

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - MESTRADO

Este exemplar corresponde à versão final de Dissertação de Mestrado, apresentada ao curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva do Aluno Dário Frederico Pasche.

Campinas, 06 de Outubro de 1.995.

Solange L'Abbate
Profª Dra Solange L'Abbate

Orientadora

**A INSERÇÃO DA UNIVERSIDADE DE IJUÍ NO
CAMPO DA SAÚDE: PROJETOS E PERSPECTIVAS**

DÁRIO FREDERICO PASCHE

Dra. SOLANGE L'ABBATE

Orientadora

Campinas, agosto de 1995.

DÁRIO FREDERICO PASCHE

**A INSERÇÃO DA UNIVERSIDADE DE IJUÍ NO CAMPO DA
SAÚDE: PROJETOS E PERSPECTIVAS**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

ORIENTADORA PROF. Dra. SOLANGE L'ABBATE

CAMPINAS

1995



14.09.95

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	7/UNICAMP
	P2611
	27511
	067/96
	0 0 0
PREÇO	R\$ 11,00
Data	26/04/96
N.º CDD	

CM-00086647-2

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIENCIAS MEDICAS - UNICAMP

Pasche, Dario Frederico

P2611 A insercao da Universidade de Ijuí no campo da saude :
projetos e perspectivas / Dario Frederico Pasche. Campinas,
SP : Is.n.1, 1995.

Orientador : Solange L'Abbate

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Universidade de Ijuí. 2. Saude publica. 3. Medicina
comunitaria. 4. Instituicoes, recursos humanos e servicos.
I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Solange L Abbate

Membros:

1. Solange L Abbate
2. Regina Chaves
3. [Assinatura]

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 06/10/95

À minha mãe, pelo carinho e apoio.

À Claudia, companheira e amiga. A tese de doutoramento faremos juntos!

Ao Luciano, irmão emprestado, amigo do dia-a-dia.

À Júlia: quão infinito é o amor de pai.

A meu Pai, meu eterno mestre.

Serafim, quantos sonhos plantou? Infinitos eu sei.

AGRADECIMENTOS

A meus colegas do Departamento de Ciências da Saúde.

A todas as pessoas representantes de Instituições e de comunidades que colaboraram com este trabalho.

Aos professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP, em especial ao Dr. Everardo Duarte Nunes, ao Dr. Émerson Elias Merhy, ao Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, à Dra. Marilisa Barros, ao Dr. Djalma Moreira Filho, ao Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, à Dra Ana Maria Canesqui.

A meus colegas e amigos do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, muito especialmente Ana Cecília, Angélica, Scheila, José Ivo e Maria Alice.

Um agradecimento especial a minha amiga e orientadora Dra. SOLANGE L'ABBATE, por sua dedicação, incentivo e compreensão. Pelas longas horas de estudo e discussão. Por todos sábados e domingos que se transformaram em segundas e terças.

À amiga Márcia, pelas correções e dicas.

À minha família, pelo apoio, carinho e pela compreensão da “ausência necessária”.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	011
Objetivos da Pesquisa	019

CAPÍTULO 1

1 QUADRO TEÓRICO	022
1.1 Algumas Questões Iniciais	022
1.2 Precisando Alguns Conceitos Chaves da Pesquisa	031
1.3 Hipóteses e Questionamentos da Investigação	060

CAPÍTULO 2

2 METODOLOGIA: INSTRUMENTOS, CAMINHOS E PROCESSOS	062
2.1 A Construção de Níveis de Sistematização	075
2.1.1 Primeiro Nível de sistematização: identificação e organização das fontes primárias	077
2.1.2 Segundo Nível de sistematização: categorização das práticas	079

2.1.3 Terceiro Nível de sistematização: a periodização	081
--	-----

CAPÍTULO 3

3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE NA UNIJUI	084
3.1 Antecedentes Históricos: contexto de emergência da Implantação da área da saúde na UNIJUI	085
3.1.1 FIDENE e COTRIJUI: origens e filosofia	085
3.1.1.1 A ação da COTRIJUI na área da saúde	095
3.1.1.2 A ação da UNIJUI da área da saúde	113

CAPÍTULO 4

4 A POLÍTICA DE EXTENSÃO, PROMOÇÃO DE EVENTOS E DE CRIAÇÃO DE NOVOS CURSOS	123
4.1 Políticas de Extensão na Universidade de Ijuí	123
4.2 A extensão no Departamento de Ciências da Saúde	127
4.2.1 Projeto de Saúde Comunitária de Aracy Cervis	134
4.2.2 Projeto de Desenvolvimento de Saúde Comunitária - Projeto FORD	147
4.2.3 Projeto Multiprofissional de Desenvolvimento de Saúde Comunitária Urbana e Rural - Projeto EZE	158
4.3 Algumas Considerações Sobre os Projetos de Extensão do DCSa da UNIJUI ...	171
4.4 A Política da Promoção de Eventos	176
4.4.1 Seminários Regionais de Saúde: origens e trajetória	184
4.4.2 Seminários Regionais de Saúde: resultados e avaliações	198

4.5 A Política de Criação de Cursos da Área da Saúde	202
4.5.1 O Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem	203
4.5.2 O Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Saúde Pública	220
4.5.3 O Curso de Medicina	235
4.5.3.1 O Curso de Medicina da Unijuí: sua proposta geral e a articulação no interior do DCSa	250
4.6 Recompondo Analiticamente o Processo Após a Discussão das Políticas de Extensão, de Promoção de Eventos e de Criação de Novos Cursos	259

CAPÍTULO 5

5 PERIODIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIJUI	268
5.1 Primeiro Período (1980/83): a experimentação	269
5.2 Segundo Período (1984/86): a força da extensão	276
5.3 Terceiro Período (1987/89): a fase de transição	287
5.4 Quarto Período (1990/91): a construção de alternativas	296
5.5 Algumas Sínteses a Partir da Periodização da Trajetória do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI	308
CONCLUSÕES: A BUSCA DE SÍNTESES	312
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	333
ANEXOS	341
Anexo 01	342
Anexo 02	349

RESUMO

O presente trabalho investiga a inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde. O estudo foi elaborado a partir de duas preocupações principais: (1) reconstruir a trajetória dessa inserção principalmente através do Departamento de Ciências da Saúde, a partir da identificação de seus projetos de atuação e (2) verificar algumas perspectivas de futuro no sentido da construção de alternativas frente aos problemas identificados.

Para a realização do trabalho foram usadas três estratégias (níveis) de sistematização das fontes empíricas e do conjunto das informações daí resultantes. O primeiro nível correspondeu à identificação e organização do material; nele o universo caótico das fontes primárias foi minimamente ordenado. No segundo nível, essas informações foram agrupadas em três grandes grupos, os quais constituíram-se em categorias de análise. Nesse momento, além das informações advindas das fontes primárias, realizou-se entrevistas com atores que participaram do processo. Por fim, no terceiro nível, a trajetória do Departamento de Ciências da Saúde foi agrupada em quatro períodos, os quais passam a indicar momentos de emergência e de ruptura com determinados tipos de práticas.

Do ponto de vista teórico, o estudo teve por referência cinco elementos conceituais importantes: a perspectiva da dialética da totalidade concreta; a problemática da construção de sujeitos políticos; o conceito de instituição; e as principais disputas teóricas na área da saúde e suas implicações na definição de projetos para o campo sanitário.

As questões consideradas nas discussões finais do estudo levaram em conta a problemática da reelaboração das matrizes teóricas do Departamento de Ciências da Saúde, sua interferência junto ao sistema local de saúde, na perspectiva de construção de sujeitos políticos e a problemática da ampliação da área da saúde da UNIJUI.

ABSTRACT

This study investigates the insertion of the University of Ijuí (UNIJUI) in the field of health. The study was elaborated from two main concerns: (1) to reconstruct the trajectory of that insertion mainly through the Department of Health Sciences, through the identification of its action projects and (2) to verify some future perspectives regarding the construction of alternatives in order to face identified problems.

For the development of the study three systematization strategies (levels) of the empirical sources and the resulting collected information were utilized. The first level corresponded to the identification and organization of the material; in it the chaotic universe of the primary sources was minimally ordered. The second level consisted of the gathering of the information obtained previously. Such information was clustered in three large groups which constituted the categories of analysis. In this moment, besides the information derived from the primary sources, the actors which participated in the process were interviewed. Finally, the third level corresponded to the clustering of the trajectory of the Department of Health Sciences in four periods that indicate moments of emergence and rupture of determined types of practices.

From the theoretical point of view the study referred to five important conceptual elements: the perspective of the concrete wholeness dialectic; the question concerning the construction of political subjects; the concept of institution; the main theoretical debates in the area of health and their implication in the definition of projects for the sanitary field.

The questions considered in the final discussion of the study took into account the problem of re-elaborating the theoretical matrices of the Department of Health Sciences, the construction of political subjects and the question concerning the increase of the field of health at UNIJUI.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de reflexões e estudos a respeito do processo de inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde. O estudo foi realizado entre os anos de 1992 a 1994, e compreende a trajetória do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI no período entre 1980 e 1991.

A escolha do objeto de estudo foi motivada, particularmente, pela minha inserção como protagonista direto da história investigada, assim como, também, pela inexistência de estudos sistematizados referentes a trajetória da área da saúde na UNIJUI. Minha inserção direta no processo investigado, na condição de ex-aluno do curso de Enfermagem e Obstetrícia, e como dirigente do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI^(*), tornaram-me um sujeito privilegiado, com profundas ligações com o processo estudado.

Por esse motivo, algumas precauções metodológicas tiveram que ser acrescidas às preocupações gerais do trabalho. Nesse sentido, foi fundamental a realização de um afastamento relativo do processo investigado. Isso foi possível no momento de

(*) Frequentei o Curso de Enfermagem da UNIJUI entre 1981 e 1984. Em 1987 iniciei as atividades como professor horista. No ano seguinte, prestei Concurso Público, quando então fui contratado em tempo integral. Ocupei a Chefia do Departamento de Enfermagem e Obstetrícia e a Coordenação do Colegiado do Curso de Enfermagem e Obstetrícia entre 1988 e 1990. Fui Chefe do Departamento de Ciências da Saúde em duas ocasiões: de 1990 a 1991, e atualmente, 1994 a 1996.

realização do Curso de Mestrado no Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, quando então permaneci por quase dois anos em Campinas.

Esse processo de afastamento, aliado à crítica sempre presente, principalmente da orientadora, tornou possível a realização de análises e sínteses de forma mais isenta. De certa forma, tive que “despir-me de minha trajetória e história como sujeito na UNIJUI”, para investigar sua inserção no campo da saúde.

Mesmo com essa postura crítica sempre presente, tenho absoluta certeza de que algumas conclusões ainda pertencem ao plano da percepção individualizada: a minha história na Universidade falou mais alto, em alguns casos, do que as poucas evidências empíricas comprobatórias dos fatos.

Contudo, apesar desse reconhecimento e autocrítica, creio que as incursões subjetivas não deram o “tom principal” ao estudo. Espero apenas ter conseguido aliar de forma suficientemente lógica a racionalidade do método com a sensibilidade da vivência.

Para resguardar a posição particular de protagonista direto da história investigada, advogando de forma contrária a tese de que isso pode significar um viés importante à pesquisa, lanço mão da ressalva que faz MARIA CECÍLIA MINAYO (1992).

Diz a autora:

“Ninguém coloca uma pergunta se nada sabe da resposta, pois então não haveria o que perguntar. Todo saber está baseado em pré-conhecimento, todo fato e todo dado já são interpretações, são maneiras de construirmos e de selecionarmos a relevância da realidade.” (MINAYO, 1992: 93).

Diz a autora, de forma muito clara, que pré-existe à formalização de processos de pesquisa, conhecimentos anteriores a respeito dos objetos investigados. Nesse sentido, creio ter acumulado condições para dar conta desta prerrogativa, visto que, *a*

priori à exploração do objeto específico de trabalho, sinto-me fortemente impregnado pela história, projetos e perspectivas referentes à inserção da UNIJUI na área da saúde.

Valendo-me dessa citação como álibi “às gafes metodológicas”, apresento a seguir a estrutura e a divisão interna do trabalho.

O corpo da dissertação compõe-se de cinco capítulos. Na introdução e no primeiro capítulo, apresento as idéias iniciais quanto ao objeto de trabalho, os objetivos e pressupostos do estudo, especificando os conceitos ou categorias analíticas fundantes da investigação.

O segundo capítulo refere-se à parte metodológica da pesquisa, e nele apresento os procedimentos construídos para dar conta da investigação.

No terceiro capítulo, reconstruo a história da Universidade de Ijuí e de sua instituição mantenedora, a FIDENE, Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado. Ainda neste capítulo, apresento as origens e os “movimentos históricos” que determinaram a criação da área da saúde na Universidade.

No capítulo quarto, realizo a investigação das três grandes áreas de atuação do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI, que são as políticas de extensão, de promoção de eventos e de criação de novos cursos.

No capítulo quinto, apresento uma periodização da trajetória da área da saúde da Universidade, a qual foi fracionada em quatro períodos.

Na parte final do trabalho, apresento algumas considerações, a título de conclusão, a partir da retomada de questões do quadro teórico, das hipóteses e dos pressupostos básicos da pesquisa.

Para que se compreenda com exatidão o objeto do presente estudo, é necessário situar historicamente o município de Ijuí. De porte médio, localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, ele tem uma história, no mínimo, curiosa.

A “Colônia de Ijuhy” é a última colônia⁽¹⁾ a ser fundada no estado do Rio Grande do Sul, e isso ocorre precisamente no dia 19 de outubro de 1890, quando são instaladas em seus territórios vinte e duas famílias de origem russa, na verdade Lituanos⁽²⁾. Após a vinda desses primeiros colonos, sucede a chegada de mais um sem número de imigrantes, que, conforme relatos da época, formam um diversificado conjunto étnico.

