturação e avaliação dos cursos ainda é apoiada em critérios que enfatizam o desenvolvimento de habilidades técnicas, dentro das especificidades de cada área.

Contrários ao modelo tradicional de formação em saúde, Ceccim e Capozzolo (2004) destacam o tema da integralidade e humanização como essência da produção de cuidados em saúde e da formulação de estratégias de ensino, uma oposição aos saberes e práticas fragmentários e reducionistas no atendimento, na gestão organizacional e na participação popular. No debate sobre a educação dos profissionais de saúde para a abordagem das noções de integralidade e humanização, os autores defendem uma proposta de política de formação que deseja a afirmação da vida (*autopoiesis* da existência), utilizando a noção da clínica como resistência e criação. Os desafios à integralidade e humanização, segundo os autores, supõem, entre outras questões, a concepção ampliada da clínica, o trabalho em equipe, o ordenamento adequado da atenção, a produção/criação de novas práticas e estéticas diante das realidades locais, a ação intersetorial e um projeto

ético-político para a mudança da formação profissional na saúde. Os autores sustentam ainda que a educação dos profissionais de saúde é potente para constituir a integralidade e humanização nas práticas de gestão e de atenção à saúde e para construir um aprender coerente com os princípios do SUS (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 384).

O contexto das mudanças na saúde evidencia também a inserção de diversas categorias profissionais, derivada da aposta de que o trabalho em equipe na saúde é condição para ampliar a resolutividade das ações e intervenções. Na abordagem desse tema, é necessário recorrer à noção de núcleo e campo de conhecimentos e de práticas. Campos (2000, p. 220) afirma que “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e, o campo, um espaço de limites imprecisos”. Nesse último, “cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”, ou seja, o núcleo como uma concentração de conhecimentos e de práticas que se manteriam em relação com a dinâmica do campo, uma relação que estaria sempre provocando o borramento dos limites disciplinares. Portanto, núcleo e campo não podem ser pensados de forma dissociada e não é possível detectar limites precisos entre eles.

No debate de campo e núcleo das disciplinas, Ceccim (2005b, p. 264-265) defende a noção de *entre-disciplinaridade*, “uma multiprofissionalidade que transbordaria a noção de sujeito individual para a noção de equipe desassujeitada por conhecimentos e práticas disciplinares individuais”, ou seja, considera que todo e qualquer recorte disciplinar é limitado, propondo uma terceira margem como lugar de experimentação dos profissionais, onde poderiam ficar abertos à alteridade e à aprendizagem de sentidos. O autor aponta a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, no sentido de “uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade” (CECCIM, 2005b, p. 261), pois acredita que nenhuma profissão é capaz de dar conta da complexidade presente em um projeto terapêutico que busque alcançar a integralidade e a resolutividade. O desafio trata, então, de uma ética entre-disciplinar que nortearia uma clínica

nômade, não dissociando a gestão da atenção, mas interrogando esses lugares segundo os interesses e necessidades dos usuários (CECCIM, 2005b, p. 275).

As propostas exigem transformar a atenção formatada no núcleo específico e reduzido das disciplinas para o trabalho em equipe. Esse processo envolve assumir a complexidade do trabalho multi, inter e transdisciplinar em saúde e colocar as necessidades dos usuários como centrais e não os procedimentos profissionais. A crítica de Benevides de Barros e Passos (2000) assinala que, apesar dos esforços das últimas décadas para flexibilizar as fronteiras disciplinares, o que se obteve como efeitos tanto da multiprofissionalidade como da interdisciplinaridade foi a preservação dos limites disciplinares, tanto dos objetos como dos sujeitos desses conhecimentos. Os autores esclarecem que não se trata de abandonar o movimento criador de cada disciplina, mas de fabricar intercessores, fazer série, agenciar, interferir. Na perspectiva transdisciplinar, problematizar os limites de cada disciplina é argui-las em seus pontos de congelamento e universalidade, nomadizar as fronteiras, torná-las instáveis, ou seja, caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos. Nesse sentido, as mudanças na formação para a implementação efetiva do trabalho em equipe ainda precisa passar por complexos processos de transformação, que não ficam limitados à técnica, mas são da ordem da política.

Entre as profissões que requerem manifestação do Conselho Nacional de Saúde para a abertura de cursos, há necessidade de que enfatizem o compromisso com o SUS e seu desenvolvimento locorregional. Se as DCN de medicina e odontologia têm redação prevista, o mesmo não aconteceu com a psicologia. O documento das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de psicologia fica limitado basicamente à compreensão dos fenômenos psicológicos e suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais. Herter; Boschi; Silva Neto e Araújo (2006, p. 438-439) realizaram uma análise da trajetória da formação nessa área, a partir da sua constituição histórica como ciência e profissão até 2006. Nesse estudo, destacam que, embora alguns movimentos isolados e os esforços de algumas instituições e entidades, como a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), a

psicologia ainda não manifesta compromisso mais expressivo com a saúde coletiva. Reforçam que a formação ainda é baseada na abordagem clássica e tecnicista, voltada para a prática liberal. No entanto, cabe ressaltar que a psicologia tem se destacado pela participação nos debates e nos movimentos que têm garantido a Reforma Psiquiátrica no país, mesmo que, em relação às diretrizes curriculares para os cursos de psicologia isto apareça como teoria, não como política. A “atenção à saúde” está marcada entre as habilidades e competências a serem promovidas, como compromisso da formação, segundo suas DCN.

Considerando que as universidades brasileiras têm autonomia para a organização de currículos, programas dos cursos e pesquisas, garantidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as diretrizes curriculares constituem-se apenas em uma indicação, e não em uma garantia de mudança na formação em saúde. Não há evidências de compromissos da Universidade com esse processo, nem do MEC, por meio da elaboração das diretrizes curriculares e dos diversos mecanismos de avaliação dos cursos e das instituições formadoras. O reconhecimento de cursos e os processos de renovação do reconhecimento autorizam-nos a seguir repetindo modelos e práticas clássicas em nome do projeto pedagógico de curso específico de cada instituição. Diante da situação, observam-se algumas ações com medidas que têm promovido maior interação dos cursos com os serviços. No entanto, até por serem novas as Diretrizes, ainda não é possível dimensionar os efeitos desses processos na atenção à saúde no país e nem mesmo mudanças na formação em saúde, exigidas pelas instâncias participativas ou normativas do SUS podem ser constatadas.

Dentre as ações, identificamos a Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) nº 2101, de 03 de novembro de 2005, lançando o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Esse programa parte da perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em eixos distintos, por meio da integração da escola com o serviço público de saúde, e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de profissionais, na produção do conhecimento e

na prestação de serviços direcionados ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005). Dentre os objetivos específicos, a portaria descreve que o programa prevê: reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; e estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, assim como à integração da rede pública de serviços de saúde à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente. A segunda versão do Pró-Saúde estendeu-o para 14 profissões, incluindo além das 10 já citadas, o Serviço Social, a Medicina Veterinária, a Biologia e a Biomedicina (BRASIL, 2007b).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) iniciou suas atividades no país em 2009, tendo como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade e o fortalecimento da atenção básica em saúde, a partir da formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, considerando suas equipes básicas, equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2010, o Programa foi ampliado e a Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010, instituiu o PET-Saúde/Vigilância em Saúde. Por meio do Edital nº 7, de 3 de março de 2010, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, selecionaram 70 projetos que foram desenvolvidos no período de 2010 a 2012. Essa iniciativa incluiu entre os cursos da área da saúde a Saúde Coletiva, a Agronomia e a Economia Doméstica, atuantes na área. Ao PET-Saúde/Vigilância em saúde, se seguiram o PET-Saúde/Saúde Mental e Redes Prioritárias de Atenção à saúde.

A Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, implementou o PET-Saúde disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O objetivo do Programa é promover a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho por meio da

reorientação da formação profissional, visando a transformações nos processos de geração de conhecimento, de ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde e do fomento de grupos de aprendizagem tutorial.

Cabe destacar o quanto essas ações têm justificado sua apresentação pela necessidade de processos da reformulação dos processos de formação dos cursos da área da saúde. As experiências vivenciadas nesses programas têm produzido a reorganização de processos de cuidado nos serviços e nas práticas dos profissionais, mas não superaram, em estratégia e efeitos, as antigas iniciativas IDA e UNI, modificados pela recomposição desses projetos ao longo do tempo, sucedidos, inclusive por um fórum nacional ampliado, de base nacional e multiprofissional designado como Rede Unida, que passou a realizar congressos nacionais a cada 2 anos.



**CENÁRIOS DOS CURSOS DE FORMAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE**

O estudo buscou apontar quantos são os cursos de graduação em saúde vinculados às Instituições de Ensino Superior, que estão em atividade, considerando universidades, centros universitários e faculdades. Optou-se pelo caso do Rio Grande do Sul, a título de exemplo. Buscou-se saber quais são os espaços de práticas e formação dos profissionais de cada profissão. Nesse contexto, o estudo procurou identificar a ênfase dada às clínicas-escola, hospitais universitários ou hospitais-escola como campo de práticas para os estudantes dessas áreas do conhecimento. A análise teve como objeto a situação dos cursos cujas DCN orientam-se pela “Atenção à Saúde”. Foram eles: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia (Ciências Humanas) e Terapia Ocupacional, entrando a Biomedicina (Ciências Biológicas) e saindo a Educação Física (Ciências da Saúde). As informações quanto ao número de cursos presenciais e em atividade foram obtidas junto ao cadastro do sistema e-MEC<sup>4</sup>. Os resultados mostram que o número de cursos em algumas áreas é superior ao número de IES em que há registro de oferta, uma vez que algumas têm mais de um campus, ou ainda, os cursos são ofertados no mesmo local, mas têm projetos pedagógicos diferentes em andamento.

A análise do conjunto de informações relativas aos cursos de graduação das ciências da saúde e os espaços de prática no Estado do Rio Grande do Sul é adotada como referência para a continuidade da reflexão sobre o compromisso da universidade com os processos de formação em saúde. Os cursos de graduação da área da saúde citados, como Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia, há necessidade de serviço-escola ou uma clínica-escola como espaço de formação. Para o curso de Medicina, há exigência de hospital-escola, ou leitos de ensino. Para os cursos de enfermagem há exigência do hospital-escola e rede de Unidades Básicas de Saúde. Para os cursos de odontologia há exigência de módulos-escola. Muitos cursos de farmácia, contam com farmácia-escola.

---

<sup>4</sup> O e-MEC é um sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil. Todos os pedidos de credenciamento e recredenciamento de instituições de educação superior e de autorização, renovação e reconhecimento de cursos, além dos processos de aditamento, são feitos pelo e-MEC.

O curso de Biomedicina é oferecido em 13 instituições, totalizando 17 cursos, uma vez que há mais de um curso em duas IES. Todos os cursos têm alguns laboratórios na instituição, onde são realizadas atividades práticas vinculadas às disciplinas. Além destes, quatro IES possuem serviços-escola onde os estudantes desenvolvem os estágios curriculares, ao passo que as demais mantêm convênios com hospitais e outros serviços, públicos e privados.

Atualmente, há 47 cursos de Graduação em Enfermagem no Estado, distribuídos em 35 IES. Segundo o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, a existência de laboratórios específicos nos mesmos é parte das exigências do Ministério da Educação. No entanto, os estágios podem ser realizados em hospitais e/ou unidades de saúde, desde que no mesmo município sede do curso, com fácil acesso para os estudantes e com a presença de enfermeiros nesses locais de práticas.

Os cursos de Farmácia são 26, em 21 IES. Segundo o Conselho Regional de Farmácia/RS, 9 IES possuem uma farmácia-escola.

Os Cursos de Fisioterapia são 29, em 25 Instituições de ensino superior, sendo que 28 destes mantêm uma clínica-escola específica, segundo informações do Conselho Regional de fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região. Alguns cursos têm convênios com clínicas privadas de fisioterapia e alguns serviços públicos que possuem profissional fisioterapeuta para a realização dos estágios curriculares. As DCN desse curso, publicadas em fevereiro de 2002, em seu artigo Art. 7º, parágrafo único, apontam que a carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde.

Na área de Fonoaudiologia, existem 7 cursos e igual número de Instituições. O Conselho Regional de Fonoaudiologia do Rio Grande do Sul esclarece que todos os cursos, pela natureza da profissão, possuem clínica-escola e laboratórios de audiologia e de voz, com estágios nas quatro áreas da Fonoaudiologia: linguagem,

motricidade oral, audiologia e voz. Essa exigência é obrigatória não só por parte do MEC, mas também pelos Conselhos, pois consideram as clínicas imprescindíveis para a formação de fonoaudiólogos, uma vez que os serviços de saúde em geral não estão aparelhados com laboratórios específicos da área. Segundo as diretrizes curriculares aprovadas em fevereiro de 2002, no artigo 7º, parágrafo único, está determinado que a maioria das atividades dos estágios curriculares deve ocorrer “em clínica-escola adequadamente equipada para tal finalidade”

A graduação em Medicina no portal do e-MEC conta com 12 cursos, em igual número de IES. Segundo o site do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do SUL, todos os cursos devem contar com os hospitais universitários ou hospitais-escola, próprios ou conveniados, tratando-se de uma exigência para a formação. Segundo o portal do Ministério da Saúde, no Rio Grande do Sul, são 15 Hospitais de Ensino (HE) contratualizados. Observa-se que o número de HE é maior que o número de cursos, uma vez que algumas instituições de Ensino estão vinculadas a mais de um estabelecimento hospitalar. A continuidade da formação médica ocorre por meio dos programas de residência médica, instituídos e orientados pela Lei Federal nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Os programas são de responsabilidade de Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos e funcionam sob a forma de cursos de especialização, caracterizados por treinamento em serviço. Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 1845/2008), os Programas de Residência Médica abrangem 53 especialidades médicas e 52 áreas de atuação, (subespecialidades).

A graduação em Nutrição conta com 25 cursos, em 23 IES. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais desse curso, a carga horária do estágio curricular deverá ser distribuída equitativamente em pelo menos três áreas de atuação: nutrição clínica, nutrição social e nutrição em unidades de alimentação e nutrição. Os cursos contam com laboratórios específicos nas respectivas IES, mas também mantêm convênios com hospitais, clínicas (públicas e privadas), empresas, escolas e unidades básicas de saúde para a realização dos estágios curriculares.

A graduação em Odontologia é realizada por 14 cursos em 12 instituições de ensino superior. Todos os cursos mantêm pelo menos um serviço-escola, com diversas áreas ou “clínicas diversas”. A maior parte deles descreve serviços em diversas especialidades da odontologia e alguns destacam as práticas em hospitais de odontologia como espaço de formação diferencial em termos de qualidade. Um dos cursos informa que oferece atendimento a pacientes, desde que os tratamentos interessem à formação profissional dos acadêmicos. Os pacientes que procuram o serviço passam por um processo de triagem no qual são identificados, por meio de exames clínicos e radiográficos, os procedimentos necessários. A partir disso, passam pelas clínicas, de acordo com as prioridades de atendimento, e têm alta após passar por todas as áreas ou clínicas indicadas para cada caso.

São 57 os cursos de Psicologia, em 34 IES. Embora o Conselho Regional de Psicologia da Região não tenha informações precisas, a estimativa é de que todos tenham ou estejam estruturando uma clínica-escola. Ao revisar as diretrizes curriculares do curso de Psicologia, encontra-se explicitado no artigo 25 que o projeto do curso deve prever a “instalação de um serviço de psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e as demandas de serviço da comunidade na qual está inserido”. Essa exigência pode justificar a estimativa de que existam 30 serviços ou clínicas-escola vinculados a esses cursos.

Na área de Terapia Ocupacional, são cinco os cursos ofertados no mesmo número de IES. Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional não há a exigência de serviço-escola para a formação desses profissionais. Algumas das instituições consultadas afirmam que os estágios curriculares são realizados em serviços públicos e privados, tais como Instituições de Longa Permanência, Centros de Atenção Psicossocial e Clínicas especializadas, mediante convênio e supervisão docente.