ANTONI CUBER (1975)⁽³⁾, o primeiro pároco de Ijuí, assim descreve a vida da recém criada colônia: “Nossa comunidade recebeu prazerosamente representantes de pelo menos 19 nacionalidades, pois, é este número de idiomas que se ouve por aqui.” (CUBER, 1975: 30).

Essa riqueza étnica⁽⁴⁾ e, conseqüentemente, cultural, determina ao novo Município (a Colônia emancipa-se do Município de Cruz Alta em 1912) uma movimentação política e econômica incomuns. Aos poucos, o Município começa a se caracterizar como pólo regional e a concentrar em torno de si as atenções de toda uma imensa região constituída de pequenos municípios.

Por outro lado, essa longínqua região das matas gaúchas se constituía na área mais “atrasada” do Estado, e, por causa disso, sofria todos os tipos de dificuldades advindas da sua condição de região distante e interiorana e das condições derivadas do

⁽¹⁾ Segundo LORAIN GIRON, colônia são denominadas as “terras destinadas ao recebimento dos emigrantes europeus, que tinham como objetivo o estabelecimento da pequena e média propriedade no Brasil.” (GIRON, 1980: 64).

⁽²⁾ Conforme FISCHER, M. A colonização de Ijuí: um retrospecto histórico, sociológico e étnico. IN: CALLAI, J. /et ali/ *Etnias diferenciadas na formação de Ijuí*. Ijuí: Livraria UNIJUI Editora, 1987. p. 23.

⁽³⁾ CUBER, A. *Nas margens do Uruguai*. Ijuí: FIDENE, 1975.

⁽⁴⁾ PAULO ZARTH destaca em seus estudos as populações que já habitavam o território das matas antes da chegada dos imigrantes europeus. Esse contingente populacional “autóctone”, diz o autor, é geralmente esquecido pela maioria dos estudos que tratam da história da colonização da Região. Para maiores detalhes ver ZARTH, P. A. A serra do Ijuhy. IN: *Jornal Cidade*, nº 210, p. 8/9. Ijuí - RS, 10.10.1991.

atraso econômico, visto que sua principal atividade, a agricultura, ainda por cima minifundiária, nunca se constituiu em atividade econômica capaz de produzir grandes somas de riquezas, faltando, por conseguinte, capacidade de inversão de capital por parte dos habitantes da região⁽⁵⁾.

É justamente nesse sentido que Ijuí vai se destacar. Por ser o centro geográfico da região e por ser o pólo de onde se irradiaria a colonização da última fronteira aberta do Estado, atraiu para si o comércio e mais tarde as atividades ligadas à indústria, tornando-se, em um período curto da história, um rico e próspero município.

“Nas etapas do processo de formação colonial de Ijuí, cabe destacar a aceleração da comercialização agrícola com a abertura da ferrovia (1911), a elevação à categoria de município autônomo (1912) e a consolidação como pólo comercial irradiador da colonização do planalto e da região do Alto Uruguai, com penetração para Santa Catarina e Paraná (a partir de 1920).” (MARQUES, 1984: 23).

É dentro desse contexto, quase meio século depois, mais precisamente em 1957, que é fundada em Ijuí a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Seus mentores principais foram religiosos da Ordem dos Frades Menores Capuchinhos, os quais já estavam instalados em Ijuí desde os anos quarenta.⁽⁶⁾

A Faculdade de Filosofia de Ijuí - FAFI - foi a terceira faculdade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, a partir do que se pode imaginar a efervescência cultural e política em que vivia o Município. A FAFI, desde o ato de sua criação, passou a ser uma instituição de articulação dos anseios sociais e políticos da Região e iria, por toda a sua existência, ter uma íntima ligação com a população regional, desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento político, social e cultural da região.

⁽⁵⁾ O estudo realizado por KLERING, L. R., em 1993, demonstra que as regiões de Ijuí e de Passo Fundo (noroeste e norte do Estado) continuam ainda a ser as áreas do RS com menor PIB per capita. Para maiores detalhes ver: KLERING, L. R. Economia gaúcha cresce nos pólos do interior. IN: Zero Hora. Porto Alegre, 10.08.1993.

⁽⁶⁾ Para maior aprofundamento do assunto ver: LAZZAROTTO, D. Os capuchinhos na história e no desenvolvimento de Ijuí. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, 1981.

O comprometimento com a região não era obra do acaso ou produto de reelaboração dos propósitos originais do projeto da Faculdade. Este “espírito comunitário” estava presente desde os primórdios da primeira instituição de ensino superior da Região. Assim se referia, sobre os objetivos da FAFI, o primeiro Diretor, no seu discurso de instalação: “[a FAFI] é uma Faculdade para servir esta Região... um centro de irradiação de cultura, de humanização do homem, de libertação do espírito para o domínio de si e da natureza.” (LAZZAROTTO, 1981: 87).

Contudo, as demandas e desafios que começam a se colocar para a instituição, ainda sob o comando político-pedagógico dos Frades Capuchinhos, iriam impor uma decisão difícil a seus provedores: desfazer-se da instituição para viabilizar seu desenvolvimento, pois a mesma consumia a quase totalidade das energias da Ordem instalada em Ijuí, fazendo com que este grupo religioso enfrentasse dificuldades para dar conta da totalidade de suas atividades religiosas, pedagógicas e políticas⁽⁷⁾.

Em função desse limite, é proposta, em 1968 à comunidade regional, a criação de uma Fundação que se encarregaria de continuar a obra iniciada pelos religiosos. Neste mesmo ano, é criada a FIDENE - Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado -, reconhecida pela Procuradoria do Estado em 28/08/69, a qual, articulada em torno de uma proposta de abrangência regional, não só dá prosseguimento às obras iniciadas pelos Capuchinhos, como as amplia a conquistas talvez nunca dantes imaginadas.

Após a sua constituição, a FIDENE vai gradativamente ampliando seus trabalhos de articulação regional e oferecendo maiores opções de cursos superiores. Em 1980, após uma série de discussões regionais em torno da problemática da saúde e da

⁽⁷⁾ Para maiores informações sobre as atividades dos Frades Capuchinhos em Ijuí, ver: LAZZAROTTO, 1981: 41 e 81.

questão da Previdência Social, das quais resultaram o Diagnóstico das Condições de Saúde da Região (FALKEMBACH, 1975) e a formulação de uma proposta de intervenção da área da saúde - Projeto de Saúde Comunitária (GOMES, 1976) -, a FIDENE decide criar o Curso de Enfermagem e Obstetrícia e, mais tarde em 1981, o curso de Nutrição, inaugurando de forma oficial sua intervenção na área da saúde.

Nesse período - início dos anos 80 - o Sistema de Saúde de Ijuí se caracterizava, segundo ÁGUIDA KOPF (1992)⁽⁸⁾

“... por uma prática de saúde desenvolvida, em grande parte, pelo setor privado, representado pelo exercício liberal da medicina através de consultórios médicos e de um único hospital, e de outra parte, pelas instituições públicas de saúde que apresentavam a clássica dicotomia: assistência previdenciária, de cunho curativo e individual, e a assistência prestada pelos chamados órgãos de saúde pública, com atenção direcionada às populações excluídas do sistema previdenciário ou da medicina privada, caracterizando-se sua intervenção, pelo atendimento à demanda passiva, de cunho curativo e individual, por um lado, e de medidas preventivas individuais e coletivas por outro, desenvolvidas através de programas verticalizados.” (KOPF, 1992: 68).

A população de Ijuí, além de estar submetida a essa perversa dicotomia do modelo de assistência oficial acima descrito, carecia, ainda, de serviços de saúde, pois

“Neste período, [1980] contava o sistema de saúde local, com um hospital de início, acrescido de mais dois, durante a década seguinte; duas unidades ambulatoriais da Secretaria de Saúde; uma unidade ambulatorial do INAMPS e uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde, encontrando-se todas localizadas na área urbana, além de algumas unidades ambulatoriais localizadas em empresas e sindicatos.” (KOPF, 1992: 69).

É desse contexto político-assistencial que emergem os cursos da área da saúde da Universidade, e é sobre esta realidade que o Departamento de Ciências da Saúde^(*) - DCSa - se propõe a atuar.

⁽⁸⁾ KOPF, A. W. A reformulação do setor saúde no município de Ijuí (RS), no período de 1983 a 1989. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, dezembro de 1992. Dissertação de Mestrado.

^(*) Denominação atual da área da saúde da UNIJUI, a qual adotaremos neste trabalho para nos referirmos a ela.

Desde o início dessa atuação, a partir do marco inicial da criação dos cursos da área da saúde até os dias de hoje, são passados mais de 13 anos. Durante esse período, aconteceram mudanças significativas entre a proposta inicial de intervenção na área da saúde e a que no presente se verifica, da mesma forma que o próprio sistema local de saúde sofreu profundas reformulações. Ou seja, a área da saúde da Universidade, com a implementação de seu projeto inicial, percorreu uma trajetória histórica que lhe determinou uma identidade, um caráter e uma natureza específicos.

Nesse sentido, a inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde, investigada através da trajetória do Departamento de Ciências da Saúde, no espaço de tempo que compreende os anos entre 1980 a 1991, pode ser dividida em dois períodos.

O primeiro transcorre antes mesmo da criação dos Cursos de Enfermagem e Obstetria e de Nutrição, em 1980 e 1981, respectivamente. Nele se verifica, principalmente, a emergência das reivindicações por melhores condições de assistência à saúde na região de Ijuí, movimento esse liderado pelos produtores rurais, e a articulação interinstitucional para o encaminhamento dessas reivindicações.

O segundo período começa com a criação, pela Universidade de Ijuí, dos cursos na área da saúde e, conseqüentemente, do Departamento de Ciências da Saúde. Este se constitui no espaço institucional, no *locus*, onde as discussões e ações pertinentes à área da saúde passam a ocorrer.

Nesses dois períodos se distinguem as ações concretas - aqui denominadas de práticas - desenvolvidas pela UNLJUI na área da saúde. A visualização e o conseqüente mapeamento dessas práticas permitirá realizar a reconstrução da trajetória do DCSa no período em estudo, e, dessa forma, compreender a inserção da Universidade no campo da saúde.

Quanto ao primeiro, que ocorre entre meados da década de 60 e final dos anos 70, portanto antes da criação dos cursos da área da saúde, se faz necessário resgatar a trajetória da luta dos trabalhadores rurais e das comunidades urbanas organizadas, por melhores condições de assistência à saúde na macro região de Ijuí, assim como, também, reconstituir a ação da FAFI/FIDENE/UNIJUI⁽⁹⁾ juntamente com a Cooperativa Tríticola Serrana Ltda. - COTRIJUI - e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais - STR.

Quanto ao segundo período, pertinente à trajetória do Departamento propriamente dita, visto que corresponde ao período posterior à criação e instalação dos cursos na área da saúde, se faz necessário recuperar no eixo da história as ações executadas pelo Departamento de Ciências da Saúde, a partir do ordenamento de suas práticas, quer seja a partir da aglutinação das ações em áreas prioritárias de atuação, como ensino, pesquisa e extensão, quer seja pela periodização de sua trajetória.

A partir dessas considerações iniciais, explico a seguir os objetivos do estudo ora apresentado.

Objetivos da Pesquisa

Objetivo Geral:

- reconstituir a trajetória da UNIJUI no campo da saúde através da ação do Departamento de Ciências da Saúde no eixo de suas práticas, no período de 1980 a 1991.

⁽⁹⁾ A FAFI (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras) é criada em 1957; a FIDENE (Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado), que passa a ser a instituição mantenedora, é criada em 1968; a UNIJUI (Universidade de Ijuí) é oficialmente reconhecida em 1985, constituindo-se em entidade mantida pela Fundação, responsável pelo ensino de nível superior.

Objetivos Específicos:

- investigar o processo histórico de constituição do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Ijuí;
- verificar as origens das práticas do DCSa e suas interligações com as políticas de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, bem como perceber as influências advindas de determinados paradigmas da prática médica na transformação de seu projeto político-pedagógico;
- buscar caracterizar o projeto político-pedagógico da área da saúde da UNIJUI;
- mapear as práticas executadas pelo DCSa no período compreendido entre 1980 e 1991;
- verificar as transformações político-institucionais decorridas na história do Departamento de Ciências da Saúde, assinalando as causas fundamentais dessas alterações, apontando tendências e perspectivas para a área da saúde da UNIJUI;
- verificar, a partir do desenvolvimento do projeto político-pedagógico do DCSa, o processo de constituição de sujeitos políticos;
- verificar possíveis impactos da ação do DCSa sobre o sistema local de saúde.

Os pressupostos básicos orientadores da pesquisa, que serão discutidos e aprofundados no Quadro Teórico, foram fundamentados pelas seguintes questões:

- os fatos históricos podem ser (re)contados e (re)constituídos pela investigação interessada de arsenais empíricos e pelo testemunho dos atores que deles participaram;
- as instituições são um conjunto articulado de saberes e práticas, arenas políticas e espaços de disputa de poder;

- as práticas institucionais, a partir de uma perspectiva histórica, revelam em seu conteúdo propositivo e na sua ação concreta, suas matrizes conceptuais e suas preferências teóricas;
- a perspectiva de totalidade se constitui em uma abordagem que preserva as interações dialéticas entre o particular (o fenômeno) e o universal (o contexto geral);
- os sujeitos institucionais são sujeitos políticos-sociais portadores de “reflexibilidade”, de “ação deliberada” e são, também, produtos sociais;
- o *status* de sujeito é uma possibilidade histórica, portanto um devir histórico;
- o processo de constituição da experiência da UNIJUI na área da saúde se insere num movimento maior do campo sanitário nacional, visualizado a partir da década de 70, com a emergência do Movimento da Reforma Sanitária.

Espero que esse trabalho de pesquisa venha a contribuir para uma melhor compreensão da área da saúde da UNIJUI, assim como, também, da própria Universidade, visto que, resguardando a perspectiva metodológica da pesquisa, ela foi igualmente analisada, mesmo que indiretamente, através de sua área da saúde.