A partir dessas informações, podemos afirmar que temos no Rio Grande do Sul, até o momento, considerando-se as áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia,

Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, 239 cursos de graduação e, nestes, 91 clínicas-escola (38%). Os hospitais universitários ou hospitais-escola são pelo menos 12, considerando-se hospitais próprios ou conveniados, chegando-se a 43% de cursos com uma “clínica-escola”. A consulta a 31 sites das Instituições onde as “clínicas-escola” estão localizadas mostra que, com exceção de 4 das clínicas, os serviços descritos funcionam em estrutura física da IES e oferecem atividades específicas de cada área de formação, realizadas por estagiários, com supervisão/orientação dos docentes responsáveis. Algumas mantêm convênio com o SUS para prestar os atendimentos, mas não referem articulação mais efetiva com a rede local ou locorregional de saúde. Outra característica comum entre elas é a existência de filas de espera, obrigando a população a meses de expectativa pelo atendimento.

Dentre as clínicas-escola identificadas neste estudo, apenas uma trabalha em articulação com as redes de atenção dos municípios que integram a rede regionalizada. Nesse serviço, estudantes de seis cursos de graduação da área da saúde, sob a orientação docente, realizam os estágios curriculares, mas não desenvolvem apenas atividades específicas da profissão em formação. As atividades desenvolvidas compreendem desde a análise de situação de saúde dos municípios parceiros, acolhimentos, avaliações e intervenções individuais e em equipe, construção e implementação de Projetos Terapêuticos Singulares, apoio matricial, apoio institucional, entre outras. Essa proposta de clínica-escola é apresentada na sequência deste estudo, como outra possibilidade de se atender à exigência das DCN e, ao mesmo tempo, promover espaços de formação vinculados ao contexto e aos princípios e diretrizes do SUS. Essa clínica-escola se apresenta como clínica regional, seguindo o conceito de região de saúde do Decreto Federal 7508/2011, citado, de educação e saúde, seguindo os conceitos de educação na saúde da Política Nacional de educação Permanente em Saúde. Está vinculada ao Centro Universitário Univates.

As informações apresentadas em relação às clínicas-escola e outros serviços que têm atribuições similares evidenciam a significativa participação dessa modalidade

de serviço, que tem forte implicação com processos de formação e de ações em saúde ainda presentes nos cursos graduação, e que é marcada pela ausência de práticas integradas entre eles e de interação entre as instituições de ensino e o sistema de saúde. Esse contexto não propicia maior contato dos estudantes com as realidades de intervenção e evidencia o quanto ainda estamos orientados pelo paradigma multidisciplinar/disciplinar.

Na análise de Luz (2009, p. 307), a multidisciplinaridade seria resultante de uma soma de “olhares” e métodos aportados pelos profissionais de diferentes disciplinas ou práticas. Esta é uma parte do cenário que me instiga a analisar o impacto da clínica-escola como espaço de formação e de práticas em saúde, em relação às mudanças na organização da rede de atenção à saúde que vem ocorrendo ao longo da implantação do SUS.

Qual o compromisso das universidades e dos cursos de graduação em saúde com os processos de descentralização da gestão, de regionalização da atenção e de participação social como estratégias para a integralidade da atenção à saúde e para as mudanças necessárias na formação em saúde? Quais as contribuições e implicações das clínicas-escola, hospitais de ensino ou serviços-escola com a formação e as práticas de cuidado preconizadas pelo SUS? Existem estudos divulgados que denotem a preocupação e compromisso das IES com o processo de formação promovido pelas vivências de estágios e de práticas, realizados nos serviços, clínicas-escola e hospitais de ensino, durante a graduação?

Para responder a esses questionamentos busquei as publicações que denotam as contribuições e o compromisso das IES com os processos de formação, consultando o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O próximo capítulo apresenta os resultados encontrados, a partir da análise das publicações que ocorreram entre 2000 e 2013, que fazem referência à análise dos processos de formação dos profissionais de saúde oriundos dos cursos de graduação que integram este estudo, depois da aprovação das atuais DCN.

**CLÍNICA-ESCOLA: PUBLICAÇÕES E ESTUDOS SOBRE O TEMA**



Este estudo buscou encontrar publicações relativas a pesquisas já realizadas nesta área, considerando-se os últimos doze anos, período estabelecido por ocasião da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. As buscas foram realizadas a partir das palavras-chave clínica-escola, serviço-escola, unidade-escola, hospital-escola e hospital universitário. A consulta foi realizada no Portal da CAPES, complementada no site da Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), no site da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPPEP) e nos sites de alguns Conselhos Profissionais, além dos relatórios e textos publicados nos sites do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Apesar da importância do objeto de estudo, poucas experiências em âmbito nacional foram documentadas. A revisão bibliográfica, empreendida nas bases citadas, a partir de palavras-chave relacionadas ao objeto de estudo, foi praticamente infrutífera, predominando a publicação de estudos realizados nos serviços, com a avaliação dos resultados das tecnologias de cuidado utilizadas, ou aspectos relativos à população que busca atendimentos nesses serviços. Pode-se considerar que não há uma cultura de avaliação sistematizada voltada para os efeitos dos processos de formação promovidos por esses serviços, clínicas e hospitais-escola como espaços de formação comprometidos com o SUS e com as necessidades da população.

A busca por teses e dissertações publicadas nesse mesmo período foi realizada no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Com a palavra-chave “hospital universitário”, foram encontradas 30 teses de doutoramento, mas apenas uma abordou o tema do compromisso dessas instituições com a formação profissional e com os resultados que vem sendo alcançados por meio da sua participação na rede do SUS. A tese tem como título “Entre a Intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)”, de Ademar Arthur Chioro dos Reis, defendida em 2011. As demais teses abordaram temas relativos ao relato e à análise da implantação de ações relacionadas a patologias, às práticas específicas de alguma especialidade ou ao comportamento de usuários no ambiente hospitalar. Partindo das palavras-chave clínica-escola, serviço-escola, unidade-escola e hospital-escola, não foram encontrados registros

de teses, no período 2000-2013 (até julho), que abordassem questões relativas ao compromisso ou participação desses serviços na formação dos profissionais de saúde. Utilizando os mesmos descritores, não foram encontradas dissertações e teses que abordassem os temas relativos ao objeto de estudo citado.

Nas consultas realizadas no Portal da CAPES, a partir da palavra-chave clínica-escola, as consultas apontaram, num primeiro momento, mais de 30 mil publicações, mas foi constatado que a expressão pesquisada está presente apenas no título ou no conteúdo do trabalho, identificando o lugar onde foi realizado. Com a aplicação de critérios, tais como período (últimos 13 anos) idioma e publicações nacionais, os estudos publicados nos últimos 10 anos, em português, somam aproximadamente 7 mil artigos e referem-se, na sua maioria, às práticas de médicos e de enfermeiros em hospital-escola e de outras categorias da saúde em clínicas-escola ou unidades de saúde-escola. Considerando a indicação da palavra-chave clínica-escola foram encontrados 189 artigos. No entanto, eles também descrevem ações desenvolvidas em clínica-escola, principalmente em serviços dos cursos de Psicologia, Fonoaudiologia ou Fisioterapia pelos docentes, pesquisadores e estudantes da área. Os artigos abordam estudos realizados relatando diferentes técnicas e metodologias de atendimento, ou estudos relativos às patologias ou públicos específicos, mas não foram identificados estudos que analisassem esses espaços e o impacto na formação e nas práticas dos profissionais de saúde.

A partir da palavra-chave “serviço-escola”, foram encontrados 2.707 trabalhos, mas em apenas 32 a expressão está de fato presente nas palavras-chave do estudo. No entanto, trata-se de pesquisas realizadas em unidades de terapia intensiva ou em unidades básicas de saúde, em que predominam como temas a mortalidade infantil e atividades realizadas em centros de saúde, ou seja, o relato de práticas realizadas pelos estagiários de fisioterapia no tratamento das alterações posturais. Entre essas produções em que a expressão realmente está na palavra-chave, 10 relatam experiência multiprofissional com a área de odontologia, e outras 12 tratam de formas de tratamento específico para alterações posturais. Esta análise nos mostra que não há publicações que resultem de estudos sobre o impacto das práticas

realizadas nas clínicas-escola e suas relações e compromissos com a formação e a interação comprometida com a rede de atenção do SUS.

A pesquisa encontrou 6 livros publicados nos últimos dez anos que abordam as práticas da psicologia na clínica-escola. Dois deles são voltados para as práticas da clínica-escola de psicologia das suas respectivas instituições de ensino-superior, ambas no Rio Grande do Sul. Um dos livros descreve serviços voltados apenas para o curso de Psicologia, dando destaque, no capítulo inicial, para a trajetória da constituição do serviço. A relevância destacada nos documentos é para a história da psicologia como ciência e profissão, a clínica-escola como espaço onde o psicólogo desenvolve, nos anos finais da graduação, “a parte técnica de sua formação clínica” (LÖHR; SILVARES, 2006 apud Macedo, 2009, p.18). O texto registra também a integração entre a instituição de ensino e a comunidade, por meio do atendimento da população economicamente menos favorecida, permitindo também que o aluno vivencie situações reais. Os demais capítulos descrevem práticas sob diferentes abordagens da ciência psicológica.

A segunda obra refere-se também a uma clínica-escola de uma instituição de ensino superior do Rio Grande do Sul e descreve ações “numa perspectiva interdisciplinar”. A mesma inicia por capítulos que destacam o compromisso da universidade com a comunidade, enfatizando a relação da extensão universitária com a comunidade. O texto seguinte se refere a alguns conceitos de saúde, como cuidado e integralidade, e às questões da ética no cuidado. Os demais capítulos apresentam relatos das práticas desenvolvidas no serviço e o que se destaca é que cada ciência da saúde teve seu trabalho apresentado em capítulos separados, com a descrição dos “fazer” específicos de cada uma das áreas (RAMIRES; CAMINHA, 2006).

Quanto às outras duas obras, uma delas é organizada por Silvarés, Edwiges Ferreira de Mattos (2006) e refere-se a uma descrição inicial e à compilação de experiências de clínicas-escola de diferentes instituições do país, apresentadas em um evento relativo a esse tema, em 2004, em São Paulo. O texto enfatiza que a clínica-escola em Psicologia consiste no ambiente associado a uma instituição de

ensino, no qual o aluno completa a sua formação ao realizar a prática clínica, sob a orientação de um professor supervisor. O objetivo desse serviço é promover ações e procedimentos que possibilitem o ensino e a pesquisa, contribuindo para a formação do aluno, ao mesmo tempo em que ele atende à comunidade. Destaca também a necessidade de maior debate sobre o papel desses espaços e suas práticas, alertando para os problemas como as filas de espera, o que tem justificado alto índice de desistências por parte dos usuários que ficam aguardando por muito tempo.

A obra de Firmino (2011), recomendada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), aborda a importância desses registros. A autora faz uma retomada da história da psicologia no Brasil, referindo-se ao lugar que a clínica-escola assume como “formadora de profissionais”. Relata também que o objetivo da obra é o de apresentar uma análise das relações entre pesquisa e prática na história da Psicologia e da clínica-escola. A autora enfatiza a importância dos laboratórios de pesquisa, como o de Leipzig (na Alemanha), para o desenvolvimento e autonomia do campo psicológico. Entre as considerações finais da obra, é reforçada a importância da clínica-escola, pois ela “possibilita o acesso a uma sociedade (...) como lugar de produção e transmissão do saber psicológico” (FIRMINO, 2011, p. 86). Diante do exposto, percebe-se que a clínica-escola ainda ocupa espaço de destaque na formação dos psicólogos, fortalecendo saberes e práticas disciplinares e não reconhecendo a rede de saúde do SUS, (ou uma tese de planificação como a do citado Relatório Dawson, de 1920, na Inglaterra).

Ainda abordando a área da Psicologia, a obra “Formação em Psicologia - Serviços-Escola em Debate”, publicada em 2005, resultou do 12º Encontro de Clínicas-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo, realizado na Universidade de São Paulo, campos Ribeirão Preto, que aponta a importância dos serviços-escola tanto na formação do psicólogo como no atendimento à comunidade e na pesquisa. Os temas incluem aspectos históricos do currículo e a organização e funcionamento dos serviços.

O Portal do Conselho Federal de Psicologia, no link publicações, apresenta a recente divulgação, disponível para consulta, da “Carta de serviços sobre estágios e serviços-escola”. O documento apresenta a legislação, o código de ética profissional, orientações sobre estágios e destaca, na página 14 “Concepções e objetivos do serviço-escola”, fazendo referência ao art. 25 das DCN, e reitera que ele “cumpre a dupla função de criar condições para o treinamento profissional e de oferecer serviços psicológicos à população” (CFP, 2013). A publicação abre também a possibilidade para a produção de conhecimentos por meio de pesquisa, enfatiza a importância das condições físicas e materiais para realização das atividades e a manutenção do sigilo das informações e faz menção ao compromisso com a rede de atenção e ao SUS. Na consulta realizada no portal do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Rio Grande do Sul, não foi encontrada nenhuma orientação ou regulamentação sobre o funcionamento das clínicas-escola para esses cursos, embora sua exigência para uma formação de qualidade.

Em relação aos Hospitais Universitários (HU) ou Hospitais de Ensino (HE), no portal da CAPES, foram encontrados 1452 artigos. No entanto, as referências encontradas reforçam o histórico de formação fragmentada e tecnicista observada em diferentes cursos da área da saúde, já descritos. Dentre as publicações, apenas quatro artigos abordam a contribuição dessas instituições na formação dos profissionais de saúde, sendo que três apresentam experiências de profissionais da área da Enfermagem e o quarto artigo faz referência à formação e prática interdisciplinar na atenção aos idosos. Jesus; Figueiredo; Santos et al. (2011) apresentam um estudo que teve como objetivos identificar demandas, expectativas e fatores que interferem na qualificação de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Os resultados mostraram a necessidade de mudanças no processo de formação e subsidiaram a criação de um Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem para a instituição.

O cuidado humanizado em um hospital universitário é o tema da segunda publicação, na qual Barbosa e Silva (2007, p. 546) investigaram “os aspectos da rotina hospitalar em que o enfermeiro percebe os princípios bioéticos no

atendimento e em que situações ele percebe que o conceito de respeito ancora-se na sua rotina”. Dentre as conclusões, o estudo aponta que as rotinas hospitalares dificultam a aplicação dos princípios da humanização do cuidado. Em outra publicação, Assad e Viana (2005) estudaram as “formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial”. As conclusões apontaram que naquela Instituição predominam duas modalidades de aprendizagem: a que traz à tona elementos de transformação e a que favorece a reprodução. Por fim, o último artigo apresenta a experiência de um HU na formação dos profissionais para a atenção integral à saúde do idoso. Motta, Caldas e Assis (2008) definem que essa experiência interdisciplinar é uma contribuição para a formação de profissionais de diferentes áreas, comprometidos com princípios do SUS.

O Portal do MEC apresenta os hospitais universitários como “Centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde”. O texto assinala que “a efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias”; desta forma, “garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Descreve ainda que os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde, embora exista grande heterogeneidade entre os hospitais universitários quanto à capacidade instalada, recursos tecnológicos e abrangência no atendimento. O texto enfatiza que “todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos”.

O Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. O documento descreve os objetivos do REHUF, dentre eles, o de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde, além de desempenhar as

funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem a área acadêmica e à de serviço no campo da saúde, relativamente ao ensino, pesquisa e extensão.

Dentre os objetivos específicos do programa, o Decreto estabelece a necessidade de oportunizar situações de ensino de graduação na área da saúde, principalmente “a oferta de internato nos cursos de Medicina e estágios curriculares supervisionados para os demais cursos; [...] desenvolver programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*”, propiciando a formação de docentes e pesquisadores em saúde, identificados com a lógica dos serviços de atenção especializada ofertados e a gestão em saúde. O Programa visa também a “definir a oferta anual de vagas dos programas de residência médica, de modo a favorecer a formação de médicos especialistas nas áreas prioritárias para o SUS” (art. 2º); e implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, promovendo o trabalho em equipe multiprofissional e a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde.