Para finalizar, apresento, nas palavras de JOSÉ RICARDO AYRES (1995), nossa perspectiva quanto ao processo de reconstituição do passado:

“O passado não cessa de transformar-se. O que precisamos é assumir, a cada momento histórico, nossos papéis de sujeitos dessa transformação. Reconstruamos, então o passado do futuro de liberdade e criatividade que nos permite pensarmo-nos como gênero humano. Isso não significa que devemos adulterar ideologicamente a realidade da história em sua interpretação contemporânea. Trata-se, isso sim, de buscar uma atitude possível no presente que faça dos fatos pretéritos não a lembrança de uma experiência ‘fossilizada’, mas o substrato ainda vivo dos valores pelos quais nos compreendemos hoje e que nos movem rumo ao futuro.” (AYRES, 1995: 203/4).

1 QUADRO TEÓRICO

1.1 Algumas Questões Iniciais

A história dos países, das nações e de suas instituições se confunde e é, ao mesmo tempo, resultante da própria história de seu povo. Indivíduos, grupos, classes sociais, sujeitos políticos são os fabricantes do mundo, os esteticistas de todos os tempos e de todos os espaços constituídos pela ação humana.

A história do Rio Grande do Sul, de sua região Noroeste e de Ijuí, se confunde com a história de sua gente e de suas instituições. Algumas destas instituições sucumbiram à ação histórica do tempo, não chegando sequer a maturar seus projetos; outras, por peculiaridades específicas e por razões e motivos só explicáveis e verdadeiramente entendidos através de estudos minuciosos de seu processo de constituição, não padeceram dessa labilidade existencial. Ao contrário, constituíram-se como instituições instituidoras de relações, norteadoras de projetos, que inscreveram na história a sua singularidade.

Esse é o caso da história da FIDENE e da UNIJUI, organismos que se inscrevem como instituições regionais privilegiadas, que no curso de sua ação político-pedagógica, constituíram-se como protagonistas - como sujeitos políticos - fundamentais na construção de uma identidade local e regional.

A área da saúde da UNIJUI - uma das últimas a ser criada - adiciona à própria Universidade mais uma face, uma nova perspectiva de intervenção pedagógica. A sua inclusão no projeto político-pedagógico da Universidade pode ser considerada sob dois aspectos.

Em primeiro lugar, a Universidade enquanto organismo que aspira estruturar-se como portador do conjunto das áreas do conhecimento universal, necessita incluir o “objeto saúde” para completar seu projeto. Nesse sentido, o campo do saber relativo à área da saúde passa a ser um campo fundamental de atuação, complementar ao Projeto da Universidade de Ijuí.

Por outro lado, a FIDENE/UNIJUI, que desde a sua origem se propõe a ser ouvinte e aliada aos reclamos sociais e políticos das comunidades loco-regionais, toma para si, como exigência política e estratégica, a intervenção no campo da saúde, procurando encaminhar soluções para a problemática desse setor, principalmente no contexto de sua atuação, dinamizando e problematizando sua discussão.

Para a instalação da área da saúde na Universidade, foi necessária a constituição de um grupo de trabalho, o qual pode ser caracterizado em função de duas fases históricas distintas. Num primeiro momento, esse grupo se articulava em torno da problemática da saúde de forma geral, quer dizer, a saúde enquanto um campo de intervenção (aspectos teórico-metodológicos), enquanto diagnóstico (a investigação empírica das condições de saúde na região) e enquanto proposição (quando a partir dos dois elementos iniciais cria-se uma proposta de intervenção). Tinha uma composição interdisciplinar, exercendo maior peso profissional ligado à área da educação/pedagogia, da sociologia e, só posteriormente, pessoal vinculado diretamente à área da saúde.

Esse primeiro grupo era ligado ao IPP (Instituto de Pesquisas e Planejamento), um dos quatro Institutos de pesquisa criados pela FIDENE em 1971⁽¹⁰⁾, e sua tarefa maior consistia em sistematizar as informações existentes na área da saúde, pertinentes aos interesses regionais, recolher as discussões e proposições elaboradas pelos grupos de discussão⁽¹¹⁾, articulados em torno do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) de Ijuí e da Região e tornar cognoscível à comunidade acadêmica a problemática da saúde (seus interrogantes, desafios e proposições político-pedagógicas e assistenciais).

Num segundo momento, que se instala com a definição da criação do curso de Enfermagem e Obstetrícia, assume papel predominante na equipe interdisciplinar, o pessoal ligado diretamente à área - saúde/enfermagem -, visto que a complexidade da tarefa da implantação de Curso Superior exigia capacitação específica. Mesmo com a crescente especificidade dos trabalhos, o caráter interdisciplinar do grupo manteve-se durante toda a história do Departamento de Ciências da Saúde - DCSa - da UNIJUI.

Nessa perspectiva, a inserção da UNIJUI no campo da saúde, verificada através da trajetória do Departamento de Ciências da Saúde, pode ser investigada, sobretudo, por meio do processo de constituição de seus sujeitos internos. Essa perspectiva teórico-metodológica é possível, se considerarmos que os sujeitos da prática são os verdadeiros agentes construtores das realidades institucionais, o que significa reconhecer os agentes institucionais, em sua diversidade, como os legítimos sujeitos da praxis.

Existe, contudo, uma possibilidade metodológica diferente dessa, que é a de considerar esses sujeitos integrantes das organizações, como não tendo condições de imprimir a elas, através de suas ações políticas e de sua subjetividade, suas

⁽¹⁰⁾ MARQUES, M. O. Universidade emergente: ensino superior brasileiro em Ijuí (RS), de 1957 a 1983. Ijuí: FIDENE, 1984. Ver sobre este assunto as páginas 115/9.

⁽¹¹⁾ Sobre a emergência da discussão da saúde na região e a metodologia de trabalho adotada para o encaminhamento de proposições, ver: MARQUES, 1984: 187 a 223.

particularidades, moldando-as, pois, inexoravelmente, e subjugando-se à lógica institucional. Dessa forma, podemos visualizar pelo menos dois “grupos ideais” de sujeitos/atores sociais.

Para verificar a assertiva de que existem dois grupos polares de sujeitos sociais/institucionais, podemos afirmar, em caráter hipotético, que a história das instituições é produto da ação política de seus sujeitos. Essa afirmação preliminar parece não ter antíteses, mas isso não é verdade. No mundo moderno, em que o discurso e a razão instrumental-teleológica justificam e movem a ação humana, os sujeitos sociais podem resumir-se - e em geral padecem por essa adjetivação - em insumos institucionais e, muitas vezes, insumos indigestos, por persistirem enquanto seres crítico-reflexivos.

A existência concomitante de uma razão meramente instrumental e o caráter crítico-reflexivo humano inscreve a possibilidade de conformação de realidades institucionais distintas. Por um lado, realidades institucionais em que os sujeitos, os atores institucionais, são subsumidos às regras e hierarquias organizacionais, cabendo-lhes, como condição *sine qua non* à sua permanência na organização, incorporar de forma efetiva sua lógica estrutural - portanto de poder - e funcional, adaptando-se à natureza e aos objetivos da organização, absorvendo introspectivamente seus valores e comportando-se conforme o desejo da “ordem”. Nessa perspectiva, a singularidade individual dá lugar aos estatutos de postura profissional, prévia e rigidamente estabelecidos. Da mesma forma, a hierarquia organizacional tende a ser verticalizada, e a estrutura de poder correlata à tipologia institucional construída por ETZIONI (1974)⁽¹²⁾.

(12) AMITAI ETZIONI elabora um método de análise comparativa das organizações (entendidas como organizações complexas burocráticas). A base de seu método classificatório é a natureza de consentimento na organização, ou seja, o “poder empregado pelos superiores para controlar os subordinados e as orientações destes em relação àquele poder.” (p. 15), ou ainda o “elemento básico do relacionamento entre aqueles que têm o poder e aqueles sobre quem o poder se exerce.” (p. 31). Para maior aprofundamento dessa questão, ver: ETZIONI, A. A análise comparativa das instituições complexas: sobre o poder, o engajamento e seus correlatos. Rio de Janeiro/São Paulo: Zahar e Ed. da USP, 1974.

Por outro lado, uma segunda perspectiva é a possibilidade, em oposição àquela, da construção de realidades institucionais, nas quais os atores exerçam papel de protagonistas sociais, de sujeitos com força instituinte⁽¹³⁾, portadores de projetos, intenções, desejos. Parece óbvio, mas é necessário que se diga, que existe mesmo nesse contexto “liberal”, uma estrutura de poder institucional. Contudo, essa estrutura de poder não é definidora, a priori, de restrições quanto às possibilidades de atuação dos sujeitos; ao contrário, é possibilitadora e reguladora dessa atuação, fornecendo os parâmetros mínimos para ação deles na estrutura organizacional, permitindo, de acordo com o poder real de cada grupo, que determinados sujeitos imprimam seus projetos como o eixo condutor hegemônico da ação institucional. Nessa perspectiva, a asserção de que a história das instituições é a própria história de seus sujeitos é reconhecida plenamente.

Esses dois grupos ideais que visualizamos - grupo sujeito e grupo sujeitado na perspectiva de FÉLIX GUATARRI (1987)⁽¹⁴⁾ - estão interligados em uma perspectiva dialética, ou seja, não ocorrem na realidade de forma absoluta, ou de forma pura. Nenhum sujeito tem autonomia absoluta em relação às instituições⁽¹⁵⁾, o que lhe conferiria onipotência e autonomia sem limites, expressando-se na idéia de que tudo é possível. Por outro lado, nenhuma instituição, por mais totalitária⁽¹⁶⁾ que seja, consegue subsumir completamente à vontade humana.

⁽¹³⁾ Ver, nesse sentido, as abordagens construídas por MADEL T. LUZ (1979) e EMERSON E. MERHY (1992).

⁽¹⁴⁾ FÉLIX GUATARRI formula os conceitos de Grupo Sujeito e Grupo Sujeto. O Grupo sujeito se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação. Este grupo é ouvido e ouvinte, e opera o desapego pela hierarquização das estruturas, o que lhe permitirá se abrir para além dos interesses do grupo; ele enuncia alguma coisa. O Grupo Sujeto sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos; ao invés de anunciar alguma coisa, sua causa é ouvida. GUATARRI, F. Revolução molecular: pulsões políticas do desejo. 3ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1987. Ver em especial p. 88 a 105 (Transversalidade).

⁽¹⁵⁾ Sobre esse aspecto, ver ALBUQUERQUE, J. A. G. Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. p 69/70.

⁽¹⁶⁾ Ver sobre o conceito de Instituição Total: GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

Dessa forma, a relação entre instituição e sujeito é uma relação tensionada entre os interesses de cada um desses pólos. Para perceber essa relação, é imprescindível que se leve em conta a sua historicidade e as relações dialéticas entre as práticas dos “instituintes”, aqueles que as instituições tentam enquadrar, e os “instituídos”, os que são responsáveis pelas práticas hegemônicas nas instituições⁽¹⁷⁾.

É bom que se diga também que os componentes institucionais fundamentais, conforme descritos por TESTA (1992)⁽¹⁸⁾, ou seja, as propostas ou propósitos, os métodos para alcançá-los e a organização das instituições, cuja tarefa é implementar as proposições, estão dispostos em uma relação dialética, a qual é definida pela história de cada instituição, de tal forma que podemos encontrar várias possibilidades de arranjos entre esses três elementos, como por exemplo, a predominância do método sobre a organização (o método pode alterar significativamente uma instituição, que condiciona o método), ou da organização sobre os propósitos (a organização não se sujeita às novas proposições) e assim por diante, em uma relação de determinação e de condicionamento.

As condições históricas, a realidade concreta na qual se processa o viver institucional, a correlação de forças entre atores relacionados entre si são os fatores que

⁽¹⁷⁾ Esses aspectos foram desenvolvidos de forma muito feliz por LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁽¹⁸⁾ MARIO TESTA estabelece a relação entre propostas, método e organização das instituições para formular o seu “Postulado de Coerência”. A relação de coerência se exprime pelas forças de determinação (força positiva que estabelece os limites dentro dos quais o fenômeno deve ocorrer) e as forças de condicionamento (força negativa, que fixa os limites, fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer), forças estas que indicarão as relações entre dois quaisquer dos componentes de seu postulado (método x proposta; método x organização; proposta x organização).

Dessa forma um agente político qualquer (um governo, uma instituição política...) através da análise dos três componentes do Postulado de Coerência de TESTA, encontraria um certo nível de coerência entre seus métodos, seus propósitos e as organizações que possui sob seu controle, informações estas que contribuiriam na formulação de uma intervenção político-estratégica mais eficaz, aumentando consideravelmente as chances de êxito das ações. Para melhor compreensão dessa problemática, ver: TESTA, Mário. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. Em especial p. 89 a 128.

determinarão e definirão qual desses componentes, ou quais desses componentes, terá uma ação predominante.

A construção de espaços institucionais pela ação de sujeitos sociais só pode ser percebida no eixo da História. Esta, enquanto produto direto das interrelações humanas, percebida em processo, dá sentido e significado à ação humana, revelando-a enquanto intencionalidade e agir deliberado dos sujeitos. Da mesma forma, o movimento de construção de espaços de atuação determina um movimento de auto-construção de sujeitos, que, construindo objetos, constroem a si mesmos.

É na História, portanto, que se podem entender as significações do presente. São os fatos, em sua realização processual, que podem dar significado à ação humana, através de sua descrição e análise. Contudo, a realidade se nega a manifestar-se por inteira nos fatos. Caprichosa, ela exige de nós uma exploração detalhada, minuciosa, enfim, exige um método, com o qual se pode buscar sentido naquilo que possa nos parecer, na primeira investidura e a “olho nu”, completamente desprovido de significado. Isso pode ser melhor entendido nas palavras de KAREL KOSIK (1969)⁽¹⁹⁾, que diz:

“O homem não pode conhecer o contexto do real a não ser arrancando os fatos do contexto, isolando-os e tornando-os relativamente independentes. (...) o fundamento de todo conhecimento [é] a cisão do todo. Todo conhecimento é uma oscilação dialética (...) entre os fatos e o contexto (totalidade), cujo centro ativamente mediador é o método de investigação.” (KOSIK, 1969: 48).