No campo da assistência à saúde, o documento descreve que os hospitais universitários desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde. Dentre as suas atribuições, estão a oferta de serviços de atenção de média e alta complexidade, observando-se a integralidade da atenção à saúde, com acesso regulado, mantendo-se as atividades integradas à rede de urgência e emergência. Essas instituições devem ainda garantir: a oferta da totalidade da capacidade instalada ao SUS; avaliação de novas tecnologias em saúde, com vistas a subsidiar sua incorporação ao SUS; desenvolvimento de atividades de educação permanente para a rede de serviços do SUS, com vistas à qualificação de recursos humanos para o sistema. A implementação de ações de telessaúde, utilizando as metodologias e ferramentas propostas pelos Ministérios da Saúde e da Educação também estão previstas.

O Portal do Ministério da Educação (MEC) informa que, atualmente, o Rio Grande do Sul conta com quatro hospitais universitários federais, mas não faz referência aos hospitais universitários privados. Tal fato revela que o critério utilizado para contabilizar os hospitais universitários é o de rede própria (das Instituições Federais de Ensino Superior).

O site da Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB) tem suas publicações indexadas desde 1997 até agosto de 2013, quando o último número foi publicado. Nesse período, foram publicadas 80 revistas, e na revisão de todos os volumes foi encontrada a publicação de apenas um editorial (junho de 2013) e um artigo produzido por André Cesar Médici (Médici, 2001). O texto publicado por Médici apresenta resultados de um estudo realizado sobre a evolução dos hospitais universitários (HU), suas características, funcionamento e financiamento, e seu papel no ensino e pesquisa médicos. Baseia-se nas informações e conclusões de um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os hospitais universitários de 22 países. Embora o Brasil não conste nessa lista (os países são divididos em três grandes categorias: alta, média e baixa renda, a partir dos critérios como população, Produto Interno Bruto per capita; Esperança de Vida; Índice de Desenvolvimento Humano; Taxa de Mortalidade Infantil e taxa de Urbanização), as conclusões do estudo podem contribuir para a nossa análise sobre o compromisso das Instituições de Ensino Superior e a formação em saúde. Na avaliação do autor, os HU, como instituições formadoras, estão “crescentemente inadaptadas à realidade do setor saúde em que se inserem e aos desafios impostos pelas mudanças profundas atualmente em curso no sistema de saúde da maioria dos países” (MÉDICI, 2001, p. 149), necessitando de mudanças.

O autor também refere que o Hospital Universitário ou hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde surgido no Renascimento. No entanto, o estímulo à especialização promovido pela medicina flexneriana, a partir do início do século XX, ampliou o escopo dessas instituições, tornando obrigatório seu vínculo orgânico e dependência institucional junto às Faculdades de Medicina. Embora muitos deles sejam mantidos por verbas públicas, os hospitais universitários cresceram nos



últimos 70 anos, a maioria deles “como instituições independentes, distantes do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas” (Médici, 2001, p. 149). Os hospitais eram utilizados, em grande parte, como espaços de experimentação de novas tecnologias médicas ou com o intuito de recrutar e fortalecer novos médicos especialistas, aumentando o poder social e econômico daqueles que se encontravam no topo da pirâmide das especialidades médicas.

Uma das primeiras conclusões apontadas no seminário mencionado anteriormente é que esses hospitais seriam caros. Responsáveis por cerca de 10% dos atendimentos na maioria dos países podem representar de 9 até 40% do total de gastos na área da saúde. Segundo dados da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), a realidade brasileira em 2001 era de 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS nessas instituições. Esse quadro, porém, decorre dos altos custos da alta complexidade dos procedimentos realizados por esses hospitais.

Outra observação de Médici (2001) é sobre a concepção tradicional de acordo com o HU é uma instituição que se caracteriza “por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo)” Esse equipamento deve “prover treinamento universitário na área de saúde”, devendo ser “reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes”. O HU “deve propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população”, estabelecendo-se na retaguarda (Médici, 149-150).

No entanto, o relatório mostra que, nas últimas duas décadas, ampliou-se nos países desenvolvidos a autonomia dos hospitais universitários, os quais passam a manter funções definidas nos sistemas de saúde e a se subordinar progressivamente à lógica desses sistemas. Do ponto de vista prático, a análise realizada em 22 países mostra que um hospital universitário é entendido como “um centro de atenção médica de alta complexidade que tem importante papel no

atendimento médico de nível terciário”. Um HU “apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa”. O HU “atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos” (MÉDICI, 2001, p. 150).

O estudo apontou também que os HU prestam uma atenção médica basicamente curativa, mostrando pouca preocupação com a prevenção. Nos países desenvolvidos, essa situação começa lentamente a mudar, especialmente no que se refere ao gerenciamento de enfermidades crônicas, como o diabetes e as enfermidades cardiovasculares, sendo que a educação do paciente e da família é condição fundamental para a eficácia dos tratamentos. O artigo aponta que há certo consenso de que os HU deveriam mudar suas estratégias e se integrar mais com as comunidades onde atuam, definindo novas formas de tratamento, visitas domiciliares e investindo mais no atendimento ambulatorial. Como vantagem dessa integração, estaria o fato de que, como instituições preocupadas com o ensino e a pesquisa, os HU poderiam experimentar, de forma pioneira, novas formas de micro gerenciamento da saúde e transferi-las para os demais hospitais, uma vez testadas.

No entanto, Médici (2001) descreve que, ainda que alguns HU prestem serviços de atenção primária, sobretudo nos países de menor desenvolvimento, os participantes do encontro promovido pela OMS foram muito claros em defender a posição de que a função básica do HU é a prestação de serviços de alta complexidade e tecnologia. A defesa desta questão se basearia em fatores econômicos, isto é, “seria um desperdício de recursos utilizar estruturas pensadas para oferecer atividades de alta tecnologia como prestadoras de serviços básicos” (MÉDICI, 2001, p. 152). O autor assinala que a posição defendida pelos gestores dos HU e diretores das faculdades de medicina, participantes do encontro, não apontam soluções para questões fundamentais, como a formação prática dos médicos e equipes de saúde que irão desenvolver suas atividades na atenção primária, assim como as relações desses serviços com o hospital.

Seguindo na análise, Médici (2001) sugere como alternativas para o problema a interação com outros serviços de saúde, tais como hospitais de menor complexidade e redes de atenção primária, que serviriam como locais de ensino para essas modalidades, de forma integrada aos planos curriculares das faculdades de medicina, ou ainda “reformular o conceito de ensino em saúde sem vinculá-lo necessariamente a existência de hospitais universitários” (p. 152). Nessa última opção, haveria o abandono da ideia de HU, mas, segundo o autor, poderiam ser contratados hospitais de maior complexidade (com estrutura de pesquisa) para o ensino de ações que envolvessem procedimentos de alta tecnologia. Contudo, reconhece que a quantidade de países que vem investindo nessas mudanças ainda é muito pequena. O autor considera que os HU, mesmo dispendo de mais recursos físicos e humanos, apresentam, em muitos casos, forte deterioração de seus padrões de atendimento, questionando os efeitos dessa situação na formação médica e apontando a necessidade de mecanismos de avaliações externas ao hospital e de acreditação que pudessem indicar essas falhas e evitar maiores prejuízos.

Em relação à formação em saúde, o autor enfatiza que embora os HU sejam as principais instituições que complementam, em termos práticos, o ensino acadêmico nas profissões de saúde, vem aumentando o número de hospitais e outros serviços não universitários que exercem essas funções, o que demonstra que os HU não são imprescindíveis. Ao contrário, são cada vez mais dispensáveis quando se pensa na ênfase na interdisciplinaridade das profissões e campos de conhecimento e na mudança radical nas formas de atenção médica, distanciando-se do conceito tradicional de hospital. A prática do setor da saúde é muito mais rica e diversificada que o mundo dos HU. O autor defende a interação entre ensino e prática em saúde e considera mais adequado conduzir o ensino em saúde pela prática do que fazer o caminho inverso, conforme vem sendo traçado pelos HU. No entanto, Médici (2001) não acredita na extinção dos hospitais universitários, segundo ele, devido às pressões corporativas de médicos, professores universitários e funcionários do hospital, mesmo motivo que dificultaria sua inclusão em sistemas de referência e contrarreferência. Sugere, então, que sejam constituídas “redes docente-

assistenciais não universitárias que respondam às demandas sociais por serviços, docência e tecnologia, vinculadas a atenção primária e secundária” (Médici, 2001, p. 155).

Outros resultados do seminário da OMS mostraram que o tipo de pesquisa que se desenvolve nos HU é a pesquisa clínica, através da observação dos pacientes. O estudo considera que a pesquisa não tem sido considerada uma atividade essencial dentre as tarefas dos HU nos países em desenvolvimento, assim como a maioria deles não considera que os HU devam ser orientados para a solução de problemas sociais e para as necessidades de saúde da população. As pesquisas, como parte do processo de produção de conhecimento e da formação dos profissionais de saúde, também não evidenciam maior compromisso com as necessidades do contemporâneo, pois seguem voltadas prioritariamente para a observação e diagnóstico dos pacientes, de acordo com as especialidades de cada área profissional. O relato de Médici (2001) apresenta um diagnóstico de deterioração do atendimento prestado pelos HU, apontando o mau gerenciamento entre as razões para tal situação, o que reporta a necessidade de mudanças nas práticas gerenciais e de regulação contra os interesses corporativos que poderiam ser exercidas pelo Estado ou pelo mercado.

Referindo-se aos Hospitais de Ensino (HE), a tese de doutoramento de Chioro dos Reis, (2011) com base na crise vivenciada por esses estabelecimentos até 2003, reconhecida pelo Governo Federal, analisa, tomando como objeto de estudo a situação de quatro hospitais em diferentes capitais brasileiras, o impacto produzido a partir do REHUF no âmbito do SUS, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS 1.006/04, para os hospitais federais vinculados ao MEC, e da Portaria MS/GM 1.702/04 para os demais HE. O autor definiu como questões de estudo a crise dos hospitais de ensino e a estratégias de superação propostas e conduzidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, a partir dos debates e pactuações construídas, que resultaram na publicação de legislação específica, como, por exemplo, as duas portarias citadas. O estudo teve como objetivo geral “caracterizar e analisar o

impacto da política de reestruturação (certificação/contratualização) dos hospitais de ensino conduzida pelo Ministério da Saúde a partir de 2004” (CHIORO DOS REIS, 2011, p. 29).

A contratualização é definida por Portaria Interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde como parte de uma política que pretendia restabelecer os compromissos de gestores do SUS e hospitais a partir de quatro eixos estratégicos: modo de produzir a assistência e a inserção desses estabelecimentos no SUS; modos de gestão dos HE; “a pesquisa, o ensino e a formação de trabalhadores da saúde (graduação, pós-graduação e educação permanente)”; e a avaliação e a incorporação tecnológica (BRASIL, 2004d).

A avaliação realizada por Chioro dos Reis, ao final do estudo, aponta que produzir um novo hospital de ensino, a partir dos eixos estratégicos contidos na política de reestruturação dos HE, em resposta à crise que marcava esses estabelecimentos hospitalares, procurava transformá-los em hospitais *do* e *para* o SUS, comprometidos com novos modos de cuidado para usuários e de realização profissional dos trabalhadores da saúde, tarefa que ainda exigirá um enorme esforço de teorização e de construção de novas práticas se quisermos contribuir para uma sociedade mais igualitária e que promova a saúde como um direito social. O estudo apontou que os dirigentes governamentais envolvidos na formulação da política de contratualização, por mais bem-intencionados e comprometidos com o ideário e pressupostos da reforma sanitária brasileira que fossem, com a participação de diversos atores, sem perceberem, de forma não consciente, acabaram produzindo um projeto extremamente bem orientado, mas que não teria potência, “por não possuir reflexão consistente para enfrentar a densa rede de relações da micropolítica de um HE” (CHIORO DOS REIS, 2011, p. 417). O autor destaca também que temos carência de experiências que evidenciem que a responsabilização e a produção de cuidado, por meio da horizontalização das relações, devam ser enfrentadas na dureza do cotidiano das instituições. Algumas estratégias, tais como “Educação Permanente, gestão colegiada, linhas de cuidado, apoios matriciais e outros dispositivos em curso são novas apostas, ainda carentes de maior reflexão teórica

conceitual e de experimentações em organizações complexas, como os HE” (CHIORO DOS REIS, 2011, p. 418).

Finalizando o estudo, Chioro dos Reis declara que passou a ter uma visão menos idealizada do potencial de produção de mudanças do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Governo Federal na forma original proposta por seus formuladores. Considera que a política de contratualização dos HE apresentou capacidade de induzir mudanças na vida hospitalar, pois, em alguma medida, e de diferentes formas, com maior ou menor intensidade, as mesmas ocorreram, marcadas pela micropolítica de cada estabelecimento. Também entende, contudo a necessidade de que os processos sejam reavaliados e repensados.

Merece recuperar a expectativa de que serviços de retaguarda sejam capazes de práticas de educação permanente, participando do desenvolvimento em rede de trabalhadores, serviços e estratégias de gestão; práticas de gestão colegiada em redes estratégicas e linhas de cuidado; formulação e condução de linhas de cuidado, inclusive com a participação de usuários e movimentos sociais correlacionados; implementação e aprofundamento conceitual e prático sobre apoios matriciais e apoio institucional; desenvolvimento conceitual e prático sobre projetos terapêuticos singulares, inclusive com a construção de estratégias intersetoriais; e criação de outros dispositivos que representem as novas apostas, ainda carentes de maior reflexão teórica conceitual e de experimentações, para a composição da integralidade, equidade e universalização da atenção em saúde, melhora da gestão, incentivo à participação e efetivação democrática.

Ainda considerando o funcionamento dos HE e sua atuação como espaço de formação médica, e também de outras especialidades, como a enfermagem e a biomedicina, o editorial da *Revista Brasileira de Educação Médica*, na sua edição de junho de 2013, assinado pelo Conselho Diretor da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), gestão 2012-2014, destaca a crise dos HE e avalia que a forma inovadora proposta pelo REHUF não foi assimilada nem mesmo pelos Ministérios responsáveis pela sua implementação e acompanhamento. Segundo o

artigo, a forma como o processo vem sendo conduzido contribuiu para a “dispersão dos escassos recursos para a educação e a saúde”, e desnudou “a fragilidade governamental em implementar políticas que exigem ações interministeriais e intersetoriais”. O texto assinala também que essa situação pode “agravar ainda mais as precárias condições de formação/capacitação de profissionais de saúde, comprometendo a viabilidade do SUS, mesmo a médio prazo”. O texto faz referência ao fato de que o número de cursos de medicina em andamento é maior que o número de HE credenciados. Essas considerações reforçam a defesa da priorização do HE como espaço de formação para os estudantes dos cursos de medicina.

Carvalho e Ceccim (2004) apontam que a atuação profissional por áreas específicas com frequência desconsidera a possibilidade de produção de conhecimento e informação advindos da grande área das Ciências da Saúde. A mínima identificação orgânica dos núcleos ao campo é resultado, entre outros fatores, de uma compreensão restrita e fragmentada do conceito de saúde, na sua dimensão pública e coletiva, uma vez que grande parte dos profissionais que estão no mercado de trabalho opta pelo fazer em saúde, enfatizando a dimensão individual. Essas constatações ajudam a entender parte das razões que sustentam a continuidade da criação de clínicas-escola, assim como a ênfase nos HE, com restrita implicação desses serviços, das IES e dos estudantes dos cursos da saúde com as redes locais e locais regionais do setor.

A necessidade de expansão de cursos na área da saúde, em especial para prover o preenchimento de postos de trabalho das periferias e interior do país, colaborar no desenvolvimento regional e minorar carências locais regionais, prioritária em profissões cujo baixo provimento e/ou fixação assinalam riscos de desassistência e reduzida ou nula intervenção sobre fatores de risco e proteção à saúde, é real. Tal expansão não se fará com a abertura de hospitais de alta tecnologia, tampouco será suficiente com a exclusividade de uma rede básica de atenção primária.

As soluções regionais precisam envolver novos desenhos universitários e de rede assistencial. Um anúncio que nos ocorre é de serviços com a natureza universitária,

formadores de profissionais e de redes locais regionais intergestores e interfederativas, com serviços de retaguarda distintos de um HU, mas capazes de educação permanente, gestão colegiada, linhas de cuidado; apoio matricial, apoio institucional, aprendizagem clínica e domínio de novas tecnologias de cuidado e terapêutica.