Talvez seja essa peripécia de encontrar o escondido, de perceber o oculto, de resgatar o não manifesto a partir e dentro dos mananciais e fontes que se impregnam de História (os arquivos, as pessoas...), que a constituem e a registram enquanto tal, o mais deleitoso trabalho intelectual.

⁽¹⁹⁾ KOSIK, K. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

Um outro elemento soma-se à perspectiva do explorador (do pesquisador), que é a conquista, o olhar pela ótica, sempre presente, mas nem sempre considerada, da subjetividade humana: a sensibilidade. A subjetividade aliada à razão própria do investigador, fazem-no um sujeito singular, capaz de dar importância àquilo (determinado recorte sobre um objeto específico) que para outros sujeitos passou despercebido, como algo não diferente do conjunto de coisas e fenômenos que compõem a realidade, e, portanto, não se aventou a possibilidade de se dedicar a seu estudo e a desvelar seus “mistérios”.

A inclusão da subjetividade vai de encontro às concepções positivistas clássicas de pesquisa, às quais tentam eliminar, a título de garantir a objetividade, aspectos qualitativos e interferências subjetivas do sujeito. Conforme MINAYO (1992)⁽²⁰⁾, essa postura se revela contraditória a seu próprio enunciado, pois, segundo a autora, “O desprezo pelos elementos qualitativos e a completa restrição da vontade não constitui a objetividade e sim a negação da qualidade essencial do objeto.” (MINAYO, 1992: 34).

Dessa forma, deve-se fazer um esforço para viabilizar a perspectiva analítica de totalidade dialética do objeto, e isso é tarefa do método, que, despido de incursões ideológicas e de preconceitos teóricos, deve aproximar, o mais possível, o trabalho de pesquisa de seu contexto real⁽²¹⁾.

Após detectar o singular sobre um objeto específico, é necessário realizar ainda a árdua tarefa de relatar em palavras, em linguagem, aspectos antes quase

⁽²⁰⁾ MINAYO, M. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

⁽²¹⁾ Nesse sentido, torno minhas as palavras de Solange L'Abbate, quando se refere à aproximação do real: “Apresentando de forma elogiosa e ao mesmo tempo emocionada, o estudo de Ecléa Bosi sobre memórias de velhos, Marilena Chauí afirma, dirigindo-se à autora: ‘Em sua tese, o método (seu modo de trabalhar) respeita da maneira mais completa o objeto (a matéria que você trabalha)’. (...) Assumi tal proposição como consigna durante todo o processo de trabalho desta tese. Não sei se a alcancei, mas posso afirmar: ela foi buscada em cada momento do trabalho.” (L'ABBATE, 1990: 80).

indecifráveis, ocultos da história dos indivíduos e de suas instituições, anteriormente percebidos de forma linear e fragmentada, pois careciam das interconexões oferecidas pela teoria e pelo método.

Como se não bastasse, tem-se ainda, finalizando o processo de pesquisa, que tornar público o produto da investigação. A divulgação do conhecimento acumulado e obtido na pesquisa, no âmbito acadêmico, corresponde à sua exteriorização para debate em um recinto que se permita muito escasso de “almas”, dispostas a não profanar o “sagrado” sentido da pesquisa e seus significados pertinentes apenas aos iniciados.

Contudo, profanar é preciso; mas, se profanar é necessário, é também necessário que não se perca a especificidade do “sagrado”. O rito da pesquisa, suas necessidades inerentes, seus espaços próprios, suas discussões específicas, que, se aos leigos são desprovidas de sentido e de significado, são imprescindíveis de se resguardar.

Perder a dimensão da especificidade da pesquisa acadêmica, a título de popularizar seus produtos, é incorrer no erro de se vulgarizar o processo de produção de conhecimento, confundindo-se meios com fins. Profanar aqui é, resguardando a especificidade do *ethos* da pesquisa, da descoberta e de suas exigências inerentes, estabelecer um movimento permanente entre os conjuntos sociais que alimentam, subsidiam e justificam a ação reflexivo-experimental, dando-lhes o *status* de sujeito, não subsumindo-os enquanto meros e estáticos objetos de pesquisa. Afinal de contas, por que se pesquisa? Vários podem ser seus significados e sentidos, mas emancipar o homem de sua própria limitação humana é sem dúvida um sentido enobrecedor.

1.2 Precisando Alguns Conceitos Chaves da Pesquisa

“Se a aparência fenomênica e a essência das coisas coincidissem diretamente, a ciência e a filosofia seriam inúteis.” K. Kosik.

Na discussão anterior, é possível verificar a presença de alguns conceitos chaves, os quais se apresentam ao trabalho enquanto categorias de análise. Estas têm por função servir de balizadoras ou norteadoras do processo de investigação.

Nesse sentido, passaremos, a partir de agora, a precisar o significado e nosso entendimento sobre alguns conceitos importantes, tais como a questão da Totalidade Concreta, a problemática do Sujeito e a discussão referente à Instituição.

Posteriormente a essa discussão, apresentaremos um rápido panorama sobre as principais disputas teóricas no campo da saúde na América Latina e suas implicações na configuração de políticas de saúde.

A perspectiva dialética da totalidade concreta

A relação do homem com o mundo não é uma relação de passividade, mas de interação, questionamento e transformação. Dessa forma, o homem constrói realidades e transforma a si próprio. Nesse sentido, coloca-se um problema fundamental: como apreender as distintas realidades que se conformam?

KAREL KOSIK (1969), discutindo o processo de conhecimento da realidade, apresenta a dialética como a ciência que trata da “coisa em si”, ou seja, da totalidade, da essência. Mas a “coisa em si” não se manifesta de imediato e exige do

homem a realização de uma desmontagem da realidade, a fim de compreendê-la em sua essência, pois ela se revela para os homens,

“... como o campo em que se exercita a sua atividade prático-sensível, sobre cujo fundamento surgirá a imediata intuição prática da realidade. No trato prático-utilitário com as coisas (...) o indivíduo ‘em situação’ cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade.” (KOSIK, 1969: 10).

Segundo KOSIK (1969), a realidade em si e as formas fenomênicas da realidade, muitas vezes, são diferentes e até mesmo contraditórias com as leis do fenômeno e da estrutura da coisa. Assim,

“O complexo dos fenômenos que povoam o ambiente cotidiano e a atmosfera comum da vida humana, que, com a sua regularidade, imediatismo e evidência, penetram na consciência dos indivíduos agentes, assumindo um aspecto independente e natural, constitui o mundo da pseudoconcreticidade.” (KOSIK, 1969: 11). (Os grifos são nossos.)

Se a realidade é, na sua forma imediata, na forma como se apresenta ao homem, a sua manifestação aparente, resta a ele criar alternativas para penetrar no mundo das essências. Para conhecer a “coisa em si”, o homem tem que decompor o todo. Sobre isso diz KOSIK (1969):

“A dialética não atinge o pensamento de fora para dentro, nem de imediato, nem tampouco constitui uma de suas qualidades; o conhecimento é a decomposição do todo. O ‘conceito’ e a ‘abstração’, em uma concepção dialética, têm o significado de método que decompõe o todo para poder reproduzir espiritualmente a estrutura da coisa, e, portanto, compreender a coisa.” (KOSIK, 1969: 14).

Portanto, o conhecimento para KOSIK (1969) é produzido a partir de um processo de decomposição do todo. Dessa mesma opinião, comunga JOSÉ A. GUILHON DE ALBUQUERQUE (1980). Este autor diz que o domínio da realidade é dado aos homens através de procedimentos distintos. Primeiro o homem dá nome às coisas, e depois as destrói “para ver como são por dentro”. Para ele,

“... o domínio (...) só aparece se, após a destruição, chega-se a reconstruir o objeto. Destruir, prática que visa o domínio, aparece, portanto, como desconstrução. (...)”

“O domínio aparece, portanto, como (re)constituição de uma totalidade concreta, o que supõe a prévia decomposição em partes constituintes.” (ALBUQUERQUE, 1980: 1/2). (Os grifos são nossos.)

O movimento de desconstrução-reconstrução tem por finalidade romper com a pseudoconcreticidade. O pensamento dialético visa a destruir a aparente independência do mundo dos contatos imediatos de cada dia, provando o seu caráter derivado. Pseudoconcreticidade, nessa medida, pode ser entendida como a existência autônoma dos produtos do homem e a redução deste ao nível da praxis utilitária.

PETER BERGER e THOMAS LUCKMANN (1985) discutem os processos de institucionalização e se referem a essa problemática da autonomização do produto frente a seu produtor, através da utilização do conceito marxista de reificação. Para eles, “... a reificação é a apreensão dos produtos da atividade humana como se fossem algo diferente de produtos humanos, como se fossem fatos da natureza...”. (BERGER & LUCKMANN, 1985: 122).

Ainda segundo esses dois autores, o grande problema que deriva do processo de reificação é que ele

“... implica que o homem é capaz de esquecer sua própria autoria do mundo humano, e mais, que a dialética entre o homem, o produtor, e seus produtos é perdida de vista pela consciência. O mundo reificado é por definição um mundo desumanizado.” (BERGER & LUCKMANN, 1985: 123).

A importância do movimento de destruição das pseudoconcretidades ou de rompimento com as reificações é maior, na medida em que com ele se produz o sujeito como ser histórico, pois “... a realidade pode ser mudada de modo *revolucionário* só porque e só na medida em que nós mesmos produzimos a realidade, e na medida em que saibamos que a realidade é produzida por nós.” (KOSIK, 1969: 18).

Dessa forma, a realidade só pode ser transformada, se compreendida enquanto produto humano. Quando entendida como externa à ação histórica dos homens, torna-se algo insuperável, intransponível. Ela se apresenta, todavia, como uma caótica e imediata representação do todo. O homem, a partir de sua percepção de realidade imediata, constrói conceitos e representações dela, os quais por um processo teórico-abstrato, via dialética, podem retornar ao ponto de partida, ou seja, a realidade imediata, porém, agora, o conceito de todo é articulado e compreendido.

“A ascensão do abstrato ao concreto é um movimento para o qual todo início é abstrato e cuja dialética consiste na superação desta abstratividade. (...) O processo do abstrato ao concreto, como método materialista do conhecimento da realidade, é a dialética da totalidade concreta...” (KOSIK, 1969: 30). (Os grifos são nossos.)

Para KOSIK (1969) a totalidade não significa todos os fatos, mas

“... a realidade como um todo estruturado e dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido.” (KOSIK, 1969: 35).

Para o autor, acumular todos os fatos não significa ainda conhecer a realidade. Todos os fatos reunidos também não constituem a totalidade. Para ele, os fatos passam a determinar o conhecimento da realidade, se compreendidos como componentes de um todo dialeticamente estruturado. Nessa medida, o autor sustenta que o conhecimento da realidade concreta é possível porque

“A dialética da totalidade concreta não é um método que pretenda ingenuamente conhecer *todos* os aspectos da realidade, sem exceções, e oferecer um quadro ‘total’ da realidade, na infinidade de seus aspectos e propriedades; é uma teoria da realidade e do conhecimento que dela se tem como realidade. A totalidade não é um método para captar e exaurir *todos* os aspectos, caracteres, propriedades, relações e processos da realidade; é a teoria da realidade como totalidade concreta.” (KOSIK, 1969: 36).

Dessa forma, KOSIK (1969) delimita as possibilidades de uma abordagem da realidade através da categoria da totalidade concreta. A totalidade concreta não é, dessa forma, uma abordagem total da realidade, mas com ela se pretende captar os fatos, os fenômenos em sua articulação com o todo. Assim, nada ocorre (os fatos) de forma independente na realidade concreta, tudo se encontra em dinâmica relação com o todo.

Para o autor, cada fenômeno pode ser compreendido como um momento do todo. Um fenômeno social é um fato histórico, na medida em que é examinado como momento de um determinado todo. Assim, desempenha a função de definir a si mesmo (enquanto fenômeno particular) e o todo, em uma recíproca mediação da parte com o todo.

KAREL KOSIK (1969) destaca ainda uma característica fundamental à concepção de totalidade: a sua dimensão “genético-dinâmica”:

“A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo *se cria a si mesmo* na interação das partes.” (KOSIK, 1969: 42).

O próprio todo, dessa forma, está em constante movimento, em processo de (re)criação, e isso se torna possível por sua interrelação com as partes. Assim, o autor confirma a sua tese da relação dialética das partes com o todo, na qual nem o todo tem a posição de privilégio sobre as partes, o que poderia derivar na existência da realidade independentemente dos fatos, nem as partes têm uma vida autônoma em relação a esse todo articulado.

A perspectiva dialético-marxista no campo da saúde, no contexto da América Latina, encontra um de seus maiores expoentes em MÁRIO TESTA, cuja obra é extensa e densa. Suas principais concepções e proposições estão contidas em duas obras, nas quais se pode visualizar a quase totalidade do seu pensamento. A primeira,

Pensamiento estrategico y logica de programacion: el caso de salud, foi editada na Argentina em 1989 pela OMS/OPAS; a segunda, Pensar em Saúde, foi editada no Brasil em 1992.

A discussão que o autor estabelece entre Setor Sanitário e o conjunto das relações sociais é de fundamento eminentemente marxista. Diz o autor:

“... no es posible el tratamiento de lo sectorial en forma separada de lo social - lo parcial debe ser visto en el marco de la totalidad - pero que, al mismo tiempo, no es posible modificar lo social a partir de propuestas sectoriales - la totalidad no puede ser afectada *radicalmente* por la parcialidad - sino desde lo social mismo. Lo cual obliga a revisar nuevamente la relación entre - y la significación de - las prácticas sociales y sectoriales.” (TESTA, 1989: 201/2).

Segundo TESTA (1989), a visualização do campo sanitário em sua totalidade é possível, a partir do movimento metodológico que identifique as práticas sanitárias e visualize os paradigmas que as fundamentam. Implica também, necessariamente, em compreender, no jogo social, a correlação de forças entre os diferentes sujeitos sociais, os quais disputam determinados recursos escassos (espaços políticos, recursos financeiros, poder...), com vistas à implementação de políticas para a satisfação de suas necessidades sociais, culturais, econômicas e de saúde.

Para o autor nenhuma estrutura de saúde, modelo tecno-assistencial ou organização setorial, está situada fora das relações concretas estabelecidas pelo conjunto das relações sociais de uma determinada sociedade, os quais se encontram, portanto, em profunda relação de coerência com esta.

A totalidade social e a parcialidade setorial se encontram, assim, em uma relação dialética. Para compreender o setor saúde (mesmo um serviço isolado), há de se compreender o conjunto das relações que determinam e que condicionam a parte. Por outro lado, é imprescindível, pelo caminho dialético, que se faça também o caminho

inverso, ou seja, qual é a relação de determinação que o setor impõe ao todo social. TESTA (1989) acrescenta a essa discussão um outro elemento fundamental para o campo sanitário: a consciência de classe e sanitária.

No sistema capitalista, as classes sociais têm existência objetiva, apesar de, muitas vezes, os sujeitos sociais não terem consciência disso. TESTA (1989), utilizando conceitos marxistas (em especial os de LUCKÁCS), diz que o processo de autoconhecimento, ou seja, de tomada de consciência de classe, tem três fases, que são

“preconciencia (conciencia individualista) o existencia de clase *en si*, conciencia corporativa ou de grupo, conciencia de clase ou clase *para si*. Estas tres fases del autoconocimiento de clase se dan tanto para la clase dominante como para la clase dominada.” (TESTA, 1989: 236).

Usando novamente a peculiaridade de seu método de raciocínio, TESTA (1989) estrutura um quadro analítico no qual estabelece as relações possíveis entre a consciência social (das classes dominante e dominada) e a consciência sanitária, na qual ele distingue três categorias: a biológica, a ecológica e a social. Contudo,

“... no hay incompatibilidad alguna entre respuesta biológica *desde* una conciencia sanitaria social (o ecológica), aunque pueden aparecer algunas diferencias en las practicas biológicas concretas cuando varía el nivel de conciencia desde donde se realiza.” (TESTA, 1989: 238).

As diferenças vão se situar em um outro patamar. Para o autor, elas aparecerão

“... en lo que corresponde al **trabajo abstracto de la práctica** realizada, el cual (...) se encontra em relação con la forma organizativa de esa práctica. Para ser breve: una conciencia sanitaria social va a realizar una práctica biológica, ecológica o social donde las formas organizativas institucionales tiendan a establecer relaciones internas democráticas y externas participativas, porque estas relaciones están implícitas en aquella conciencia. La conciencia biológica, en cambio, al no reconocer la importancia para la salud de esas relaciones sociales, va a tender a establecer una forma organizativa burocrática autoritaria, porque privilegiará la eficiencia (la conciencia ecológica se comportará de manera similar aunque menos rígida).” (TESTA, 1989: 238). (Os grifos são nossos.)

TESTA (1989) identifica três principais saberes na área da saúde. Trata-se na verdade de concepções gerais que tentam, a partir de seus marcos teóricos específicos, explicar o processo saúde/doença. Os principais paradigmas identificados por TESTA (1989) - o biológico, o ecológico, e o processo de saúde-enfermidade como fenômeno social -, se constituem em grandes arcabouços teórico-metodológicos, os quais serão os fundantes e os determinantes de modelos⁽²²⁾ de saúde específicos.

O autor identifica também três distintos níveis de consciência sanitária: a biológica, a ecológica e social. Por consciência sanitária, TESTA (1989) entende os níveis de respostas sociais frente àquelas macro-concepções de saúde. Dessa forma, o autor sugere uma determinada relação (coerente) entre modelos teóricos de saúde, os quais são as vigas fundamentais de determinados modelos de prática médica, e níveis de resposta social frente a elas.

A Problemática da Constituição de Sujeitos

A problemática dos sujeitos toma relevância para a discussão que propomos, visto que o objeto de pesquisa refere-se a um processo social, portanto, produto direto da ação de sujeitos políticos. Para realizar essa discussão tomaremos por referência o debate apresentado por EDER SADER (1988) e por CORNELIUS CASTORIADIS (1982).

⁽²²⁾ Por modelos de saúde, entende-se a "organização da produção de serviços de saúde a partir de determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. [...] modelos técnico-assistenciais são projetos de políticas (que) nos permitem deixar claro que as opções por *determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas*." CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. & NOGUEIRA, R. C. F. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. IN: Saúde em debate. Londrina: CEBES, 1991 (33): 84.

Para SADER (1988) o conceito de sujeito é bastante ambíguo. Se, por um lado, pressupõe autonomia do ator, por outro, pode indicar a sua sujeição. Para elucidar, o autor propõe a discussão do papel do sujeito a partir da problemática dos movimentos sociais.

A perspectiva analítica proposta pelo autor encaminha-se, no sentido de considerar a singularidade dos movimentos sociais e a construção de sujeitos, a partir do processo de atribuição de significados por estes à realidade, ou seja, as mediações simbólicas elaboradas pelos homens com a realidade concreta, a qual determina necessidades, carências, mas que, pela subjetivação humana, pela mediação simbólica, tais necessidades são compreendidas para além de seu sentido objetivo, de tal forma que são sentidas diferentemente pelos distintos grupos sociais e sujeitos.

Segundo SADER (1988) algumas explicações encontradas para entender o surgimento de movimentos reivindicatórios consideram apenas as necessidades objetivas, ou seja, os sujeitos se movimentariam

“... sem as mediações simbólicas que as instituem [necessidades objetivas] enquanto necessidades sociais. Quem pretender captar a dinâmica de movimentos sociais explicando-os pelas condições objetivas que os envolvem e poupando-se de uma análise específica de seus imaginários próprios irá perder aquilo que os singulariza.” (SADER, 1988: 42).

A partir desse recorte teórico-metodológico, o autor precisa sua ótica de análise. Para ele, “ausência” é definida como carência e como necessidade, pelas quais as ações sociais são articuladas para ir ao encontro dos interesses de uma coletividade. A introdução de uma dimensão cultural, esclarecerá o ponto de vista de SADER (1988). Para ele, embora os diferentes sujeitos sociais partilhem de um mesmo conjunto de necessidades, a importância relativa atribuída a essas necessidades dependerá de uma constelação de significados pertinentes a cada grupo.

Dessa forma, sujeitos sociais se estruturam a partir de um processo histórico, mas se diferenciam na sua identidade como grupo, na forma como articulam seus objetivos e seus valores, os quais dão sentido à existência do grupo, e, também, nas experiências vividas pelo coletivo. Esses sujeitos que se (re)criam na relação entre um mundo objetivado e a atribuição de significados simbólicos, não se caracterizam como sujeitos repletos de autonomia. Nessa medida, não se pode desconsiderar o peso do mundo objetivado, mesmo porque

“Se considerarmos que a chamada ‘realidade objetiva’ não é exterior aos homens, mas está impregnada dos significados das ações sociais que a constituíram enquanto realidade social, temos também que considerar os homens não como soberanos indeterminados, mas como produtos sociais.” (SADER, 1988: 45).

O conceito de sujeito em SADER (1988) assume, a partir de então, algumas qualificações importantes. Por um lado, verifica-se a associação entre o conceito de sujeito com a **noção de projeto**; por outro lado, percebe-se a ligação entre a idéia de sujeito e o **conceito de autonomia**. Quanto à correlação da idéia de sujeito e a presença necessária de projeto, ou seja, a noção de sujeito político, SADER (1988) diz que o uso dessa noção “... é no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas.” (SADER, 1988: 55).

Dessa forma, os sujeitos sociais se diferenciam e se descobrem enquanto portadores dessa adjetivação. Isso se torna possível, a partir dos processos sociais e das interações e reconhecimentos recíprocos. A força aglutinadora, ou seja, suas carências (necessidades) reelaboradas simbolicamente, se materializa na construção de projeto de ação, que significa a possibilidade de eficácia política.

Nessa medida, todo projeto se pretende portador de universalidade, uma vez que tenta instituir como universal, interesses e vontades particulares. Essa pretensão de universalidade só é possível através da construção de projeto político, instrumento capaz de aglutinar forças e esforços e projetar seus sujeitos como portadores de vontades singulares.

Por outro lado, SADER (1988) diz que a relação entre autonomia e sujeito não se constitui em correlação necessária, e isso se deve a dois motivos. Primeiramente, a pluralidade de movimentos (a sua grande diversidade) conspira contra a idéia de sujeito histórico capaz de ordenar a diversidade - sujeito histórico, privilegiado -, ou seja, advoga contra aquela condição apriorística de sujeito histórico dada a sua posição na estrutura social. Em segundo lugar, a extrema mutabilidade dos movimentos vai de encontro à sedimentação de identidades coletivas, pois o processo de criação e término de movimentos reivindicatórios é bastante grande.

Mas se a autonomia corrói algumas das bases conceituais de sujeito, entendido como processo de tomada de consciência de sua condição de exclusão social e política, qual é a relação entre sujeito e autonomia?

Para responder a esta pergunta, o autor vai recorrer à fundamentação psicanalítica. A partir da máxima de FREUD, que diz “Onde era o id, será o ego”, da qual SADER (1988) extrai de CORNELIUS CASTORIADIS (1982), é importante a realização de um movimento no sentido de que o ego (o consciente) se transforme na instância de decisão. Para isso ser possível

“... o meu discurso deve tomar o lugar do discurso do Outro, de um discurso estranho que está em mim e me domina: fala por mim. (...) dominado por esse discurso, o sujeito se toma por algo que não é (...) e para ele os outros e o mundo inteiro sofrem uma deformação correspondente. (...) O essencial da heteronomia - ou da alienação, no sentido mais amplo do termo, no nível individual, é o domínio por um imaginário autonomizado que se arranhou a função de definir para o sujeito tanto a realidade quanto seu desejo.” (CASTORIADIS, 1982: 124).

A definição de sujeito, via construção de autonomia, passa, portanto, pela exclusão de forças exteriores (o discurso do outro) e interiores (as pulsões) as quais determinam a alienação ou a heteronomia dele. Mesmo assim, alerta-nos CASTORIADIS (1982), esse movimento, de forma radical, não é, em realidade, possível, pois tratar-se-ia de reelaborar toda a função imaginária do inconsciente, o que é impossível.

Para CASTORIADIS (1982), a autonomia é a instauração de uma nova relação entre o discurso do outro e o discurso do sujeito, o que levaria este a relativizar o discurso do outro, considerando-o enquanto tal, e não como um discurso fundante do seu próprio discurso.

Ainda segundo esse autor, em sua obra O mundo fragmentado: as encruzilhadas do labirinto/3, o sujeito

“... apresenta-se como uma estranha totalidade, que não é uma e é uma ao mesmo tempo, composição paradoxal de um corpo biológico, de um ser social (indivíduo socialmente definido), de uma ‘pessoa’ mais ou menos consciente, enfim, de uma psique inconsciente (de uma realidade psíquica e de um aparelho psíquico), tudo extremamente heterogêneo e, porém, definitivamente indissociável. **Tal se apresenta a nós o fenômeno humano. Diante dessa nebulosa devemos pensar a questão do sujeito.**” (CASTORIADIS, 1987/92: 205).

Para CASTORIADIS (1987), a discussão sobre o termo sujeito é, dessa forma, uma questão complexa e problemática, mas, não impossível de ser realizada. Há de se considerar as mais variadas possibilidades de abordagens, da mesma forma que se deve assumir a possibilidade de uma infinidade de resultados diante dessa diversidade de prismas analíticos.

Finalizando essa discussão, é importante, ainda, que se acrescente dois outros elementos constitutivos do conceito de sujeito. Segundo CASTORIADIS (1987),

“Esse sujeito não é simplesmente real, ele não é dado, ele está para ser feito, e ele se faz através de certas condições e em certas circunstâncias. O fim da análise

[psicanalítica] é fazer o advir. O advir é uma possibilidade (abstrata) mas não uma fatalidade para todo ser humano: ele é *criação histórica* e criação cuja história podemos acompanhar. Esse sujeito, a *subjetividade humana*, é caracterizado pela *reflexibilidade* (...) e pela *vontade* ou capacidade de ação deliberada...” (CASTORIADIS, 1987/92: 207).

O contexto, do qual se serve o autor para inscrever esses dois novos elementos constitutivos do termo sujeito, é o da análise psicanalítica. Contudo, é possível se transferir a possibilidade do devir sujeito da prática analítica para o conjunto das práticas sociais.

Nesse sentido, através do agir humano (deliberado, intencional), que busca a construção de autonomia (não apenas individual, mas fundamentalmente coletiva, política) e a elaboração de projeto - a adjetivação simbólica das necessidades/carências de determinados sujeitos sociais -, ocorreria um processo de autoconhecimento e reconhecimento do outro, e, dessa forma, o devir sujeito tornar-se-ia uma possibilidade histórica real.

Com isso, fecha-se o conceito de sujeito em SADER (1988) e em CASTORIADIS (1987). Sujeito é uma possibilidade, um devir histórico. Essa possibilidade, se efetivada, é resultante das interações da pluralidade de sujeitos em processo de reconhecimento recíproco. Assim, a constituição de sujeitos pressupõe pelo menos quatro importantes componentes: (a) a busca da autonomia, que SADER (1988) denomina como a emergência “... de matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articulá-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados.” (SADER, 1988: 60); (b) a construção de projeto político de atuação coletiva, como um instrumento não apenas de potencialização da ação, mas como, também, aglutinador de auto-referências simbólicas; e, por fim, os dois elementos denunciados por CASTORIADIS (1987), ou seja, (c) a capacidade de ação

deliberada e (d) a reflexibilidade, os quais são, eminentemente, atributos da singularidade humana.

O Conceito de Instituição

Quanto às discussões relativas ao conceito de instituição, tomaremos por referência as reflexões de RENÉ LOURAU e GEORGES LAPASSADE (1972) e de MADEL T. LUZ (1979).