**O VALE DO TAQUARI E O CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES**

---

Este capítulo está voltado para a apresentação da região e da Instituição onde estou inserida e onde colocamos em funcionamento uma clínica-escola que, uma vez exigida como parte do processo de formação dos estudantes do curso de Psicologia, propõem-se também a experimentar outros modos de operar, constituindo-se como parte da rede locorregional de cuidado em saúde. A apresentação não tem como fim colocar-se como modelo, como proposta certa ou como objeto de análise sistematizada. Trata-se apenas de um “caso-pensamento”, no qual os caminhos, produções e descobertas podem “funcionar” como reflexão, processo de olhar e ouvir, uma possibilidade de romper com o instituído, criar outros modos de colocar a clínica-escola no processo de formação para os cursos de graduação em saúde, uma vez que existam ou venham cumprir papel em desenhos locorregionais à expansão de cursos e instituições de saúde onde não há rede assistencial complementar à Atenção Básica. A Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES) vem sendo constituída a partir das análises e discussões em relação aos compromissos das IES com a formação para o Sistema Único de Saúde.

Segundo Siegmann e Fonseca (2007, p. 57), há possibilidade de um caso-pensamento quando a “própria experiência serve de produção de conhecimento, desde que explorada, invadida, mexida e analisada”. Para as autoras, o caso-pensamento é um modo de produção de conhecimento que “rompe com os métodos de investigação mecanicistas” (SIEGMANN; FONSECA 2007, p. 57), uma estratégia metodológica na qual o ato de pesquisar aproxima-se do ato de conversa (de escuta), estabelecendo um diálogo entre campos de saber diversos, configurando-se como dispositivo de subjetivação e espaço de criação. Como caso-pensamento, a escrita desta tese busca na redação ensaística a proposição de mudanças nas relações das IES com o Sistema de Saúde, por meio de outras configurações da clínica-escola, estabelecendo redes de conversação e de produção coletiva com os serviços. Para Rodríguez (2012, p. 86) o ensaio, “é real ou aparentemente inconclusivo, porque só assim mantém sua coerência interna”, o que está relacionado também com a narrativa de sentido argumentativo.

O Vale do Taquari localiza-se na região central do Estado do Rio Grande do Sul, distando seus municípios, em média, 150 km de Porto Alegre. Tem 4.821,1 km<sup>2</sup> de área e uma população total estimada, em 2010, de 371.115 habitantes (IBGE, 2010). Conforme critério da Secretaria Estadual da Saúde, na sua configuração regionalizada (19 regiões estaduais do setor), o Vale do Taquari corresponde à 16<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde. Quanto às regiões de saúde do mapa nacional de gestão do SUS, estes municípios estão distribuídos em 2 regiões, uma composta por 27 municípios (Região 29) e outra por 10 municípios (Região 30). Dos 27 municípios que formam a Região 29, 18 possuem 100% de cobertura pela ESF, 6 possuem entre 22 e 50% de cobertura pela ESF (BRASIL, 2013). A média populacional na região é de 7.702,33 habitantes por município, sendo que o menor é Coqueiro Baixo com 1.528 habitantes e o maior é Lajeado, com 71.445 habitantes.

Os indicadores demográficos mostram uma expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, de 75,2 anos (2008) e uma proporção de população com mais de 60 anos de 14,53% (2009). Destaca-se que muitos municípios da região estão apresentando decréscimo na sua população, fato motivado pela falta de ofertas de trabalho e êxodo rural, assim como pela diminuição da natalidade (BRASIL, 2010).

Os indicadores socioeconômicos revelam uma taxa de analfabetismo de 7,3% entre pessoas acima de 15 anos (2000). A escolaridade inferior a quatro anos de estudo é de 18,7% (2000), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) fica acima de 0,80 para a maioria dos municípios e o Índice de Desenvolvimento Social e Econômico (IDESE) da região é 0,744 (FEE, 2007). O PIB per capita é de R\$ 15.547,30 (CNM, 2007) e a proporção de população urbana é de 67,7% (CNM, 2006).

A região conta com 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizados em Lajeado, Estrela, Taquari e Encantado e com um CAPS Infanto-juvenil em Lajeado e um ambulatório para o cuidado aos dependentes de álcool e outras drogas. Possui dois Serviços de Assistência Especializada (SAE) em Lajeado e Estrela, que atendem toda a região como referência em HIV/AIDS. Há um Centro Especializado em Odontologia (CEO) em Lajeado, que atende somente aos seus municípios.

A rede hospitalar é composta por 24 hospitais, totalizando 1.165 leitos, 71% deles (835) oferecidos ao SUS, 50 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 74% (37) destinados ao SUS, 70 leitos psiquiátricos em hospital geral, 26 leitos para dependentes químicos e 6 leitos do Programa Casa da Gestante (BRASIL, 2010). As UTI pediátricas têm 6 leitos, dos quais 5 são para as internações SUS; e as UTI neonatais têm 13 leitos, dos quais 9 são reservados aos usuários do SUS. O Hospital Bruno Born (em Lajeado) está classificado como macrorregional e o Hospital Estrela (em Estrela) como regional; os outros hospitais são locais ou microrregionais. O Hospital Bruno Born e o Hospital Estrela estão habilitados para a atenção à gestante de alto risco, pois possuem UTI Neonatal. Na alta complexidade, o Hospital Bruno Born é referência em oncologia e cardiologia, oferecendo quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica, bem como serviço de hemodinâmica, com angioplastia e cirurgia cardíaca.

A região não conta com hospitais públicos; todos são filantrópicos e contratados pelo SUS. Os municípios mantêm convênio com os hospitais (geralmente com o hospital local ou microrregional e com o macrorregional), complementando o pagamento das internações e procedimentos – o que tem direcionado recursos financeiros do município para a Média Complexidade, prejudicando o investimento em Atenção Básica. Os hospitais locais atendem consultas básicas e de emergência nos períodos em que as unidades básicas de saúde estão fechadas (feriados, finais de semana e período noturno).

Foi implantado, em 2011, o serviço do Salvar SAMU (Serviço de Atendimento Municipal de Urgência), com cinco ambulâncias localizadas nos municípios de Taquari, Estrela, Lajeado, Encantado e Arvorezinha. Está em implantação uma Unidade de Pronto Atendimento Regional em Lajeado. Esses serviços são importantes para a região devido ao alto índice de agravos por causas externas.

Dentre os indicadores epidemiológicos nessa região, destacam-se: coeficiente de mortalidade geral – 6,8/1000 (2009); coeficiente de mortalidade infantil – 12,5/1000

(2009); mortalidade proporcional por grupos de causas – doenças do aparelho circulatório 30,3%, neoplasias 22,3%, doenças do aparelho respiratório 12,85% e causas externas 17,3% (2008); proporção de cesarianas – 68,5% (2009); coeficiente de internações hospitalares por doenças isquêmicas do coração, entre 30 e 59 anos de idade – 16,26/10.000 hab. (2009); coeficiente de internações hospitalares por doenças cerebrovasculares, entre 30 e 59 anos de idade – 5,72/10.000 hab (2009) (BRASIL, 2010).

## **HISTÓRICO DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES**

---

A história da Univates inicia na década de 1960, com o planejamento da instalação do Ensino Superior, e contou com a participação de representantes da comunidade regional. Em 25 de novembro de 1968, a Associação Pró-Ensino Universitário do Alto Taquari (APEUAT) obteve autorização do Ministério da Educação para a criação de uma extensão da Universidade de Caxias do Sul, em Lajeado.

O dia 17 de janeiro de 1969 marca o início da história da Univates. É nessa data que surgem os primeiros cursos: Letras – Licenciatura Plena, Ciências Econômicas e Ciências Contábeis. Em 1972, a instituição conquista sua independência, desligando-se da UCS, e passa a fomentar os rumos da educação superior no Vale, com a transformação da APEUAT em Fundação Alto Taquari de Ensino Superior (FATES).

A Univates foi credenciada como Centro Universitário no dia 1º de julho de 1999. No dia 16 de agosto de 2000, foi criada a Fundação Vale do Taquari de Educação e Desenvolvimento Social (FUVATES), que passou a ser a mantenedora do Centro Universitário Univates substituindo a FATES. A FUVATES é dirigida por uma assembleia comunitária que reúne as lideranças dos municípios do Vale do Taquari. Assim, articulando atividades de ensino, pesquisa e extensão, a Univates obteve autonomia para a definição de metas e elaboração de estratégias voltadas às necessidades da região, priorizando e incentivando a participação comunitária e

ampliando a oferta de cursos e outras atividades. Com as recentes instalações dos programas de mestrado e um de doutorado, credencia-se para o Estatuto de Universidade.

Sem fins lucrativos, o Centro Universitário Univates caracteriza-se em seus documentos como “uma entidade plural, democrática, preocupada com a qualidade daquilo que faz, comunitária e plenamente integrada com as questões regionais”. No relatório do balanço social 2010, é destacado que “a vocação da Univates é qualificar recursos humanos, preferencialmente em nível superior; auxiliar no processo de desenvolvimento do Vale do Taquari; exercer o papel de integradora da região e buscar soluções inovadoras para os problemas locais”.

O Plano de Desenvolvimento Institucional descreve como missão “gerar, mediar e difundir o conhecimento técnico-científico e humanístico, inserida no contexto universal, com vistas à expansão contínua e equilibrada da qualidade de vida”, considerando as características e demandas para o desenvolvimento regional. O mesmo documento descreve que “apoiada no princípio da *pluralidade*, que busca unidade sem prejuízo da *individualidade* do ser Humano”. Os princípios que defende, incluem: a liberdade e plena participação, responsabilidade social, a postura crítica repassada pela reflexão teórico-prática, a inovação permanente nas diversas áreas da atividade humana, a interação entre Universidade e Sociedade e auto-sustentabilidade.

A partir desse período, a Univates vem ampliando a oferta de cursos de ensino superior, pós-graduação, técnicos e de extensão. Em 2012, recebeu 13.668 alunos. Neste ano, foram oferecidos aproximadamente 100 cursos, além de diversas atividades de pesquisa e programas de extensão. O ensino superior contou com 9.008 alunos; os cursos técnicos, com 1.248; os cursos de extensão, com 2.859; e os de pós-graduação, com 553.

A abertura dos cursos da área da saúde, a partir do ano 2000, foi fundamentada nas demandas identificadas e das iniciativas projetadas pela Instituição, no exercício da

sua liderança na região, no campo acadêmico. Pesquisas realizadas nos municípios do Vale do Taquari, as manifestações de lideranças comunitárias, as expectativas de empresas, escolas, hospitais e outras instituições, assim como dos alunos de ensino médio, subsidiaram a instalação dos cursos das ciências da saúde na instituição. Atualmente, o Centro Universitário oferece 48 cursos de Ensino Superior, 9 deles na área de Ciências Biológicas e da saúde, a saber: Biologia, Biomedicina, Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia e Nutrição, além de Psicologia e Tecnologia em Estética e Cosmetologia, integrados ao mesmo Centro.

O curso de Psicologia é um dos mais recentes entre os cursos de graduação na área da saúde – iniciou suas atividades em 2007 –, quando os demais cursos, exceto Biomedicina e Tecnologia em Estética e Cosmetologia, que iniciaram em 2006 e 2008, respectivamente, já tinham estruturado laboratórios específicos e estava sendo construída a Clínica-escola de Fisioterapia (atualmente em funcionamento como prestadora de serviço para os usuários da rede conveniada com o SUS). Uma farmácia-escola também estava em funcionamento, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado, desde 2011.

A implementação do curso de Psicologia teve dentre seus objetivos explicitados no projeto pedagógico o de promover ações, inseridas no contexto regional, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, os princípios e normas da Instituição. Considerando a exigência das DCN (BRASIL, 2004) de que fosse implantado um serviço-escola para o curso, foram feitos questionamentos sinalizando para a incoerência de mais um serviço-escola, em uma lógica disciplinar, a exemplo de outros já criados na Univates, para a realização dos estágios dos alunos de outros cursos de graduação, como Fisioterapia e Farmácia. As críticas apontavam que essa lógica contribuía para a continuidade de um modelo de formação e de práticas que reforça a fragmentação da atenção em saúde e que não possibilita a implicação dos estudantes com o cotidiano dos serviços de saúde e com as necessidades sociais em saúde.

Os debates produziram vários movimentos nos cursos e na IES, ampliando a participação na análise do processo de formação que vem sendo implementado nos

cursos da área da saúde e as estratégias e recursos utilizados, seus efeitos e repercussões, a partir das respostas trazidas pelos egressos dos cursos que já tinham turmas concluídas. Os debates e críticas às práticas ofertadas foram o pano de fundo para que o curso de Psicologia alterasse o projeto pedagógico, optando pela criação de um “singular” serviço-escola, a Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), onde os estudantes de todos os cursos da área da saúde pudessem realizar seus estágios e práticas, em interação com alguns municípios da região, por meio da troca com os profissionais da rede de serviços. O singular serviço cumpriria um papel de laboratório de habilidades interdisciplinares, clínica-escola, apoio institucional em integração ensino-serviço-comunidade e serviço-escola na retaguarda da rede assistencial locorregional.

### **A CLÍNICA UNIVERSITÁRIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Como caso-pensamento, o relato da experiência de planejamento e implantação da CURES refere-se a uma escrita que explicita possibilidades, movimentos, estranhamentos e incertezas, práticas que foram se circunscrevendo a partir de questionamentos, experimentação e a definição de estratégias que desenharam a sua realização. Houve uma “aposta” e um investimento de diferentes setores da Univates, inclusive financeiros, que permitiram a construção e organização de uma área física específica para o serviço, a realização de um curso de especialização para a formação e qualificação de docentes e profissionais da rede de serviços da região, processo que teve 50% dos custos financiados pela Instituição, além do investimento total no pagamento de todas as horas dos docentes que desenvolvem suas atividades na CURES como supervisores e orientadores das atividades e o pagamento relativo às despesas de deslocamento de todos na realização de atividades junto aos serviços e comunidades vinculadas à CURES. Todos os custos operacionais e de manutenção da CURES são de responsabilidade da Univates.

Em relação ao curso de especialização, cabe explicitar que o mesmo foi pensado e posto em prática a partir da decisão da Univates de implantar uma nova proposta de



clínica-escola e da avaliação de que a maioria dos docentes que integram o quadro da instituição é egressa de cursos de graduação nos quais os processos de formação priorizavam as especificidades das respectivas áreas e o treinamento de técnicas e habilidades disciplinares. Então, como executar mudanças nos cursos de graduação em saúde sem oportunizar aos docentes e profissionais dos serviços uma aproximação com as mudanças nos modos de cuidar e promover saúde propostos pelo SUS?

A avaliação realizada pela Reitoria e pelo grupo de docentes e gestores envolvidos na construção da proposta elegeu naquele momento a necessidade de organizar e ofertar o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Educação e Saúde – Processos de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. O curso foi realizado por um grupo de docentes do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Iniciaram o curso 45 pessoas, entre docentes e profissionais da rede. No entanto, por dificuldades pessoais, compromissos com as atividades profissionais e, ainda, pelo estranhamento e pouca interação com as mudanças propostas, apenas 20 professores e profissionais concluíram o curso, que apresentaram propostas de mudanças nas suas práticas, por meio da articulação de diferentes saberes e da interação ensino-serviço. As propostas construídas ao longo do curso contribuíram com a implementação de mudanças em projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde da IES, criação de ações que aumentaram a interação entre os cursos e destes com os serviços. Dentre essas mudanças, estão a criação de disciplinas compartilhadas entre os cursos, assim como projetos de extensão que promovem interação dos estudantes de diferentes cursos com os serviços de saúde do município de Lajeado. Além disso, parte dos participantes do curso passaram a integrar a equipe da CURES.