LOURAU e LAPASSADE (1972) entendem a dinâmica institucional a partir da discussão da temática “grupos”. Sob o ponto de vista conceptual, eles delimitam e distinguem os conceitos de instituição e de organização. De todas as suas contribuições, é de interesse desta pesquisa a discussão por eles proposta sobre as instituições, sobretudo ao enfatizarem seu entendimento dialético, possibilitado, entre outras, pela localização em seu interior de forças instituídas e forças instituintes.

Essas forças, por serem contraditórias e, ao mesmo tempo, complementares, vão determinar às instituições um movimento dialético constante. Dessa afirmação, é possível retirar uma primeira característica de instituição para esses autores: instituição não é um organismo perpétuo, muito menos imutável ou perene; é algo em constante processo.

Essa ação contraditória, que se percebe nos limites internos das instituições, pode ser também considerada quanto as relações externas que as instituições mantêm no todo social, no seu âmbito de ação em particular. Dessa forma, os autores ressaltam que é

importante que se perceba como o conjunto das determinações sociais atravessa a instituição e como as instituições atuam sobre o conjunto das determinações sociais.

Rechaçando concepções funcionalistas e mesmo oriundas do marxismo ortodoxo, as quais ou supervalorizam as instituições ou as concebem como meros reflexos ou formas secundárias do modo de produção, os autores introduzem o conceito de transversalidade. Ele é utilizado para demonstrar que as instituições são continuamente “atravessadas” em suas funções por questões de ordem políticas, ideológicas, econômicas e sociais, situadas no conjunto das relações sociais. Com isso, as instituições não teriam fins únicos, mas objetivos predominantes⁽²³⁾.

“Contendo em si o econômico, o político, o ideológico que ela tem por função negar, a instituição, encruzilhada das instâncias do modo de produção, é ao mesmo tempo o objeto de análises concretas na situação, e lance da luta para a reforma social.” (LOURAU e LAPASSADE, 1972: 147).

A partir dessas considerações, os autores elaboram o conceito de instituição como um processo de permanente interação entre seus componentes fundamentais, que são os elementos instituinte, instituído, instituidor e institucionalização. Para eles, instituição é a “... forma que assume a reprodução e a produção de relações sociais num dado modo de produção.” (LOURAU e LAPASSADE, 1972: 146).

Nessa denominação, podem ser encontrados também os três momentos do conceito de instituição desenvolvidos pelos autores: o momento da universalidade, o momento da particularidade e o momento da singularidade⁽²⁴⁾. Esses distintos momentos são discerníveis apenas na perspectiva teórica, uma vez que, na realidade concreta, eles se apresentam em conexão mútua.

⁽²³⁾ Sobre isso, ver os exemplos citados por ALBUQUERQUE em sua obra Instituição e poder, 1980: 16/20.

⁽²⁴⁾ Essa mesma discussão foi mais desenvolvida em LOURAU, 1975.

No primeiro momento - da universalidade -, o conceito de instituição tem por conteúdo a ideologia, os sistemas de normas e os valores que orientam a socialização. No momento da particularidade, o conceito de instituição reflete o conjunto das determinações materiais e sociais que vêm a negar a universalidade imaginária do momento precedente. No momento da singularidade, o conceito de instituição tem por conteúdo as formas organizacionais, jurídicas e anômicas, necessárias para atingir determinado objetivo ou finalidade (conforme LOURAU e LAPASSADE, 1972: 146). Esses três momentos, segundo os autores, estão em permanente ação recíproca, conferindo às instituições uma processualidade dialética. Dessa forma,

“A instituição é o lugar onde se articulam, onde se falam as formas que assumem as determinações das relações sociais. Trata-se do lugar em que a ideologia é trabalhada permanentemente pela negatividade que a infra-estrutura introduz (...). Mas essa primeira negação é por sua vez negada pela institucionalização de formas sociais de designio racional, funcional, que exprimem as determinações materiais e sociais, mascarando-as.” (LOURAU e LAPASSADE, 1972: 146/7).

O conceito de Instituição em LOURAU e LAPASSADE (1972) assume, portanto, uma conotação dialética, pois, ao mesmo tempo que considera as contradições sociais, ou seja, lutas e disputas, apresenta-as, também, como um elemento fundamental de construção de unidade social. Assim, instituição é, concomitantemente, uma unidade positiva, pois seus objetivos e função social são aceitos como universalmente legítimos e indispensáveis e é, também, a negação daquela unidade positiva negada, por instituir-se como forma social estável e aceita universalmente.

A discussão apresentada por MADEL LUZ (1979) se encaminha no sentido de compreender as instituições como um conjunto articulado de saberes e de práticas. São elas também núcleos “históricos de cristalização de poder”. Para a autora, as instituições não se reduzem a um conjunto de normas, o que seria apenas reforçar o seu aspecto

estrutural, nem a um conjunto de relações sociais, o que seria enfatizar apenas a prática institucional “burocrática”. Os elementos estruturais e a própria prática institucional são, em sua opinião, dois aspectos de um mesmo núcleo de poder, mediados por um discurso institucional. Este é o elo entre as relações de poder e os regulamentos; ele é o saber que dá suporte às normas institucionais.

LUZ (1979) introduz na sua caracterização das instituições os conceitos apresentados por LOURAU e LAPASSADE (1972) de “instituído e instituinte”. A inclusão das respostas daqueles que se pretendem instituintes acrescenta ao seu conceito de instituição as contradições institucionais. É a partir da incorporação das contradições, geradas internamente às instituições, entendidas também como reflexo de relações sociais estruturadas, que os organismos institucionais passam a ter significado histórico.

Instituição, a partir das contribuições de LAPASSADE e LOURAU (1972) e LUZ (1979), distingue-se do conceito de organização, pois esta se consubstancia na face concreta da instituição⁽²⁵⁾, enquanto aquela é o “imaterial, o impalpável” (ALBUQUERQUE, 1978: 70).

As instituições, contudo, não possuem finalidade única e resultam da antinomia de forças instituídas e forças instituintes, as quais lhe determinam o caráter histórico. Sobre isso, diz LOURAU (1975) que

“... o equívoco do conceito de instituição reside no fato de designar sucessiva ou simultaneamente o instituído ou o instituinte. Para a ideologia dominante (...), a instituição é a coisa estabelecida, o instituído. A duração e a repetição do estado de fato servem para legitimar a instituição.” (LOURAU, 1975: 141).

⁽²⁵⁾ LOURAU e LAPASSADE dizem que organização aponta dois significados: designa “conjuntos práticos”, como fábricas, bancos e sindicatos; e “condutas e processos sociais”, ato de organizar, mobilização de meios para atingir objetivos. Ou seja, designa ao mesmo tempo unidades sociais estabelecidas e condutas coletivas orientadas para fins definidos. (conforme LAPASSADE e LOURAU, 1972: 113.)

Por fim, o caráter dialético do conceito de instituição apresenta-se mais claro com a identificação dos momentos de universalidade, ou seja, a instituição enquanto incluída num sistema de normas e valores; de particularidade, suas determinações materiais e sociais; e de singularidade, sua forma enquanto organização.

As disputas teóricas no campo da saúde

Segundo GARCÍA (1989) e MINAYO (1992)⁽²⁶⁾, existem pelo menos três importantes correntes do pensamento no campo sanitário: os neokantianos, os neopositivistas e os materialistas. Em relação aos dois primeiros, SONIA FLEURY (1992), (apud GARCÍA, 1983), diz que

“... o neopositivismo e o neokantismo que, guardados os pontos discordantes, tinham em comum a negação da existência de leis objetivas que explicassem o desenvolvimento social, o que as levava a conceber a saúde como dissociada de sua determinação social. Dessa forma, entendiam o processo saúde/doença como restrito ao nível biológico e individual e a prática médica como sendo orientada pela condição pessoal da doença ou, no limite, como propunha Parsons, como subsistema de correção de desvios e tensões sociais institucionalizados no nível dos indivíduos, ou seja, como mecanismo de controle social.” (FLEURY, 1992: 13/4).

A abordagem materialista (o marxismo), por sua vez, encontra respaldo para uma maior inserção no campo da saúde, a partir da verificação da

“insuficiência das teorias precedentes para darem conta da explicação dos determinantes do processo saúde e doença e da organização social da prática médica, [e nessa medida, procura] na relação entre medicina e estrutura social o

⁽²⁶⁾ MINAYO, para fazer seu estudo, recorre a três trabalhos clássicos na área da saúde, que são: (1) NUNES, E. D. Tendências e Perspectivas da pesquisa em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. IN: As ciências Sociais em saúde na América Latina. (org. E. D. NUNES). Brasília: OPAS, 1975. (2) GARCÍA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. IN: Juán César García: pensamento social em saúde na América Latina (org. Everardo D. NUNES). São Paulo: Cortez, 1989; (3) DONNANGELO, M. C. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - a década de 70. IN: Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2 de abril, 1983. p. 19 - 35.

caminho para tais explicações, e, nessa relação, aquela entre Estado e Saúde.” (FLEURY, 1992: 13/4).

As críticas das correntes marxistas às teorias que se propunham a explicar e intervir nas organizações sociais e no complexo processo saúde-doença, segundo EDMUNDO GALLO (1992), se davam em dois sentidos:

“De um lado, a concepção burguesa de sociedade, formada por homens livres e iguais (...) cuja individualidade era demarcada pela propriedade, ainda que apenas da sua força de trabalho. De outro lado, uma visão que reduzia a doença e a saúde a uma relação etiológica e no máximo ambientalista, além de inserida numa perspectiva linear de progressividade.”

“A crítica a essas duas leituras - o individualismo possessivo e o evolucionismo/biologismo - se deu principalmente a partir do pensamento de filiação marxista, que procurava resgatar a historicidade da organização social tendo como núcleo a contradição e a luta de classes.” (GALLO, 1992: 67).

Para o marxismo, a reinserção do homem em seu contexto histórico, enquanto exigência teórico-metodológica, leva à necessidade de explicar o processo saúde-doença, a partir das condições de dominação e exploração características das sociedades capitalistas. (GALLO, 1992: 67).

“Passou-se a afirmar, então, a incapacidade de explicar os processos mórbidos exclusivamente pela sua dimensão clínico-biológica, que veio a ser subsumida à social. Os perfis patológicos - expressão do adoecer diferenciado entre as classes sociais - só se expressariam na sua dimensão coletiva, ainda que manifestos nos corpos dos indivíduos.” (GALLO, 1992: 67/8).

A “superioridade explicativa” da abordagem materialista⁽²⁷⁾, conjugada aos problemas/fracassos das políticas sociais nos países capitalistas, que, invariavelmente,

“... mesmo na sua feição mais redistributiva e democrática - [demonstravam-se] cada vez mais incapazes de responder às demandas de consumo e proteção social coletivas, sem falar nos bloqueios continuados aos processos de subjetivação e no recrudescimento do racismo, ectigmatização de minorias e surgimento de bolsões de miséria.” (GALLO, 1992: 70),

⁽²⁷⁾ Segunda MINAYO, a investigação marxista tem a marca da totalidade, e é justamente esse caráter de abrangência que se constitui a riqueza, a novidade e a propriedade da dialética marxista para a explicação do mundo social.

abrem possibilidades enormes para o surgimento de novas propostas de reordenamento dos sistemas sanitários, particularmente na América Latina no contexto pós-redemocratização.

Apesar da abordagem marxista apresentar-se como uma forma mais complexa e elaborada de conceber o processo de produção de doenças nas sociedades capitalistas (dimensão coletiva do adoecimento), seus defensores não estiveram longe de cometer erros e equívocos e, dessa forma, sofrer duras críticas. Nesse sentido, GARCÍA (1989), MINAYO (1992), FLEURY (1992), GALLO (1992), entre outros, destacam alguns problemas advindos “das malhas teóricas do estruturalismo, e práticas do leninismo/stalinismo”, de “concepções reificadas de Estado”, “os freqüentes truncamentos mecanicistas” etc. Esses problemas, contudo, não impediram “o casamento da análise estrutural com a história, sem abrir mão da tensionalidade permanente entre os dois termos deste paradigma.” (FLEURY, 1992: 18). Continuando, ela afirma que,

“Recentemente, tanto a revisão teórica do paradigma marxista-estruturalista, a partir da contribuição gramsciana, quanto ao fenômeno recente da redemocratização na América Latina reintroduziram a questão central das lutas políticas, rompendo os estreitos limites nos quais a análise do poder no campo da saúde havia sido confinada, buscando assim desvendar as relações entre estrutura e sujeito.” (FLEURY, 1992: 18).

Por outro lado, apesar desse processo interno de revisão teórico-metodológica, que permite a produção de modelos explicativos com maior capacidade explicativa, as correntes positivista e fenomenológica graçam alcançar sucesso, orientando, ainda, boa parte das pesquisas e investigações na área da saúde⁽²⁸⁾.

⁽²⁸⁾ Marcel Goldberg, em texto publicado no Brasil em 1994, relata que no campo da epidemiologia, por exemplo, o desinteresse pela investigação de “fatores sócio-econômicos” é generalizado (menos de 18% dos artigos consideram esses fatores como determinantes do processo coletivo de adoecimento). Segundo o autor “... tal descaso pode principalmente ser atribuído à posição secundária da pesquisa em Saúde Pública e das disciplinas diretamente envolvidas no seu campo: Sociologia e Economia da Saúde e Epidemiologia.”. Para maiores detalhes, ver GOLDBERG, 1994: 87/136).

É nesse contexto, segundo GARCÍA (1989), que as correntes do campo sanitário se enfrentam em acirrada luta. De um lado, é possível perceber-se a crescente incapacidade teórica e, conseqüentemente, operativa, de teorias de origem positivista e funcionalista; por outro lado, a emergência, com a incorporação gradativa no meio acadêmico, de um novo modelo explicativo. Segundo esse autor, presentemente “... estamos assistindo a uma luta entre escolas do pensamento que tratam de explicar: a relação da medicina com a estrutura social, a efetividade da ação médica e os determinantes sociais da doença.” (GARCÍA, 1989: 87).