A proposta de criação e implantação da CURES foi aprovada em 2008. No entanto, as atividades iniciaram apenas em março de 2011, uma vez que foi construído um

espaço físico específico para a organização do serviço, assim como foram realizados vários encontros com municípios da região para a constituição das parcerias. Os investimentos para a criação e manutenção desse serviço demonstram que a Instituição não apostava apenas em mais uma clínica-escola, colocando a Universidade como lugar de treinamento de habilidades, mas no compromisso com a construção de uma resposta à sociedade regional e ao Sistema de Saúde por meio de mudanças na formação dos egressos e na qualificação das equipes dos serviços locais. Que efeitos uma clínica-escola pode produzir em uma determinada região, base territorial do curso universitário, e na formação dos profissionais de saúde? Essa é uma questão que não tem uma resposta “certa”, mas este relato, sem a pretensão de colocar a CURES como modelo, revela o que tem sido possível produzir nos processos de reflexão, dúvida, desconforto intelectual e construção de dispositivos.

A CURES é uma clínica-escola que tem experimentado outras práticas, buscando contribuir com o processo de formação dos profissionais de saúde mais comprometidos com o SUS e com as necessidades da rede local. Diante da necessidade de termos uma clínica-escola, desenvolvemos uma proposta que consideramos mais coerente com a situação que vivemos: não precisamos seguir no velho modelo de serviço-escola, tampouco negar o discurso contemporâneo e ainda atender às tradições e inovar. Não podemos seguir formando profissionais de saúde apenas com habilidades e competências técnicas, área que está em expansão no mundo todo. O SUS aponta para a necessidade de profissionais de saúde com qualificação para o trabalho em equipe, constituindo redes de cuidado humanizado, integral e intersetorial para promover atenção às necessidades de saúde dos usuários.

A CURES tem procurado colocar-se em um cenário de diálogo com o contemporâneo e, nessa medida, também de ruptura com o tradicional, que tem em vista um modelo de sociedade, um modelo de trabalho, um modelo de profissão, sendo que todos eles possuem vários dilemas: a profissão não pode ser tecnicista, não pode seguir isolada, precisa se ver e atuar em equipe, precisa se ver em uma

concepção de integralidade e de intersetorialidade, a partir das mudanças e proposições anunciadas como necessárias na formação e nas práticas de cuidado em saúde. Esses desafios/ inovações vêm sendo anunciados, mas não tem sido implementados pelas instituições de ensino e gestores da saúde, que temem o fracasso ou justificam o não fazer em nome de uma realidade que não dá lugar nem espaço para esses novos fazeres. Nossa vivência de clínica-escola procura colocar em andamento uma chance de experimentação, no sentido de que há um espaço em que esse aprendizado pode ocorrer e ao mesmo tempo implementar mudanças no cuidado.

A integração entre a CURES e as equipes municipais foi construída coletivamente, por meio de encontros promovidos pela equipe da IES comprometida com a organização do serviço-escola, com gestores e profissionais dos serviços municipais convidados previamente para conhecer e contribuir com a elaboração do projeto. A finalização das pactuações ocorreu por meio da contratualização dos compromissos entre a IES e os gestores municipais.

Os municípios que concordaram em constituir redes de cuidado com a CURES comprometeram-se a garantir o deslocamento dos usuários referenciados para atendimentos na CURES. Além disso, asseguram também a participação dos profissionais das suas redes de atenção nos encontros em que são construídos os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos usuários e em outras atividades de acordo com as necessidades observadas, o que configura a corresponsabilização das equipes com os processos de cuidado e cogestão das ações e atividades desenvolvidas nos respectivos municípios. O município não precisa efetuar nenhum tipo de pagamento para a IES.

No período 2011-2012, três municípios integraram o processo, investindo na implementação de redes de atenção à saúde. Desde fevereiro de 2013, Lajeado, município-sede do Centro Universitário Univates, também participa das ações da CURES.

A CURES é um espaço para estágios curriculares e também para estágios não obrigatórios. As atividades são desenvolvidas envolvendo docentes (que atuam na supervisão e orientação das práticas) e estudantes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Os estágios ocorrem em diferentes períodos dos cursos de graduação e têm períodos de duração diversos, de acordo com o que está previsto nos Projetos Pedagógicos de cada curso. Em seu terceiro ano de funcionamento, a CURES vem se consolidando a cada ano, por meio do aumento do número de estagiários e docentes envolvidos (em 2011, éramos 6 docentes e 25 estagiários e em 2013, somos 9 docentes e o número de estudantes neste ano letivo já é superior a 100).

A proposição de organização desta clínica-escola, com base na construção de redes de cuidado, conforme consta na resolução da criação do serviço (Resolução 092/Reitoria/Univates Lajeado, 2008), consiste em organizar e gerir os cuidados em saúde e o seu processo de trabalho buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável coordenado e de acordo com suas necessidades. As redes de cuidado locorregional compreendem compromisso com a organização da gestão e da atenção em saúde, que tem como referência a integralidade, o que significa ações não somente centradas no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde (CECCIM; FERLA, 2006).

A integração da CURES à rede de cuidados em saúde dos municípios conveniados, visando à Educação Permanente em Saúde (EPS) e à regionalização da saúde, promovendo a interação e articulação entre educação superior, equipes dos serviços, gestão do sistema de saúde e participação dos usuários, tem como orientação política o “Quadrilátero da Formação”. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), o “quadrilátero da formação” foi cunhado como conceito para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde, que reúne ensino, atenção, gestão e participação em saúde, visando, principalmente, a dar conta da complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana, o que exige uma formação de pessoal qualificada para a

compreensão e a intervenção em estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida.

O serviço iniciou com o compromisso de trabalhar em rede com as equipes de saúde dos municípios conveniados para promover a integralidade da atenção em saúde, de acordo com as necessidades (equidade) e as possibilidades de intervenção, tomando como referência as necessidades sociais em saúde da população. Atualmente, a CURES desenvolve ações de cuidado com uma rede intersetorial, uma vez que, a partir das ações de acolhimento dos usuários referenciados, constatamos que as pessoas têm necessidades e conflitos que demandam cuidados e atenção de diferentes áreas e setores. As ações e a articulação entre os serviços têm sido pautadas por uma abordagem inter/transdisciplinar. A interdisciplinaridade possibilita a intercessão entre as disciplinas, produzindo como resultado um novo método, novo objeto, nova disciplina ou nova subdisciplina. A transdisciplinaridade trata da tematização de um mesmo objeto em saúde por diferentes disciplinas e/ou áreas disciplinares (LUZ, 2009).

A integralidade, outro conceito fundamental na proposta da CURES, na definição de Pinheiro (2006, p. 162-163), é o eixo prioritário de uma política de saúde que considera a saúde como questão de cidadania e, portanto, pode produzir movimentos direcionados a superar obstáculos e promover inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e destes com a sociedade, possibilitando concretizar o direito à saúde. Nesse sentido, as ações não estão voltadas apenas para a assistência, têm como meta o processo educativo nas equipes multiprofissionais, partindo do pressuposto de que precisamos aprender a aprender para nos tornarmos sujeitos ativos dos processos de aprendizagem e perceber que esses processos não se limitam aos espaços institucionais de formação, coexistem nos espaços de trabalho. Com isso, abre-se a possibilidade de se refletir sobre outra noção de aprendizagem em aproximação com o território de mudanças permanentes, que é a do trabalho vivo, em ato, da saúde, que ocorre no encontro entre o trabalhador e o usuário (MEHRY, 2005).

Para que os usuários possam ser acolhidos e atendidos na CURES, os trabalhadores municipais de saúde, da educação ou de outras políticas públicas fazem a referência dos usuários, mantendo profissionais da rede comprometidos com as pessoas referenciadas e também com os deslocamentos dos mesmos para a CURES. O trabalho está voltado para a criação de um espaço no qual docentes, estudantes, trabalhadores e usuários sejam atores na construção e implementação dos processos de trabalho em saúde e na promoção das ações de cuidado. A participação e corresponsabilização dos profissionais da rede é um processo em construção, pois, em alguns momentos, percebemos resistências e dificuldades dos mesmos na participação dos encontros para planejamento e avaliação das ações ou para a construção do Projeto Terapêutico Singular dos usuários referenciados. Alguns profissionais relatam também sentimentos de estranhamento em relação a esses encontros para a elaboração dos PTS, apontados como práticas que não correm *nas* e *entre* as equipes dos municípios. No entanto, quando os profissionais aderem aos encontros de trabalho conjunto, há um reconhecimento de sua parte quanto às mudanças nos seus processos de trabalho, na relação com os usuários e para a melhora nas necessidades que geraram a referência para atendimento na CURES.

Os encontros de trabalho realizados com as equipes têm como objetivo a constituição de redes de cuidado, buscando promover o que Teixeira (2005, p. 99) define como rede tecnoassistencial de serviços, ou seja, uma rede de conversações, atribuindo cada nó da rede a um encontro, um momento de conversa que compõe a diversidade de atividades técnicas e de cuidado. O autor aponta a rede de conversações como um espaço coletivo potente, constituído por “regiões de conversa” interligadas, enfatizando a qualidade dos encontros na produção da saúde, considerando as dimensões afetivas e subjetivas na implementação do acolhimento e do cuidado em saúde nos serviços.

Em relação à referência e contrarreferência dos usuários, no início das atividades da CURES, construímos um documento com a finalidade de formalizar a troca de informações e a maior participação das equipes nas ações de cuidado aos usuários.

A prática foi nos mostrando que esses documentos têm sido úteis para que fiquem registradas as pactuações feitas entre as equipes, mas o que tem sido efetivo são os encontros entre as equipes, que permitem a construção de pactuações, a troca de experiências e as dificuldades e dúvidas dos profissionais em relação às ações de cuidado dos usuários.

A partir dessas constatações, iniciamos o apoio matricial com algumas equipes, pois isso permitia o atendimento voltado para as necessidades de cada usuário sob o sua territorialização e favorecia a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes. Além de reunir profissionais de diferentes áreas do conhecimento, tal ação oportunizava que estes atuassem de modo transdisciplinar e intersetorial. Essas práticas têm colocado a equipe da CURES na ordem da retaguarda, pois a função principal dessa clínica-escola não é a demanda, mas uma resposta ao desenvolvimento do sistema localregional de saúde e de constituição de redes de cuidado localregional no SUS, mediante cooperação da integração ensino-serviço.

Ao final de cada turno de trabalho na CURES, ocorre uma reunião de equipe, quando são compartilhadas e debatidas, entre estagiários e docentes, situações vivenciadas, dúvidas e o planejamento de ações futuras em relação às ações desenvolvidas junto aos usuários ou outra demanda da equipe, como uma oficina ou seminário para estudar uma temática, por exemplo. A Clínica tem também como desafio produzir problematizações e estudos que promovam mudanças efetivas na matriz curricular de todos os cursos da área da saúde da Univates, atendendo às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, além de promover a integração efetiva ensino-serviço-gestão-comunidade e desencadear mudanças nas práticas e na formação em saúde a partir do conceito ampliado de saúde e dos Princípios e Diretrizes do SUS.

Um eixo norteador do serviço da CURES é a Educação Permanente em Saúde, aprovada como estratégia política do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, por meio da Resolução CNS nº 353/2003 e das

Portarias MS/GM nº 198/2004 e 1996/2007. A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe a aprendizagem no trabalho e o resgate da autonomia do trabalho-aprendizagem, em saúde, visando a transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A implementação da EPS promove a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a criação e inovação na solução dos problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005). Baseadas nesses conceitos, as ações de cuidado na CURES são construídas a partir de debates e questionamentos que convocam todos os atores para o processo de planejar, implementar, avaliar, repensar, criar e recriar as propostas.

O planejamento e implantação dessa clínica-escola difere das experiências vivenciadas até aqui pelos diversos atores implicados, pois coloca todos diante de um campo do desconhecido e da incerteza do resultado, ao invés das certezas ofertadas pelas práticas tradicionais de cada ciência da saúde. Os docentes e os estudantes/estagiários dos cursos de graduação da área da saúde têm trabalhado na clínica-escola com atividades como a construção e uso do prontuário único, do formulário de referência e contrarreferência, com o acolhimento dos usuários e a análise situacional de saúde dos municípios conveniados, visando a apreender o cenário de práticas das equipes e de vida dos usuários referenciados para as ações de cuidado. Há também reuniões mensais com os gestores e equipes dos municípios conveniados para a construção coletiva desse processo, a discussão das avaliações realizadas com os usuários referenciados e a construção dos projetos terapêuticos singulares.

Em relação às equipes de profissionais dos municípios que integram a rede desde o início das atividades da CURES, percebe-se que já há maior compreensão e implicação com as atividades. Contudo, para as equipes em que ocorreram mudanças mais significativas, inclusive na gestão, por conta das eleições municipais



(2012), é possível perceber maior estranhamento em relação à proposta e dificuldades de participação efetiva. Essas questões são observadas pela falta de alguns profissionais e dos gestores, ora de um, ora de outro município, às reuniões agendadas pela CURES, ou pela participação de diferentes profissionais em cada reunião, o que exige retomar a cada encontro as combinações prévias e o andamento das ações. Essa situação reflete também as dificuldades de comunicação que existem nos serviços: poucos realizam reuniões de equipe sistematicamente e, quando ocorrem, estas ficam centradas em questões mais administrativas, com pouco ou nenhum espaço para a problematização e reorganização do cuidado em saúde.

Para promover a discussão de estratégias de cuidado e reorganização de ações em rede, estimulando mudanças nos processos de trabalho e qualificação da comunicação, tanto entre os diferentes setores e políticas (intersetorialidade) do município, como entre estes e a equipe da CURES, o apoio institucional às equipes mostrou-se como um dispositivo potente para essa proposta. Para Campos e Domitti (2007), o apoio procura construir e ativar espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores.

Esses processos têm produzido alguns momentos de estranhamento e sentimentos de insegurança por parte da equipe da CURES. Alguns profissionais, que passaram a integrar a equipe mais recentemente, mostram maior dificuldade para se reconhecerem no seu “fazer profissional”. As sensações podem ser comparadas com as de quem está em um país estrangeiro, como assinala Kastrup (2004), em que é preciso colocar-se na posição de aprender a aprender para nos tornarmos sujeitos ativos dos processos de aprendizagem. Nessa condição, ao aceitar ainda que esses processos não se encerram e não se esgotam nos espaços institucionais de formação, mas coexistem em nossas formas de trabalho, abre-se a possibilidade de se refletir sobre outra noção de aprendizagem em aproximação com o território de mudanças permanentes, que é a do trabalho vivo, em ato, da saúde. Trabalhar nesse campo de incertezas, sem “modelos” a serem seguidos, em um constante propor, experimentar, avaliar, promover novos movimentos, sem experimentar a

comodidade das “certezas”, tem sido motivo de angústia e problematização desse modo de constituir e implementar a clínica-escola.

**CLÍNICA-ESCOLA, UMA PROPOSIÇÃO**

---

---

O ensaio proposto nesta tese decorreu do esforço de pensar a clínica-escola na educação superior contemporânea e na contemporaneidade do sistema de saúde brasileiro. Rodríguez (2012) afirma que a tese, como ensaio, deve permitir ao leitor que acompanhe o percurso argumentativo e as leituras do autor, mostrando o seu processo de construção de um argumento ou tese, ou seja, a tese-ensaio. Analisando quase 7 mil resumos de periódicos, dissertações e teses brasileiras em 13 anos de publicações o que encontramos são estudos que ocorrem nestes serviços, como poderiam ocorrer em “serviços municipais”, “serviços privados”, “serviços de referência”, “serviços especializados”, por exemplo. Não ocorrem estudos que analisem a clínica-escola como modalidade de oferta e inclusão na rede SUS. Entre 30 mil ocorrências da expressão na literatura, o mais próximo que chegamos do debate da clínica-escola como dispositivo assistencial específico foi o relato de práticas interdisciplinares e colaborativas ou de prestação de serviços ao SUS, sem o debate de como, quando e porque instalar tais serviços, quais suas estratégias de interface/integração ao sistema local de saúde, qual a abordagem ou crítica relativa a esta interface/integração. Dentre os 30 mil itens na informação bibliográfica, uma massiva maioria cita os serviços-escola dentre as modalidades de laboratório de experimentação, laboratório de habilidades, incubadoras tecnológicas, empreendimentos juniores ou prestação de serviços de oferta social, presentes em todas as áreas do conhecimento (direito, comunicação, física, química, educação, administração, artes, geociências, ciências agrárias, veterinária etc.). Não ocorre uma abordagem sobre as estratégias de planejamento, gestão e avaliação de clínicas-escola no bojo do sistema local de saúde de saúde ou na vigência do Sistema Único de Saúde, para com o qual deveria estabelecer relações supletivas e de formação, além de ajustar-se com os princípios formativos da mais elevada apropriação do sistema de saúde vigente no país.

A literatura efetivamente relacionada foi muito pequena, chega a exemplificar práticas integradas entre cursos, professores e alunos, como na explanação de um recurso didático. Não encontramos experiências que pudessem servir de estudo empírico local. Apesar disso, a clínica-escola está presente em cursos de psicologia, de fonoaudiologia, de fisioterapia e de odontologia com elevada frequência.

Tomamos, então, uma experiência local como parâmetro, e tecemos um ensaio teórico que culminasse em uma proposição de pensamento. A experiência local não representa nenhum acúmulo sistematizado, pois foi tomada como caso-pensamento. O ensaio impõe-se como acúmulo para rever práticas, propor práticas e ou evitar práticas.

A proposta do estudo decorreu de um engajamento com políticas públicas, em especial as de saúde; de uma reflexão sobre a educação superior em um momento de grandes interrogações nacionais sobre sua natureza intelectual e profissionalizante; e do esforço de reafirmar o Sistema Único de Saúde na construção das melhores respostas às necessidades em saúde da população, inclusive pela formação de profissionais de saúde comprometidos com o sentido social do seu trabalho em saúde.

A experiência local proporcionou diferentes exposições e experimentações que forçaram um pensar educação e saúde, considerando a força micropolítica da produção de realidades quando estão implicados o acolhimento de pessoas em redes de saúde, a mobilização e participação da sociedade, a formação de profissionais e a aposta em sistema público e único que realize atenção integral à saúde.

A experiência como coordenadora de um curso de graduação exigiu-me aprender e empreender estratégias que promovessem a desnaturalização e a inovação na formação e nas práticas de profissionais de saúde, promovendo também a interação com as profissões da área e com as demandas regionais do setor da saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais para alguns cursos da área apontam a necessidade de implantar uma clínica-escola específica. Para diversas DCN há exigência de serviços-escola como espaços de formação, ainda que apontem para o compromisso com o sistema de saúde, o trabalho em equipe e a integralidade da atenção. Os cursos de psicologia e fonoaudiologia devem atender à exigência de implantação de clínicas-escola e estas existem também em número significativo nos

cursos de Fisioterapia e Odontologia. E estes serviços responderão a quais demandas e compromissos? Como podem participar dos desafios da educação superior contemporânea, dos desafios ao trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde e dos desafios da expansão de cursos superiores no Brasil?

As mudanças na sociedade, a implantação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, e o compromisso da universidade com a formação de quadros profissionais e intelectuais exigem qual formação para que os profissionais de saúde respondam às demandas do contemporâneo? A partir de uma pergunta tão ampla, delimito como objeto o serviço-escola. E retomo as questões iniciais: a clínica-escola na Universidade é um lugar de treinamento de habilidades ou um espaço de construção da resposta social da formação ao Sistema de Saúde e à sociedade? Que efeitos de formação uma clínica-escola pode produzir em uma determinada região, base territorial do curso universitário, e na formação dos profissionais de saúde? Pensamos nesta clínica como suporte ao ensino em um contexto de interação universidade-sociedade e de um sistema de saúde, com atributo ordenador da formação dos trabalhadores do setor? A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde produziram documentos e ousados relatórios como os das últimas três (12<sup>a</sup>, 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup>) Conferências Nacionais de Saúde (sob o ponto de vista do envolvimento da cidadania), que apontam para a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, a fim de implementar os princípios e diretrizes discutidos com a sociedade.

A tese procurou tematizar a educação superior em saúde, sob o ponto de vista, então, das clínicas-escola, uma análise de alguns dilemas postos por sua presença no contexto acadêmico, uma vez que é compromisso da universidade a produção de pensamento, de relações sociais, de pertencimento da instituição à sociedade e de uma formação comprometida com o cenário contemporâneo nacional. Estudos científicos nacionais e internacionais apontam esses compromissos, mas também constata que não temos recursos conceituais, práticos ou históricos que nos deem sustentação para a execução, o que leva à repetição do velho, do que é conhecido e já naturalizado nos processos de formação: cada área de conhecimento organiza as

suas práticas específicas em espaços próprios, desvinculados das redes públicas, do contexto vivo das relações sociais na sociedade e dos modos de vida, em territórios concretos de organização política. Esses modelos de formação também têm contribuído para a manutenção de serviços e clínicas-escola, que fortalecem a formação disciplinar, como espaço de treinamento de técnicas e procedimentos. Por outro lado, este ensaio apresenta uma proposição teórico-prática inovadora na forma de organizar e implementar uma clínica-escola, que se faça comprometida com a formação de profissionais de saúde, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, procurando responder aos compromissos sociais da educação superior com a sociedade. Universidade-Sistema Único de Saúde e clínicas-escola, eis nosso objeto: tematização e proposição.

Além de promover a formação de profissionais que respondam às demandas do contemporâneo, os processos de formação ofertados pelas Instituições de Ensino Superior têm se mostrado comprometidos com as políticas de saúde? Estudos têm mostrado que alguns cursos vêm fazendo pequenas alterações em seus currículos, incluindo disciplinas que abordam temas relativos aos princípios e diretrizes do SUS, como expressão de uma proposta de mudança. No entanto, essas alterações ainda têm pouca visibilidade ou materialidade e não garantem as transformações na produção de conhecimentos ou domínio de processos de cuidar, gerenciar e ensinar. Para tanto, são necessárias problematizações e novos arranjos que produzam movimentos e a ampliação dos espaços de interação ensino-serviço, com participação social.

Percebe-se que, mesmo diante das mudanças de legislação e normas – Lei Orgânica da Saúde (1990), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001-2004) – que assinalam novos compromissos em relação à educação na saúde e diversos movimentos político-institucionais na direção de atender às necessidades em saúde, ainda predominam modelos de formação profissional focados na “formatação” de profissões e no privilégio às formas de ensino centradas no diagnóstico padrão da clínica, em procedimentos tecnicizados e nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. A

mesma situação é identificada no campo das práticas institucionais, em que estão as clínicas-escola, criadas pelas instituições de ensino de graduação, repetindo a lógica disciplinar e do “treinamento” em habilidades específicas de cada profissão da saúde. Constatamos que são próprias de cada curso ou configuram “zonas” de cada curso, quando em “clínicas integradas” e, ainda, não promovem a interação com a rede de serviços do SUS, como campo de formação em serviço. Essa afirmativa também é possível de se verificar, em parte, ao consultarmos as publicações relativas às práticas realizadas nesses serviços.

Para pensar em mudanças, é necessário compreender o contexto e os compromissos da universidade com os processos de formação. Diferentes ensaios têm mostrado que, assim como outras instituições, a Universidade vem passando por graves crises motivadas por múltiplos fatores. Entre outros autores, Boaventura de Souza Santos e Naomar de Almeida Filho (2008), no ensaio *Universidade no Século XXI: para uma Universidade Nova*, analisam as relações das universidades com a produção de conhecimento e os efeitos na sociedade. O estudo reúne um sociólogo e um sanitário, pensadores da ciência e da academia no contemporâneo, um europeu e um latino-americano. O livro tem duas grandes sessões: a primeira aborda a “Universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade”, fazendo referência às crises e impactos da globalização neoliberal na produção de conhecimento e nas universidades de diferentes países. A obra nos ajuda a compreender as universidades ao longo da história, seu papel na produção de conhecimento e seus impactos sobre os processos de formação de pesquisadores e profissionais e sobre os modos de vida da sociedade. Essa sumarização da educação superior é base para pensar as ofertas que o ensino universitário deve promover à formação de profissionais da área da saúde. Se a história nos informa do lugar ocupado pelo hospital-escola, um serviço-escola não hospitalar não será apenas seu sucedâneo. Nossas tarefas agora exigem uma formação “pluriversitária”, multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Se a história nos informa da substituição do conceito de base territorial para o conceito ensino e serviço, nossa superação, agora é de um



ensino que institua sistemas de saúde, beneficiando-se do mesmo em aprendizagem clínica, política e institucional.

Fazendo referência a alguns dos aspectos da crise que afeta a universidade no momento atual, Souza Santos (2008) assinalou que, nas últimas décadas, percebeu-se uma situação contraditória: de um lado, a crise e a redução dos investimentos nas universidades e, por outro, o aumento da concorrência entre empresas, que exigem uma mão de obra altamente qualificada. Essa situação afetou a universidade na década de 1990 de várias formas, entre elas, na condição de deixar de ser o lugar de “criadora de condições para a concorrência e para o sucesso no mercado” (p. 26), transformando-se, ela mesma, gradativamente, em um mercado, desviando-se dos objetivos humanistas e culturais, adaptando-se às exigências da economia.

Nesse processo, para sobreviver, as universidades têm de estar a serviço de duas ideias centrais: sociedade da informação e economia baseada no conhecimento. Este contexto aponta para uma mudança de paradigmas que orientam a universidade, ou seja, o paradigma empresarial toma o lugar do paradigma institucional da universidade, afetando instituições públicas e privadas, sendo que estas últimas têm maior facilidade em adaptar-se a essas condições e exigências. Em sua análise das mudanças e impactos na universidade, Souza Santos (2008) afirmou que há outros problemas a serem considerados, como o da produção de conhecimento pelas instituições universitárias e suas implicações. Considera que os conhecimentos produzidos ao longo do século XX têm a predominância de saberes disciplinares de produção descontextualizada em relação às necessidades do cotidiano da população, pois os participantes desses processos compartilham dos mesmos objetivos e da mesma cultura e têm a mesma formação. Nossa interrogação quanto às clínicas-escola não quis deixar quietas estas “inquietações”. A universidade poderia ter em clínicas de alta sofisticação um mercado de venda de serviços altamente especializado e, ainda, compor um imaginário mercantil e privatista com seus alunos. Essa prática existe em diversos cursos com incubadoras tecnológicas, empresas júnior e laboratórios especializados. Quisemos pensar uma clínica-apoio-institucional ao Sistema Único de Saúde. Lugar onde se ensina e se

aprende a diversidade de tarefas éticas na composição de sistemas públicos de saúde altamente resolutivos.

No ensaio de Almeida Filho, na mesma obra com Souza Santos, ao analisar o modelo de educação superior que predomina no Brasil atualmente, o autor apresenta posição semelhante à de Souza Santos. Almeida Filho (2008) afirmou que a formação segue uma concepção “linear e fragmentadora do conhecimento, alienada da complexidade dos problemas da natureza, da sociedade, da história e da subjetividade humana” e que os currículos dos cursos de graduação seguem modelos de formação utilizados nas universidades europeias do século XIX. Em seus estudos, buscando descrever os movimentos de mudanças que ocorreram, o autor destacou que a Universidade, inicialmente construída como “instituição da cultura”, após o Renascimento, incorporou a formação profissional, que, historicamente, junto com as artes e as técnicas, era privilégio das elites. A era industrial exigiu nova mudança e nasceu então a universidade científico-tecnológica. No final do século XIX, a produção do conhecimento foi incorporada à Universidade, passando a ser constitutivo e condição para o seu reconhecimento como tal. A pesquisa, a produção de conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico passaram a incorporar o fazer da universidade para atender às necessidades do modelo capitalista. No entanto, ainda é preciso transformar esse conhecimento disciplinar e especializado, uma vez que novas e complexas questões foram colocadas a partir da segunda metade do século XX, alterando a missão histórica da Universidade. O autor entende que já estão em andamento ações e movimentos que sinalizam essas mudanças no âmbito das universidades. A saúde contempla uma singular síntese entre conhecimento altamente tecnológico (prestação de assistência) e altamente intelectual (superior escuta da subjetividade e das complexas conexões ente humanização e integralidade da atenção). Na saúde o conhecimento tecnológico não pode se afastar do conhecimento humanístico e das implicações éticas sobre a vida.

Nesta análise, é importante lembrar que a educação superior no Brasil começa com os cursos de Medicina, Direito e Engenharia, no período do Império, respondendo ao

contexto sócio-histórico de um país colonizado pela Europa. E a história da constituição das profissões de saúde pode ser considerada paradigmática, a partir da análise de sua constituição para compreender os reflexos desse começo na constituição das universidades e na instituição das profissões da saúde. O ensaio *As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*, de Edmundo Campos Coelho (1999), apresentou o processo de constituição das profissões tradicionais (medicina, advocacia e engenharia) ao longo do século XIX e das primeiras décadas do seguinte, expondo as teias de relações sociais que forneceram as bases institucionais para a definição da posição dos grupos profissionais. O historiador apresentou relatos e análises sobre corporativismos profissionais e privilégios de classe no tempo dos imperadores, da República Velha e no pós 1930, quando a regulação profissional definiu para as profissões de nível superior o estatuto de uma verdadeira aristocracia ocupacional. Nossas profissões de saúde, no Brasil, se autorregulam e muito tranquilamente se postam acima das recomendações populares. O estudo foi além da experiência brasileira e fez contraponto às estruturas das sociedades europeias e americana, traçando um paralelo entre o Estado "laissez-fairiano", que beneficia os direitos individuais, e o regulatório, destacando interesses nacionais, e apontando as consequências das interferências governamentais na estratificação das sociedades e, em escala mais detalhada, na marcação de espaços do exercício profissional.

Na continuidade de seus relatos e análises, Coelho (1999) apontou que o comportamento corporativo constrói, enfim, o monopólio da certificação, regulação e incorporação de profissionais, o que hoje ainda persiste como mecanismo de exclusão ou de reserva do mercado de prestação de serviços profissionais com a posse do diploma de nível superior. Ou seja, o título universitário, como certificado profissional, assumiu semelhanças com títulos de nobreza. O estudo fez referência de como o ensino superior oficial, no Brasil, teria sido usado para o "enobrecimento" dos portadores de diplomas ou como mecanismo importante de fechamento do mercado e para legitimar as pretensões de monopólio sobre certos serviços e a sua relação com o diploma superior. Edmundo Coelho (1999) cita como exemplo os médicos, que se dividiam entre aqueles que procuravam seguir o modelo clássico de

profissionalização, expandindo o número de profissionais através do aumento da quantidade de escolas, e os que argumentavam que existiria um excesso de concorrentes. A expansão de cursos se relacionaria com a popularização de títulos de nobreza e, portanto, a sua posterior irrelevância ou, antes disso a expansão de cursos é a construção do direito universal à saúde. Na expansão de cursos não fará sentido a expansão de hospitais universitários, então como construir espaços de formação em habilidades profissionais na rede de atenção básica? A rede de atenção básica requererá alta resolutividade e uma estratégia especializada de apoio institucional poderá fazer grande sentido.

As críticas à formação e às práticas em saúde também estão presentes nos ensaios de Madel Luz que descreve a saúde pública, na primeira metade do século passado, marcada pelo “Centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo”, e, em relação às instituições de previdência social e de atenção médica, o “clientelismo, populismo e paternalismo”. A autora verificou que essas características ainda estão presentes nas instituições e políticas de saúde brasileiras. O estudo apresentado por Luz (1991) apontou que, no período de 1968 a 1975, ocorreu o crescimento da demanda social por consultas médicas como reflexo das más condições de saúde, a medicina passa a ser reconhecida como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva e houve a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados. Nesse contexto, a saúde passou a ser vista como um bem de consumo médico, o que favoreceu o crescimento de faculdades particulares de medicina por todo o país, a organização e a complementação da política de convênios entre Previdência Social e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, apesar da escassez de recursos destinados aos serviços públicos.

Diante dessa realidade, foi proposta a Reforma Sanitária Brasileira que, em meio a intensas mudanças sociais e políticas, buscou promover a democracia e a cidadania no país. Na década de 1980, a realidade social era marcada pela exclusão e a maior parte dos cidadãos não tinha direito à saúde, garantida apenas aos trabalhadores, na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, desde que

contribuíssem para mantê-lo. O movimento sanitário brasileiro propôs também outras estratégias para superar a crise do modelo hegemônico da medicina científica, que teve origem nos séculos XVIII e XIX.