Recorrendo a uma explicação histórica, o autor diz que até os anos 1970 ocorria um predomínio extensivo do pensamento positivista entre as correntes do pensamento médico. Mesmo entre os marxistas, acentuava-se o sentido de progresso da ciência e do desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo.

Nesse período, no pensamento marxista, ocorria um predomínio da corrente que atribuía ênfase às forças produtivas. Isso fez com que a medicina, como um “setor” da sociedade, passasse a ser concebida como plena de autonomia e a ser comparada a outros subsistemas sociais, como o econômico, o social e o educacional. A suposta autonomia setorial fazia supor que a transformação da sociedade poderia começar e ocorrer autonomamente em qualquer um dos subsistemas. Nessa perspectiva teórica, o campo sanitário propõe “... relações circulares entre doença e pobreza e se sustentava a possibilidade de romper este círculo vicioso atuando sobre a doença com o fim de obter o desenvolvimento econômico.” (GARCÍA, 1989: 87).

A partir dos anos 70, tem início um grande debate quanto aos objetivos do desenvolvimento econômico e às conquistas da ciência e suas relações com as desigualdades sociais na distribuição da riqueza e nos benefícios da ciência. Surgem neste

período vários movimentos sociais contestatórios e reivindicatórios, os quais vão processar enormes influências sobre o campo intelectual. Crescem as críticas ao cientificismo e à concepção de ciência positiva universal e seu caráter empírico, atemporal e isento de valores. Na área da saúde, assinalam-se os efeitos da medicalização; o caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas e se propõe à desmedicalização da sociedade, ou seja, a medicina passa a ser entendida em seus aspectos políticos e sociais.

Segundo EVERARDO D. NUNES (1975) essa preocupação com aspectos sociais na medicina é relativamente nova⁽²⁹⁾, e isso se deve aos progressos da bacteriologia, os quais ocultaram, por um longo período, os fatores sociais e ecológicos que interferem no estado de saúde.

Contudo, não há como negar os vários avanços no conhecimento da medicina científica em relação, principalmente, à causação da doença. Porém, esses conhecimentos se deram em um sentido estritamente unilateral, fazendo com que se postergassem algumas idéias que vinham sendo exploradas antes do advento da bacteriologia, como por exemplo, o entendimento da saúde como um problema social e a orientação de pesquisas para se conhecer os fatores sociais e econômicos de maior repercussão sobre a saúde e a doença.

Nessa época, a euforia e o radicalismo tomaram conta dos cientistas, os quais chegaram a afirmar categoricamente "... que o estudo das doenças infecciosas podia,

⁽²⁹⁾ JUAN CÉSAR GARCÍA diz que o nascimento da medicina social ocorre em 1848, como fruto dos movimentos revolucionários decorridos na Europa, dos quais emergem conceitos como força de trabalho, fadiga, doença entendida como fisiologia alterada e produtividade dentre outros. VIRCHOW, em 1849, dizia que "os sujeitos da terapia não são doenças, mas condições; em todas as partes estamos apenas interessados em mudar as condições de vida". Essa expressão materializa, de certa forma, uma concepção de processo saúde/doença completamente diferente das noções impostas, mais tarde, pela teoria bacteriana. Para maiores detalhes, ver: GARCÍA, J. C. 1848: o nascimento da medicina social. IN: Juán César García: pensamento social em saúde na América Latina (org. E. D. NUNES). São Paulo: Cortez, 1989.

a partir dessas descobertas, ser prosseguido com rumo certo, sem ser desviado por considerações sociais e reflexões sobre política social.” (NUNES, 1975: 34/5).

Os resultados do avanço científico na medicina tiveram impactos importantes no contexto da América Latina. Segundo NUNES (1975), os principais impactos foram: o controle efetivo sobre as doenças agudas, através de imunização e tratamentos específicos; a centralização sobre a doença biologicamente definida; o otimismo de se erradicar todas as doenças; e a reorganização do ensino médico, cujo Relatório Flexner é o marco maior.

Mesmo com o retardo do desenvolvimento da medicina social por volta dos anos 30, e, mais especificamente, após a Segunda Guerra Mundial, as ciências sociais e as ciências da saúde começaram a convergir para produzir o que mais tarde seria denominado de “Sociologia Médica”. Essa convergência pode ter vários significados, mas ocorre, em parte, pela necessidade de se explicar as doenças para além de seu entendimento biológico, da mesma forma que o hospital, agora instituição central na medicina científica, precisava ser melhor entendido.

Ainda segundo NUNES (1975), é a partir da década de 70 que os trabalhos, classificados como da área da Medicina e Sociedade, passam a contar com enfoque histórico-estrutural. Isso se deve pelo reconhecimento da fragilidade e da incorreção e parcialização com que vinham sendo estudadas as relações entre saúde e sociedade.

É também justamente neste período, e a partir da instrumentalização das análises na área da saúde por abordagens não positivistas, que se começa uma contundente crítica à sociologia médica funcionalista. Segundo NUNES (1975), as “... críticas ao funcionalismo irão assentar-se nas ‘limitações explicativas, nos desvios ideológicos e no parcelamento da realidade estudada’”. (NUNES, 1975: 40).

É também a partir desse movimento intelectual e científico, que se rompe com os marcos metodológicos até então usados, e que surgem, no âmbito da prática, programas alternativos de intervenção médica, os quais são aproveitados pelos Estados capitalistas, que, por sua vez, enfrentavam grave crise fiscal. Esses programas direcionavam-se para a promoção do auto-cuidado em saúde, para a atenção primária, para a revitalização da medicina tradicional e para a tecnologia apropriada.

Segundo MARIA CECÍLIA DONNANGELO (1979), a proposição alternativa denominada de Medicina Comunitária vai se dar em função, também, da não generalização do consumo médico no conjunto das classes sociais, ou seja, a saúde comunitária visa a incorporar categorias sociais até então excluídas do processo de medicalização.

Além da reestruturação dos elementos que compõem a prática médica e da incorporação de novas práticas, a medicina tecnologicamente simplificada é, ao mesmo tempo, ampliada em seu campo de interferência da prática, ou seja, incorpora novas práticas e novas responsabilidades sociais e políticas, entre elas, o enfrentamento dos custos crescentes dos sistemas de saúde.

O seu objeto por excelência é a pobreza, e, sobre isso, diz DONNANGELO (1979):

“A recente adjetivação, por sua vez, indica a um só tempo um lugar de exercício da prática e uma conceptualização do social que aponta para aquele objeto, definindo-o primeiro, diluindo-o em seguida na noção de uma comunidade que, seja ou não preexistente, deve ser criada ou recriada, e que, finalmente, fundamenta propostas de interferência sobre o objeto.” (DONNANGELO, 1979: 72).

O princípio da participação comunitária aparece, nesta proposição, como uma forma de superação dos problemas sociais identificados através desse aparato conceitual.

Com o surgimento dessas proposições alternativas, que nascem da crítica às instituições médicas e do reconhecimento do fracasso dos modelos de atenção médica sustentados sobre conceitos funcionalistas e sua “encampação” pelo Estado⁽³⁰⁾, revitalizam-se as discussões sobre a articulação entre saúde e sociedade e, segundo GARCÍA (1989), é nesse momento que ocorre o rompimento entre a fenomenologia e o marxismo, quando aquela assume uma posição visivelmente reacionária.

De acordo com GARCÍA (1989), o movimento contestatório do início da década de 70 é marcado por um “ecletismo teórico”, o qual, pelo caráter de suas proposições, passa a ser denominado de “radical”. É no final dessa década que, desse grupo radical, emerge uma corrente fenomenológica, a qual passa a criticar o marxismo, principalmente a sua concepção objetiva de ciência, reduzindo este conhecimento às experiências subjetivas dos indivíduos, naquilo que HUSSERL denominava de “propriedade do significado”, que somente pode ser entendido subjetivamente.

Para GARCÍA (1989), a fenomenologia, ao

“Reduzir e confinar todos os acontecimentos sociais à experiência imediata e ao consenso da comunidade leva a negar a existência dos fenômenos estruturais e a concentrar-se na experiência cotidiana na qual os indivíduos se encontram e interagem em termos de símbolos arbitrários e significados convencionais.” (GARCÍA, 1989: 90). Os grifos são nossos.

O afastamento da fenomenologia dos fenômenos estruturais leva-a a alguns “vazios ideológicos” de origem positivista. Esse desvio teórico, baseado na crítica institucional (em especial às grandes instituições), no reafirmamento da importância quase absoluta dos pequenos grupos, gera algumas consequências importantes sobre as políticas

⁽³⁰⁾ A encampação pelo Estado capitalista das proposições emergentes da crítica institucional não se constitui em um problema propriamente dito. O problema se estabelece a partir do momento em que estes Estados começam, em função da crise fiscal, a reduzir seus orçamentos para a área social. Dessa forma, diante das necessidades da população, resultantes em sua maioria das crises econômicas dos sistemas capitalistas-dependentes, estimula-se a adoção das alternativas de baixo-custo, e essa mesma população, antes assistida, passa agora, em função de sua participação, a ser a provedora de sua assistência.

de saúde. GARCÍA (1989) diz que as concepções dessa corrente têm servido de suporte ideológico a muitas políticas de saúde de vários estados capitalistas. Uma derivação direta de suas concepções é "... substituir o Estado de Bem-Estar, mediante a conversão do consumidor da assistência médica em provedor desta, através do autocuidado e de sua participação nas estruturas mediadoras." (GARCÍA, 1989: 94).

Ainda segundo GARCÍA (1989), a agudização das crises do capitalismo e o surgimento de concepções irracionais não é um fenômeno meramente casual. Desde a segunda Guerra Mundial e em particular a partir da crise dos anos 70, tem-se gerado as mais variadas interpretações e alternativas à crise. No campo da saúde, conceitos como Atenção Primária, autocuidado, participação comunitária e outros são oriundos de proposições fenomenológicas.

No Brasil, resultante do processo de crise do capitalismo-dependente e de disputas entre diferentes orientações para a condução das políticas de saúde, surge, na década de 70, um movimento social pela saúde com a

"... constituição de um pensamento crítico definido por Escoreal (1987) como de caráter contra-hegemônico, concretizador das propostas de transformação do Sistema de Saúde (...) que materializava a hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social." (MENDONÇA & TEIXEIRA, 1989: 214).

Desse movimento, resulta, entre outros, a criação de alguns organismos que se destacariam no processo de "politização da saúde". A criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), em 1976,

"... foi crucial no debate político sobre a questão da saúde no Brasil. (...). Será de maior relevância o papel do CEBES ao identificar os obstáculos que se interpunham (...) a Reforma Sanitária: a exploração das atividades de saúde com fins lucrativos, as pressões da indústria farmacêutica e de equipamentos, as distorções das finalidades dos serviços de Medicina do Trabalho." (NUNES, 1988: 106).

Da mesma forma, em setembro de 1979 é criada a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), que "... progressivamente passará a ocupar um espaço de organização da prática acadêmica em torno da crítica do modelo assistencial e das propostas de sua reorganização e construção do Sistema Único de Saúde." (MENDONÇA & TEIXEIRA, 1989: 214).

A atuação política desses dois organismos e a experimentação de novas possibilidades tecno-assistenciais no campo sanitário em vários municípios e regiões do País determinam um acúmulo de conhecimentos importantes para a formulação do projeto de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde. Esse projeto, corporificado na VIII Conferência Nacional de Saúde, vai se constituir em

"... um 'verdadeiro programa para a Reforma Sanitária', na medida em que resultou de um exaustivo debate em torno das demandas específicas das diferentes forças sociais presentes. Representou também um acordo político importante entre essas mesmas forças, em função da necessidade de implementação de mudanças na política de saúde, diante dos interesses já consolidados no interior do setor saúde." (MENDONÇA & TEIXEIRA, 1989: 214).

O processo de mobilização social em torno das questões da saúde tem novamente destaque nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte. No processo de elaboração das Carta Magna, enfrentaram-se grupos ligados ao setor privado nacional e as forças reformadoras, que se reuniam na Plenária das Entidades de Saúde.

Desse processo, resultou a incorporação de um conjunto de princípios e diretrizes que garantiam, minimamente, as bases jurídico-legais para ocorrerem mudanças no Sistema Nacional de Saúde. O passo seguinte foi a aprovação de leis complementares, entre as quais, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) e a Lei 8.142⁽³¹⁾.

⁽³¹⁾ Para maiores detalhes, ver CARVALHO e SANTOS (1992).

Do ponto de vista teórico-conceitual, o processo de Reforma Sanitária, para além de suas conquistas no plano político-ideológico, permitiu

“... construir novos olhares sobre a saúde e a doença, ou melhor, sobre a vida. Referir-se à vida, subsumir a ela a questão sanitária significa pelo menos duas coisas:

- em primeiro lugar, compartilhar da certeza que a humanidade vive um período de responsabilidade planetária, que coloca a luta pela vida como preocupação central;
- em segundo, subverter radicalmente a concepção hegemônica sobre o conceito de saúde no âmbito da saúde coletiva...” (GALLO, 1992: 72).

O processo de reestruturação da área da saúde no Brasil, denominado de Reforma Sanitária, possui uma base teórico-metodológica materialista importante. Segundo EVERARDO NUNES (1988) gradativamente

“... vai-se estruturando uma concepção que busca no conceito de coletivo a especificidades de um campo não somente do conhecimento, mas da intervenção. Para este campo se definiram como objetos básicos de estudo os determinantes da produção social das doenças e a organização social dos serviços de saúde, e a própria análise da historicidade dos saberes médicos.” (NUNES, 1988: 109).

Nesse sentido, acrescenta o autor, estabeleceu-se um

“... amplo processo de repensar a saúde e a medicina não como eventos que se expliquem num quadro restrito oferecido pelas ciências naturais, mas considerando o processo saúde-doença, como muito bem sumariza Laurell, ‘não está somente socialmente determinado, mas tem caráter social em si mesmo.’” (NUNES, 1988: 109).