Ao analisarmos a universidade e seus compromissos com a produção de conhecimentos e a formação de profissionais da saúde e suas práticas, considerando o contexto em que vivemos e as mudanças que ocorreram (ou não) nos últimos 20 anos, a Reforma Sanitária, a implementação do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, perguntamos: que compromissos a educação superior tem assumido frente às mudanças propostas pela Reforma Sanitária? Que formação é essa? Quais mudanças são necessárias na formação dos profissionais de saúde diante dos novos cenários? São perguntas de natureza ética, mais que questões a responder. São “interrogantes” para nossa prática, projetos e políticas.

Os estudos têm nos mostrado que, apesar da implantação do Sistema Único de Saúde, com seus princípios e diretrizes, as decisões das Conferências Nacionais de Saúde e as propostas das DCN para os cursos da saúde, é possível afirmar que as mudanças ainda estão, neste cenário, no plano da produção teórica. As mudanças propostas pelo SUS exigem transformar a atenção formatada no núcleo específico e reduzido das disciplinas para o trabalho em equipe, expondo-se a complexidade do trabalho multi, inter e transdisciplinar em saúde e priorizando as necessidades dos usuários, em cada contexto. No entanto, a lógica dos processos de trabalho e de cuidado em saúde ainda não superou o biologicismo e o modelo clínico hegemônico. A implantação e avaliação dos cursos da saúde ainda seguem critérios que enfatizam o desenvolvimento de habilidades e técnicas, dentro das especificidades de cada área.

Algumas experiências foram instituídas com o objetivo de promover mudanças na formação em saúde, como a integração docente-assistencial (IDA), os projetos “Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: União com a Comunidade” (UNI) e, mais recentemente, por meio de ações interministeriais, como o Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que foram instituídos visando a promover maior interação dos cursos com os serviços e com as comunidades. No entanto, até por terem iniciado há apenas alguns anos, ainda não é possível dimensionar seus efeitos, na composição dos perfis profissionais e sua integração ensino-serviço.

As universidades brasileiras têm autonomia para a organização de currículos, programas dos cursos e pesquisas, garantida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, mas as diretrizes curriculares constituem-se em uma indicação à formação em saúde a ser considerada na autorização e reconhecimento de cursos. Não há evidências de compromissos da Universidade com esse processo e nem do MEC. As Instituições Universitárias apresentam Projetos Pedagógicos onde justificam modelos e práticas vigentes.

Para pensarmos em mudanças na produção de conhecimento e nos compromissos da universidade com a sociedade e as demandas da contemporaneidade, retomamos algumas contribuições de Souza Santos (2008) que aponta a necessidade de criarmos outras formas de produção de conhecimento. O autor define esse movimento como a passagem “do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário”, descrito como contextual e transdisciplinar, de modo contextualizado, exigindo o diálogo entre os diversos tipos de conhecimento, mais heterogêneos, mais abertos para a produção em espaços menos rígidos e menos verticalizados. Na produção do “conhecimento pluriversitário”, a universidade deixa de ser objeto das interpelações da ciência e passa a ser sujeito de questionamentos para a ciência. Essa mudança exige maior participação na produção e na avaliação dos seus efeitos e na elevação do nível de responsabilização das universidades. Nessa proposição, a universidade passa de um modelo unilateral de relações com a sociedade para uma postura de interatividade, potencializada pelas mudanças produzidas pelas tecnologias da informação e de comunicação. No entanto, assinala que o processo de transição do conhecimento convencional para o conhecimento pluriversitário, produzido e difundido também por essas novas tecnologias de

comunicação, ainda não foi suficientemente compreendido e aproveitado pelas universidades.

Para operacionalizar mudanças, Souza Santos (2008) aponta como um dos protagonistas a sociedade civil organizada que, historicamente, ficou afastada da universidade pelas características elitistas da Instituição. Essa proposição reforça também um dos princípios do SUS que garante a participação social na construção e no controle das mudanças da atenção à saúde.

Para as mudanças na universidade, visando à ampliação dessas instituições com as necessidades e demandas da sociedade, Souza Santos (2008, p. 68) propõe “a pesquisa-ação e a ecologia de saberes” como áreas de legitimação da universidade nas ações de extensão, bem como na formação e na pesquisa. A pesquisa-ação é descrita como projetos de estudo e investigação definidos e executados de forma participativa, promovendo a articulação entre interesses sociais, interesses científicos dos pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos que atenda aos interesses dos grupos sociais, o que ainda não é prioridade nas universidades. A “ecologia de saberes”, segundo Souza Santos, é um movimento que depende da abertura de espaços institucionais que oportunizem diálogos entre os saberes científicos e os saberes populares, leigos, tradicionais derivados de culturas que circulam na sociedade. Apresentada pelo autor como um “aprofundamento da pesquisa-ação”, refere-se a práticas que promovam a convivência ativa de saberes no pressuposto de que todos eles, incluindo o saber científico, podem enriquecer-se por meio do diálogo. Essa nova convivência implicaria em ações de valorização de conhecimentos práticos que, partilhados por pesquisadores, estudantes e grupos de cidadãos, converteriam a universidade em um espaço público, de interconhecimento, em que os cidadãos e os grupos sociais podem interagir, sem ser exclusivamente na posição de aprendizes. O autor aponta a pesquisa-ação e a ecologia de saberes como estratégias para uma reorientação solidária das relações entre a universidade e a sociedade.

A proposta da ecologia de saberes foi constituída pelo autor por 17 teses, que convocam para a mudança na produção de conhecimentos, como compromisso da universidade, seja ela pública ou privada, comprometida com princípios éticos e políticos, reconhecendo as diferentes culturas, necessidades e saberes presentes no contemporâneo. Produções inter e transdisciplinares construídas em redes colaborativas, mediante processos contínuos de problematização e de avaliação, rompendo com modelos instituídos e abrindo passagem para movimentos instituintes em todas as áreas.

Nessa proposição de mudanças e de compromissos para a universidade, concordamos com Souza Santos (2008) quando enfatiza a responsabilidade social da universidade, responsabilidade que deve ser assumida por ela mesma, colocando-se como permeável às demandas sociais, especialmente quando solicitadas por grupos sociais que não têm poder para exigí-las. A universidade precisa responder a essas demandas, de forma criativa, uma vez que os desafios são concretos e contextuais, de acordo com a região ou local.

Almeida Filho (2008) também aponta que as mudanças nas universidades devem ocorrer simultaneamente pelas interfaces entre disciplinas e experimentação de movimentação de sujeitos, entre campos de diferentes conhecimentos que permitiram alternativas multi, inter e transdisciplinares. Essas experiências abrem possibilidade para novos arranjos institucionais e cognitivos, ampliando o compartilhamento entre docentes, pesquisadores e estudantes. O autor assinala que, no campo político, a missão da universidade passa a ser a de uma instituição de inclusão social, rompendo com sua posição histórica de uma instituição para as elites, transformada pelos movimentos sociais que pressionaram os governos por acesso à educação superior. O acesso de representantes dos segmentos sociais até então excluídos em seus espaços e redes fez da universidade uma instituição de mobilidade social e inserção política.

Em relação ao comprometimento da universidade com a produção de conhecimentos, a formação de profissionais e as transformações sociais, políticas e



econômicas que vêm ocorrendo no mundo, acreditamos na urgência de construirmos instituições de ensino superior mais responsáveis e comprometidas com a sociedade contemporânea, considerando sua complexidade e diversidade, envolvendo todos os atores e tomando como referência a diversidade cultural, social, política e econômica. Essa nova universidade deverá ter o compromisso de garantir acesso e qualificação dos modos de vida para a população, acima de tudo. Nesse sentido, o compromisso da universidade está também com a formação dos profissionais da saúde. Essa nova universidade deverá estar mais comprometida com as propostas da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Brasileira de 1988, e pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 1990 e Lei Federal nº 8.142, do mesmo ano). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um dos principais marcos da Reforma Sanitária e tinha como bandeira a democratização da sociedade. Entre as propostas aprovadas nessa Conferência, foram indicadas as diretrizes para a construção de uma nova política de saúde, ampliando o conceito de saúde o qual a considera como direito de cidadania, ressaltando a importância da participação social no controle da política de referência e defendendo a necessidade de readequação do orçamento fiscal e de medidas mais amplas de ordem política, econômica e social. Essas mudanças na atenção à saúde inseriram os ideais da universalidade do acesso, com equidade de ofertas; integralidade da atenção, com privilégio à atenção básica, sem prejuízo ao atendimento das demais necessidades; descentralização da gestão, com comando único por esfera de governo; e, participação popular, com controle social sobre o setor de saúde, definindo-se um Sistema Único de Saúde (SUS), não mais um sistema para os que podem pagar, outro para o segmento dos trabalhadores formais, outro para os pobres e nenhum para os indigentes. A maior novidade gerencial é justamente o conceito de região, o reconhecimento da necessidade de práticas solidárias entre entes federados e intersetorialmente.

As conferências nacionais de saúde, realizadas nos últimos doze anos, após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de saúde, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2004, assim como a 13ª, em 2008 e a 14ª, em 2012, registraram a aprovação de propostas que apontam para a urgência de se

investir em mudanças na formação dos trabalhadores de saúde. Os relatórios destacaram a interdisciplinaridade na formação e nas práticas em saúde, o trabalho na saúde, a educação permanente e a educação em serviço. Foram aprovadas também propostas que apontam a necessidade de se promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo-se o diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e científicos, fortalecendo, em parceria com instituições de pesquisa, universidades, organizações não governamentais, associações e movimentos sociais, o compromisso de desenvolver a cultura da intersetorialidade, com a população, gestores, trabalhadores e Conselhos de Saúde.

Essas decisões demandam mudanças no setor educacional, em todos os níveis de ensino e da formação profissional, buscando a melhoria das informações veiculadas, da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições. Entende-se que essas proposições requerem uma formação que qualifique os trabalhadores de saúde e de outras políticas públicas para o trabalho em equipe, constituindo redes de cuidado e de integração ensino-serviço, por meio de diferentes dispositivos que garantam maior interação dos estudantes dos cursos da área da saúde com as equipes dos serviços e com a comunidade usuária desses equipamentos.

Os relatórios destacam que a formação foi evidenciada em várias propostas aprovadas, apontando a necessidade de que os Ministérios da Saúde e da Educação estabeleçam parceria que garanta a oferta de conteúdos curriculares relacionados com temas, tais como políticas públicas, SUS, cidadania, participação da comunidade, controle social e educação na saúde nos currículos do ensino fundamental e médio e nos cursos de graduação das universidades. Essas temáticas estão presentes, pelo menos em parte, nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde. No entanto, que ações e estratégias têm sido implementadas para que essas propostas integrem efetivamente as ações de formação nos cursos de graduação da saúde? A execução dessas propostas precisa integrar o rol de compromissos da Universidade, tomando-os como base para avaliar

e reorganizar os cursos de graduação em saúde e a integração dos mesmos com a rede de cuidados em saúde locorregional.

A educação dos profissionais de saúde tem ainda como desafios a integralidade e a humanização dos cuidados em saúde que, segundo Ceccim e Capozzolo (2004, p. 384), supõem questões como a concepção ampliada da clínica, o trabalho em equipe, o ordenamento adequado da atenção, a produção/criação de novas práticas estéticas diante das realidades locais, a ação intersetorial e um projeto ético-político para a mudança da formação profissional na saúde. Os autores acreditam que o processo de educação/formação dos profissionais é potente para constituir a integralidade e humanização nas práticas de gestão e de atenção à saúde e para construir um aprender coerente com os princípios do SUS.

Diante dos inúmeros discursos e relatos que enfatizam a necessidade de mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação para que se estabeleça permanente a articulação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, com as redes de cuidado em saúde, criando novos dispositivos que contribuam para as mudanças na formação dos profissionais de saúde e na implementação dos compromissos das Instituições de Ensino Superior com a sociedade, esta tese apresenta uma proposta de mudança na constituição de clínicas-escola, como parte das estratégias de formação para os cursos de graduação que, por força das DCN ou por opção institucional podem romper com a lógica do treinamento e formação para os conhecimentos específicos da profissão, alcançando uma formação cidadã e uma prática política institucional orientada pelo interesse público.

Que dispositivos são potentes para romper com o que já está posto? Como resistir aos riscos de sermos capturados pelas formas instituídas dos processos de trabalho em saúde? São muitas as perguntas diante do compromisso de apresentar uma proposta para “outra clínica-escola”. Transitar por outros lugares para descobrir outros contextos, outros modos de promover saúde requer uma atitude de coragem e de abertura para a experimentação e para conviver com as incertezas. Tomar o

pensar e o aprender como um exercício que resulta da provocação gerada pelo encontro com o novo, na desnaturalização de nossas práticas-saberes-fazer, parece que não há outra forma senão inventar dispositivos que possam fazer dos limites profissionais outros planos de criação e apostar na vitalidade do cotidiano.

Formular uma nova proposição de clínica-escola exige também dizer a partir de qual concepção de clínica apresento esta proposta. Busco apoio em Merhy (1998) que considera que “todos os trabalhadores de Saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica” colocando a clínica como “campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras de outras configurações tecnológicas”. O trabalho em saúde é um espaço-tempo onde todos os trabalhadores de saúde que atuam em seu fazer próprio dedicam-se à clínica, possibilitando “espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo” e estes “espaços” perdem sentido se não houver um trabalho “clínicamente implicado” (MERHY, 1998, p. 107). Com isso quero afirmar que a mudança no ensino-aprendizado, de modo algum, reduz a relevância da clínica e o domínio de suas habilidades. A oposição é ao hospital universitário como lugar central ou às clínicas específicas por profissão ou às clínicas de instituições de ensino que fazem, como um prestador privado de serviços, aquilo que pertence a uma rede integrada, pública e única no âmbito dos municípios ou regiões de saúde.

O vínculo, a responsabilização e o acolhimento também são entendidos por Campos (2003) como recursos terapêuticos que fazem parte da clínica. Tal compreensão acerca da clínica é importante para a organização e discussão de projetos terapêuticos, pois abre outras possibilidades de produção coletiva de uma equipe de profissionais de saúde, podendo ser constituída por trabalhadores com diferentes níveis de escolaridade e formação em diferentes áreas. Essa concepção contribuiu significativamente para a superação do entendimento equivocado e cristalizado de que a clínica e a terapêutica são atribuições apenas dos médicos ou de outros profissionais com graduação acadêmico-científica.

Nessa nova proposição de clínica-escola está implícita uma condição de multiprofissionalidade, mesmo que essa constituição de equipe produza

estranhamentos, conflitos e rivalidades corporativas, pois não há como fugir de movimentos que já estão em processo. Nessa nova proposição, faz-se necessário resistir aos movimentos que tentam prorrogar os modelos hegemônicos na constituição de equipes e serviços. Essa é uma ação política e não técnica para a efetivação das mudanças. Ceccim (2004, p. 261) defende a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional e uma “prática mestiça”, que possibilite escapar dos limites disciplinares das profissões, expondo-se à alteridade com os profissionais da equipe e com os usuários dos serviços de saúde. Portanto, a constituição do serviço deve oportunizar a participação de docentes e estudantes de todos os cursos de graduação em saúde, e ainda de cursos técnicos, não fechando oportunidades para que docentes e estudantes de outras áreas de formação sejam integrados ao serviço.

Nessa proposta de criação de outro “modelo” de clínica-escola, é preciso que docentes e estudantes estejam dispostos a colocar entre parênteses os protocolos e cartilhas instituídos e a dar abertura aos encontros no cotidiano dos serviços, com os usuários e com os profissionais dos serviços. Essa clínica precisa estabelecer um diálogo real com as equipes locais, fazendo a escuta das necessidades de ensino-aprendizagem pelos docentes, estudantes e gestores, tendo em vista as diretrizes e os princípios do SUS, constituindo uma organização em rede dos sistemas locais com os quais se referencia, isto é, o pleno exercício da pesquisa-ação.

Uma clínica-escola instituída como espaço de ensino-aprendizagem-atenção em saúde precisa interagir com os usuários e equipes, procurando conhecer o contexto social, econômico, cultural e epidemiológico, a organização e funcionamento das políticas públicas, suas potencialidades e necessidades, isto é, o pleno exercício de ecologia de saberes.

Da mesma forma que escuta e acolhe um sujeito usuário, os profissionais, os gestores e a forma de planejar e implementar as ações de cuidado em saúde configuram “temas” para a problematização e intervenção de docentes e estudantes. Nesse sentido, as equipes multiprofissionais, constituídas por docentes e

estudantes, têm possibilidade de presença e produção de interdisciplinaridade, por meio de saberes e fazeres construídos coletivamente, a partir das demandas e necessidades conhecidas nas interações com os serviços e com os usuários.

A integralidade deve ser adotada como essencial nessa proposta de organização de clínica-escola, assim como na produção de cuidados em saúde e na formulação de estratégias de ensino, para romper com as dicotomias cristalizadas da forma de se entender e praticar a atenção em saúde. Ceccim e Capozzolo (2004, p. 349) debatem a educação dos profissionais de saúde para a recuperação das noções de integralidade e humanização, inscrevendo uma proposta de política de formação que deseja a afirmação da vida, utilizando a noção da clínica como resistência e criação. A regionalização é parte do processo de descentralização, com a perspectiva de organizar de forma nacionalizada a assistência à saúde em um determinado território, tendo como referência a distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais e garantindo acesso e cuidado à população. A universidade precisa responder aos compromissos com a sociedade, especialmente com a região onde está inserida, procurando produzir respostas às demandas deste contexto. Enquanto diretriz do SUS, a regionalização é parte do processo de descentralização, com a perspectiva de organizar de forma racionalizada a assistência à saúde em um determinado território, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, garantindo acesso e cuidado à população. Esse processo envolve o aspecto técnico, político, econômico, cultural e ideológico e os diferentes atores sociais que vivem e constroem saberes nesses espaços. Além de territórios físicos, são espaços de produção de relações, saberes e ações políticas e, principalmente, de vida. Nesse sentido, a clínica-escola precisa ocupar-se também dos processos de constituição de redes locais de atenção, promoção e formação em saúde.

A escuta como disponibilidade de afetar e ser afetado pelo outro, como experimentação, abrindo espaços para as necessidades e para os modos de existência do outro, mas permitindo outros modos de existência, desafia a inserção nessa nova clínica. Além disso, abre novas experimentações que oportunizam a

desestabilização das nossas certezas e nos expõem a processos de formação-intervenção-cuidado.

A equipe da clínica-escola, como integrante da rede de cuidados em saúde, também poderá desenvolver ações de apoio matricial, o que pode significar tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. O apoio matricial implica construção de um projeto terapêutico integrado e representa uma forma de contribuir na organização e ampliação da oferta de ações em saúde, a partir de saberes e práticas especializadas, permitindo que o usuário continue sendo cuidado pela equipe de referência. Esse processo favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve integrar o conjunto de ações desenvolvidas pela equipe da clínica-escola, tanto envolvendo os usuários que estiverem sob os cuidados das equipes que ali atuam, como em ações de apoio matricial para as equipes de referência da rede locorregional. O PTS é um conjunto de propostas terapêuticas elaboradas para um usuário, uma família ou um grupo, considerando suas características e necessidades, e deve resultar de uma discussão coletiva da situação e dos vários olhares e saberes, inclusive os do próprio sujeito ou grupos envolvidos. Na clínica-escola, o PTS inclui um projeto de ação de educação permanente da rede própria do SUS especificamente relacionada.

Na condição de apoiadora da rede, a clínica-escola também estará comprometida com ações de apoio institucional, visando a promover movimentos e mudanças nos serviços, além de instigar à potência formativa dessas práticas para docentes e estudantes. O apoio institucional possibilita às equipes apoiadas e à gestão a ampliação da sua capacidade de análise, na medida em que mediatiza a reflexão acerca das dificuldades do cotidiano e favorece a reorganização dos processos de trabalho. O fazer e o agir entram na roda, mobilizando a circulação de afetos, de desejos, de interesses e a constituição de vínculos, como parte das estratégias de

mudança das condições, da organização do trabalho e da formação de gestores e trabalhadores de saúde.

A produção de novos saberes e fazeres precisa estar em constante problematização e análise como estratégia para que as equipes não se deixem capturar por conhecimentos e práticas já cristalizadas e instituídas como modelos. Para escapar dessa condição, a Educação Permanente em Saúde é potente para a transformação do processo de trabalho e das práticas de saúde, aproximando saberes técnicos e científicos das dimensões éticas da vida e do trabalho. Ceccim (2005a) propõe a Educação Permanente em Saúde como estratégia educacional que, em uma base localregional, pode instituir processos *em* ou *na* rede de atenção, pois as dificuldades para a implementação de cuidados com resolutividade nem sempre são decorrentes da falta de conhecimento, mas da falta de articulação entre os serviços na ausência de fluxos de rede, construídos a partir das necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, as trocas, o olhar do outro, a produção de incômodos e desconfortos são movimentos indispensáveis para a mudança ou a inserção de novos elementos nas práticas das equipes e na formação profissional. Para a produção de mudanças nas práticas de gestão, de atenção e de formação em saúde, não bastam informações, são necessários momentos para a problematização e o diálogo com as situações no trabalho concreto das equipes e para a construção de novos pactos de convivência e práticas de atenção integral à saúde. Numa prática desse tipo, a clínica-escola forma professores e alunos para que sejam melhores docentes em saúde no SUS e melhores recém-formados para a incorporação no SUS.

A tese é a sugestão de uma nova proposta de clínica-escola, que se articule com a rede localregional de atenção à saúde, comprometendo a universidade de forma efetiva com a formação de profissionais de saúde para a implementação dos princípios do SUS, consolidando o compromisso entre a Educação e a Saúde, entre a universidade e o cotidiano dos serviços, tornando possível o implicar-se e o reinventar-se, necessários na consolidação de uma política pública de saúde que defenda e promova a vida. Concordamos também com a provocação de Mattos



(2004, p. 119) que, instigado pelas contribuições de Boaventura de Souza Santos (2006) em sua obra *Conhecimento prudente para uma vida decente*, defende a prática do *cuidado prudente para uma vida decente*. Nesse sentido, entendemos o compromisso da universidade na produção de conhecimentos e na formação de pessoas, mas também de instituições e poderes públicos que, para além dos conhecimentos técnicos, promovam o cuidado a partir de situações concretas, ampliando o olhar e buscando o significado desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos, considerando as contribuições dessas ações para uma vida decente. Falamos de uma clínica-escola possível, mas em quase nada semelhante aos seus antecedentes. Essa clínica é clínica porque está implicada com o fazer profissional (e suas habilidades) no cuidado à saúde e é escola porque esse fazer é amplamente formativo: de alunos, de professores, de gestores de rede, de profissionais dos vários níveis de atenção e de movimentos implicados com práticas sociais de saúde. Sua localização não se põe como serviço, entre outros, mas como “agência” de redes na educação da saúde.

## REFERÊNCIAS

---

ALMEIDA, Marcio (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ASSAD, Luciana Guimarães; VIANA, Lídia de Oliveira. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 5, out. 2005, p. 586-591.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n. 5, out. 2007, p. 286-290.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 131-150.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, jan.-abr. 2000, p. 71-80.

BRASIL. **Lei Federal nº 6.932**, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União, de 09/07/1981.

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

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.080/90**: Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990. Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)> acesso em 20 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)> acesso em 20 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 9.131/95**, de 14 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9131.htm)> acesso em 25 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)> acesso em: 25 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 6**, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>> acesso em: 15 de julho de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002)> acesso em: 12 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 8**, de 18 de maio de 2004. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Publicada no Diário Oficial da União de 18/05/2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/04**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1006**, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC. Publicada no Diário Oficial da União, de 27/05/2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.702**, de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde. Publicada no Diário Oficial da União, de 17/08/2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do Cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006)> acesso em: 12 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Regionalização solidária e cooperativa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101**, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>> acesso em: 25 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Estabelece as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)> acesso em: 16 de agosto de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019**, de 26 de novembro de 2007b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_3019.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf)> acesso em 26 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto Federal nº 6.096**, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das

Universidades Federais – REUNI. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm)> acesso em 26 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação. Ministério da Saúde **Portaria Interministerial MS/MEC nº 917**, de 6 de maio de 2009. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Disponível em: <http://www.prosaude.org/leg/portarias-maio2009/PortariaInterministerial-917-6maio2009.pdf>> acesso em 10 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7.082**, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF – e dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Publicado no Diário Oficial da União, de 27/01/2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Portaria Conjunta nº 3**, de 3 de março de 2010. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, o PET Saúde/Vigilância em Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_conjunta\\_n\\_3\\_marco\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_conjunta_n_3_marco_2010.pdf)> acesso em 12 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 421**, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_interministerial\\_n\\_421.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf)> acesso em 13 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 5**, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Publicado no Diário Oficial da União de 16/03/2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> acesso em: 12 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS, o SUS na seguridade social**

– Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/2010/cnv/pactrs.def>. Acesso em 25 de agosto de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º, do art. 198, da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)> acesso em 08 de agosto de 2013.

BUARQUE, Cristovam. **A aventura da universidade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000, p. 219-230.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2 mar./abr. 2007, p. 301-306.

\_\_\_\_\_; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007, p. 399-407.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados. **Revista Conasems**, Brasília, v. 1, n. 11, nov. 2005, p. 25-31. Disponível em: <http://saude.joinville.sc.gov.br/public/portalsaudeadm/imagens/conteudo/ContraRegionalizacaoAutarquicaFavorRegionalizacao.pdf>> acesso em 04 de agosto de 2013.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr, Marcos; CARVALHO, Yara Maria (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 149-182.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, set.2004-fev. 2005a, p. 161-177.

\_\_\_\_\_. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005b, p. 259-278.

\_\_\_\_\_; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves; REGO Sérgio; LAMBERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jun. 2004a, p. 41-65.

\_\_\_\_\_. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set.-out. 2004b, p. 1400-1410.

\_\_\_\_\_; FERLA, Alcindo. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 24, set./out./nov./dez. 2003, p. 5-15.

CHAVES, Mário; KISIL, Marcos. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS C., Manuel (Org.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 1-16.

CHEBLI, Ivan Charles Fonseca; PAIVA, Marcélia Guimarães; STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. A regionalização: desdobramento da descentralização? **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, supl. 1, 2010, p. S84-S94.

CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur. **Entre a intenção e o ato: uma análise da política da contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)**. São Paulo; 2011. 447 f. Tese (Doutorado em Ciências) Universidade Federal de São Paulo.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822 -1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM Nº 1.845, de 15 de julho de 2008. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.785/2006, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1845\\_2008.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2008/1845_2008.htm)> acesso em 11 de agosto de 2013.



FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. Porto Alegre; 2006. 248 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; PELEGRINI, Maria Letícia. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p. 61-68.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; SCHAEGLER, Lúcia Inês; DARON, Vanderléia; BILIBIO, Luiz Fernando Silva; SANTOS, Liliana; HERRERA, Humberto Torreão. Educação Permanente e a Regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, jan./mar. 2009, p. 7-21.

FEUERWERKER, Laura C. M. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: Marins, João José Neves; Rego Sérgio; Lambert, Jadete Barbosa; Araújo, José Guido Corrêa de (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 17-39.

\_\_\_\_\_; LLANOS C, Manuel; ALMEIDA, Márcio. **Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FIRMINO, Sueli P. M. **Clínica-escola: um percurso na história e na formação em psicologia no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, jul./ago. 2005, p. 1017-1025.

HADDAD, Ana Estela; PIERANTONI, Célia Regina; RISTOFF, Dilvo; XAVIER, Iara de Moraes; GIOLO, Jaime; SILVA, Laura Bernardes da (Org.). **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde, 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Consulta em <http://www.ibge.gov.br/home/>. (2010). Acesso em 25/09/2013.

JESUS, Maria Cristina Pinto de; FIGUEIREDO, Mariângela Aparecida Gonçalves; SANTOS, Sueli Maria dos Reis; AMARAL, Arlete Maria Moreira do; ROCHA, Letícia de Oliveira; THIOLENT, Michel Jean Marie. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011, p. 1229-1236.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, set./dez. 2005, p.

1273-1288.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2307-2316.

LAMPERT, Jadete Barbosa; BARBOSA NETO, Francisco; STREIT; Derly Silva; MORAES, Vardeli Alves de; BRENELLI, Sigisfredo Luis. Hospitais de ensino: a trama da crise. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, jun. 2013, p. 155-156.

LIMA, Juliano de Carvalho.; MARTINS, Wagner de Jesus.; SILVA, José Paulo Vicente da. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, jan./abr. 2006, p. 101-119.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição Democrática" - Anos 80. Tradução revista, ampliada e adaptada do texto francês da autora intitulado "Notes sur les politiques récents de santé dans le Brésil la transition démocratique (années 80)". Universidade de Paris VIII, 1988. **Physis - revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991, p. 77-96.

\_\_\_\_\_. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr./jun. 2009, p. 304-311.

MACEDO, Mônica (Org.). **Fazer psicologia: uma experiência em clínica-escola**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 39-64.

MÉDICI, André C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, jun. 2001, p. 149-156.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

\_\_\_\_\_. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis, Afonso Teixeira dos; Santos, Alaneir de Fátima dos; Campos, Cezar Rodrigues; Malta, Deborah Carvalho; Merhy, Emerson Elias (Orgs.). **Sistema Único de Saúde**

**em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, Set./Fev. 2005, p. 172-174.

MOTTA, Luciana Branco da; CALDAS, Célia Pereira; ASSIS, Mônica de. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008, p. 1143-1151.

OLIVEIRA, Delvo; SALDANHA, Olinda. Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva. **Saúde mental coletiva**, Porto Alegre – Bagé, v. 1, n. 1, 1993, p. 40-51.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2008, p. 492–499.

PAULON, Simone. Clínica ampliada: que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, Tânia Galli; ENGELMANN, Selda (Org.). **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2004, p. 259-273.

PEREIRA, Luciana Alves; LOPES, Maria da Graça Kafouri; LUGARINHO, R. **Diretrizes Curriculares Nacionais e Níveis de Atenção à Saúde:** como compatibilizar? 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br>> acesso em: 31 de julho de 2013.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Eds.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 159-172.

PONTES, Ana Lúcia de M.; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; PINHEIRO, Roseni. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino-aprendizagem, In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 251-274.

RAMIRES, Vera Regina; CAMINHA, Renato. **Práticas em saúde no âmbito da clínica-escola: a teoria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Guia de Saúde Mental**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2002.

RODRÍGUEZ, Vítor Gabriel. **O ensaio como tese: estética e narrativa na composição do texto científico**. São Paulo: WMF; Martins Fontes, 2012.

SOUZA SANTOS, Boaventura de; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A universidade no**

**século XXI, para uma universidade nova.** Coimbra: Almedina, 2008.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SOUZA SANTOS, Boaventura de (Org). **Conhecimento prudente para uma vida decente: 'um discurso sobre as Ciências' revisitado.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Lenir.; ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, Sílvia Fernandes da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS.** v. 135. Campinas: Idisa/Conasems, 2008, p. 35-65.

SANTOS, Marco Antonio; SIMON, Cristiane Paulin; SILVA, Lucy Leal Melo. **Formação em psicologia: serviços-escola em debate.** São Paulo: Vetor, 2005.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SIEGMANN, Christiane; FONSECA, Tânia Mara Galli. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. **Interface – comunicação, saúde, educação,** Botucatu, v. 11, n. 21. jan./abr. 2007, p. 53-63.

SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos (Org.). **Atendimento psicológico em clínicas-escola.** Campinas: Átomo, 2006.

SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO UNIVERSITÁRIO EM PSICOLOGIA, 10, 2004, Aracruz. **Relatório.** Aracruz, 2004.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005, p. 89-111.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND Jr, Marcos; CARVALHO, Yara Maria. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2007, p. 531-562.