Com a realização dessas discussões sobre as correntes do pensamento em saúde e sobre algumas de suas derivações no plano concreto das formulações de propostas para o campo sanitário, podemos, sinteticamente, realizar uma aproximação entre essas correntes e os principais paradigmas⁽³²⁾ das práticas médicas.

⁽³²⁾ Segundo AYRES (apud KUHN), paradigma designa “a construção conceitual que permite resgatar, na racionalidade hegemônica em uma determinada época da produção científica, uma motivação intersubjetiva que integra em uma estrutura coesa, consistente internamente e coerente com as expectativas sociais mais abrangentes, todas as possibilidades históricas postas para a práxis científica.” Da mesma forma, AYRES concebe paradigma como “movimento” entre o conhecimento científico “normal”, que se limita a aprofundar

As correntes positivistas são a base conceitual do Paradigma da Medicina Científica. Este surgido no final do século XIX, tem uma estreita ligação com o desenvolvimento capitalista e, como marco histórico maior, com o descobrimento da bactéria, o qual vai revolucionar as práticas médicas e os conceitos de intervenção em saúde.

O paradigma da Medicina Comunitária, que passa a contar com um corpo teórico estruturado no final dos anos 70, tem uma base fenomenológica importante em seu modelo explicativo. A importância dada aos conceitos de participação comunitária, de comunidade (enquanto pequeno grupo) e de autocuidado, como elementos centrais da proposição, e o desvinculamento relativo entre estrutura social e a ocorrência de fenômenos de saúde, constitui-se em bases conceptuais de interesse pelo Estado capitalista, o qual o incorpora tais elementos, transformando-os, para produzir um equilíbrio entre a diminuição dos recursos orçamentários para a área social e as crescentes necessidades sociais face à agudização da crise capitalista.

A Saúde Coletiva, por fim, a partir da utilização do método histórico-estrutural, pode ser considerada como um processo de radicalização no entendimento das relações entre saúde e a estrutura sócio-político-econômica das sociedades. Nela se consideram as relações de determinação entre os estados de saúde e de doença, abrangendo a totalidade das relações e as lutas das populações por melhores condições de saúde na perspectiva de uma sociedade de classes. Dessa forma, ela utiliza o campo da saúde não apenas como um campo de lutas de classes, mas também como um campo fundamental, pois dele prescindem um amplo conjunto de elementos sociais para manter sua vida.

os valores científicos socialmente legítimos, e aquele motivado pela "experiência de insuficiências e inconsistências da 'vida' de um paradigma, que passa a criar novas concepções e práticas. Para maior aprofundamento, ver AYRES, 1995: 85/104.

Com a abordagem a partir da saúde coletiva, a área da saúde passa a incorporar aspectos políticos e ideológicos com contornos mais nítidos. Nesse sentido, o próprio Estado é tomado enquanto campo de luta, ou seja, como arena política, na medida em que representa o conjunto das contradições sociais, representativo da totalidade das disputas nos planos político, econômico e social.

Os conceitos de participação social, de organização comunitária e de autocuidado passam a assumir conotações diferenciadas, sendo, por conseguinte, transformados radicalmente. Assim, perdem o idealismo da concepção fenomenológica e adquirem a radicalidade política da abordagem materialista, constituindo-se em conceitos que instrumentalizam os sujeitos sociais para as lutas políticas que ocorrem, particularmente, no campo sanitário.

1.3 Hipóteses e Questionamentos da Investigação

A partir do conjunto de questões já apresentadas até o momento, tais como as introdutórias, os objetivos e pressupostos da pesquisa e o quadro teórico, podemos, agora, apresentar os principais interrogantes que nortearam a investigação da inserção da UNIJUI no campo da saúde.

O conjunto de hipóteses construído trouxe à tona as seguintes constatações:

- no decorrer do período histórico em questão (1980 a 1991), o DCSa reconsiderou as matrizes teóricas que balizavam sua intervenção politico-pedagógica e passou a

orientar-se por novos paradigmas, os quais, paradoxalmente, não interferiram de forma substancial em suas práticas. Embora tenha se verificado um aumento quantitativo e qualitativo de práticas do DCSa no período em causa, o processo de reelaboração teórica de suas bases conceituais não acompanhou esse movimento, ou seja, apesar da atuação em frentes de trabalho cada vez mais numerosas, diversificadas e até mesmo mais complexas, não foi possível verificar uma correlação direta entre esse fato e alterações teórico-metodológicas, processadas junto ao grupo interno responsável por sua condução do DCSa;

- o Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI teve uma atuação importante junto ao sistema local de saúde, interferindo de forma ativa na elaboração de seus projetos e no direcionamento de suas práticas;
- o Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI manteve, entre seus objetivos, a estratégia de constituição de sujeitos com capacidade de intervenção política em instituições, em espaços públicos e em esferas decisórias da área da saúde;
- a não ampliação dos cursos de graduação na área da saúde, ou seja, a não alteração das bases interdisciplinares do Departamento, tende a manter a perspectiva de não adoção de uma postura reflexiva sobre as práticas, visto que se mantém a tendência do grupo do DCSa de ocupar-se, preferencialmente, de atividades que vão em sentido horizontal (extensivas à prática de docência de Enfermagem e Nutrição) em detrimento às atividades de sentido vertical (atividades de pesquisa, de reflexão aprofundada sobre aspectos específicos da área da saúde e correlatas).

2 METODOLOGIA: INSTRUMENTOS, CAMINHOS E PROCESSOS

A história da Universidade de Ijuí já foi reconstituída, recontada e analisada sob várias perspectivas⁽³³⁾. O mesmo não pode ser dito sobre a trajetória da área da saúde da Universidade, a qual continua no anonimato, no esconderijo de seus “arquivos”, na mente de seus protagonistas (internos e externos).

A reconstituição da experiência do Departamento de Ciências da Saúde - DCSa - é ainda um desafio, e, para tanto, é necessário construir um eixo de investigação, um fio condutor, um referencial teórico-metodológico para descartar a historização pura e simples, ou a reconstituição histórica linear, com a qual se abriria mão de uma perspectiva dialética.

O DCSa, enquanto um espaço acadêmico, pode ser compreendido através dos resultados do processo de implementação de suas proposições e da acumulação teórica obtida nesse processo. Da mesma forma, os seus pressupostos teórico-metodológicos podem ser visualizados e compreendidos no decorrer da história, a qual, por sua vez, focaliza seus sujeitos coletivos e políticos, responsáveis pela execução de seu projeto e que tornaram, portanto, concreta sua condição institucional.

⁽³³⁾ Ver, neste sentido, em especial, o livro de MARQUES (1984).

Reconstruir a lógica desse processo é um desafio enorme. Este pesquisador enquanto protagonista da história (enquanto ex-aluno, professor e dirigente) inserido diretamente na prática cotidiana, não teria condições de compreender a experiência em uma perspectiva de totalidade (a “cegueira situacional” seria imensa), sem cumprir algumas exigências e realizar alguns esforços. Nesse sentido, a partir da construção de ferramentas metodológicas, da aquisição de elementos teóricos, visando à constituição de categorias de análise e, além disso, com a realização de um “sobrevôo”⁽³⁴⁾ à experiência e de um certo distanciamento cotidiano da prática⁽³⁵⁾, espero estar reunindo condições suficientes para compreender a magnitude e a dinâmica do objeto da pesquisa e suas especificidades a partir do recorte teórico-metodológico que proponho, mesmo considerando que qualquer análise jamais será isenta.

A história pode ser reconstruída por várias formas. Em geral, a forma escolhida deriva das especificidades do objeto, do recorte metodológico adotado, das intenções do sujeito pesquisador e, também, das fontes de pesquisa de que se dispõe.

⁽³⁴⁾ Essa expressão designa o esforço humano de sair do mundo dos fatos, transcendendo-os na medida em que se descobrem as regras que os determinam e os condicionam (os fatos não são a realidade, mas uma parte importante dela). Dessa maneira, conseguiria-se dar aos fatos sociais nexos e lógica históricos. Isso significa literalmente um sobrevôo, deslocamento para o “alto” para se perceber o todo em sua dialética.

LEFORT utiliza esse termo quando discute os “tipos de leitura”. Segundo ele, em todas as leituras o leitor faz tentativas para se desfazer da pluralidade de perspectivas e, dessa forma, busca “... encontrar um único geometral que permita dominar e sobrevoar a obra.” Para maiores detalhes, ver: CHAUI, M. *O pensamento da obra de pensamento - Lefort*. São Paulo. USP/Departamento de Ciências Sociais. Seminário de Política (Comunicação), 1974, p. 04. Mimeo.

Esse mesmo termo (sobrevôo) é utilizado por MERLEAU-PONTY para caracterizar, de uma forma não elogiosa, o pensamento ocidental. Diz esse autor que o “pensamento de sobrevôo” procura “dominar e controlar totalmente a si mesmo e estender a dominação e controle à realidade exterior (...) [e desta forma] “o pensamento sobrevôa o mundo, transformando-o em idéia ou conceito de mundo”. (...) “O pensamento de sobrevôo na filosofia converte o mundo em representação do mundo.” (MERLEAU-PONTY, 1989).

Na perspectiva desta Pesquisa, o termo assume conceituação diferente de LEFORT e de MERLEAU-PONTY. Nela o termo quer designar a necessidade de deslocamento ou afastamento da realidade para melhor compreendê-la, ou seja, a realização de um processo de “desimpregnação do real imediato”, com a finalidade de vê-lo e compreendê-lo sob os mais diferentes ângulos e perspectivas.

⁽³⁵⁾ KOSIK diz que “para nos aproximarmos da coisa e da sua estrutura e encontrar uma via de acesso para ela, temos de nos distanciar delas”. KOSIK, 1969: 22.

No caso dessa pesquisa, contamos com a colaboração de agentes diretamente ligados à historicidade do objeto de pesquisa (informantes), bem como dispomos de materiais impressos (relatórios anuais, pesquisas, publicações...), de dissertações de mestrado, monografias de cursos de especialização, livros e uma infinidade de textos isolados.

A partir da identificação e catalogação desse material, caminhamos na perspectiva de construir uma “arqueologia”, ou seja, pela leitura dos mais variados documentos, pelo discurso dos sujeitos, intentamos recontar a história da ação da Universidade na área da saúde, relacionando fatos, procurando verificar os processos que os determinaram.

Nesse sentido, MARIO OSÓRIO MARQUES (1984) diz:

“Os documentos são apenas indícios do que foi feito ou pensado; não é a materialidade, nem a mera verdade ou expressividade deles, que faz o conhecimentos das práticas que espelham, mas a maneira de tratá-los e relacioná-los. A verdade dos discursos se revela nas posições estratégicas de que fazem parte, e a verdade dos eventos não se explicita pelo fazer, pela congruência das práticas, em si mesmas e com as práticas com que se relacionam. (...) A congruência das práticas se define pela maneira com que se articulam, pelos rumos que tomam elas, em si mesmas e no processo mais amplo em que se inserem.” (MARQUES, 1984: 16).

Sobre esses aspectos, MADEL THEREZINHA LUZ (1979), citando MICHEAL FOUCAULT, nos diz que a investigação dos discursos institucionais (Saberes) proporciona uma “desmontagem das instituições”, possibilitada através da análise de seus discursos, de uma análise histórica, mas também, e fundamentalmente, por meio de uma análise política das instituições. Isso significa, segundo a autora, a partir dos parâmetros oferecidos pela Análise Institucional,

“... buscar no discurso institucional o que ele supõe, embora não manifeste. (...). Permanecer [apenas] no nível normativo ... é ratificar os discursos hegemônicos das instituições, (...) [pois as normas] têm por função manter tal estrutura; isto é, em última análise ocultar as contradições estruturais.” (LUZ, 1979: 28).

Da mesma forma, continua ela, é necessário ainda “... ver esse oculto como estrutura de dominação de classe (...) [e] buscar as formas de *respostas* do pólo institucional dominado, isto é, quando trata de uma relação de dominantes/dominados nas Instituições.” (LUZ, 1979: 28).

Assim, com auxílio das idéias de MADEL LUZ (1979), quer-se enfatizar que a busca e localização dos discursos para a reconstituição dos saberes institucionais, à luz do processo histórico, são impossíveis de serem feitos sem considerar que as instituições são instâncias de poder e que na Universidade ocorrem lutas contínuas pelo poder, por mais escamoteadas que elas sejam.

Prosseguindo nessa mesma linha de raciocínio, não podemos deixar de perceber, também, que a história oficial pode vir a se constituir em uma história apenas dos grupos hegemônicos daquele período. Daí a importância do que diz LUZ (1979), quanto à dimensão dialética da análise das instituições, a qual deve “... exprimir as contradições institucionais tanto a nível discurso/prática e a nível interno do discurso, como a nível das *respostas* daqueles que a instituição social tenta enquadrar.” (LUZ, 1979: 26).

É nesse sentido que procuramos “explorar” a inserção da UNIJUI no campo da saúde e, conseqüentemente, a trajetória do Departamento de Ciências da Saúde. Tal trajetória tem uma gênese que só pode ser explicada e compreendida, se for conhecida a constituição e formação social da macro-região de Ijuí, pois a sua história política, social e cultural é fundamental para entender como têm sido geradas as demandas sociais e as alternativas que a população dessa região do Rio Grande do Sul tem encontrado para viabilizar a superação de seus problemas.

Em face disso, realizamos, a título introdutório à Pesquisa, uma rápida investigação de como ocorreu o processo de ocupação do território gaúcho desde o tempo da Coroa Portuguesa, identificando seus determinantes mais importantes, assim como, também, o problema da ocupação do território gaúcho pelo elemento humano, os interesses da Coroa, das elites oligárquicas e comerciais gaúchas no processo de colonização oficial das terras ainda não ocupadas do Sul e, dentre essas, a região de Ijuí^(*).

Nessa fase do trabalho, identificamos as condições que antecederam e, de certa forma, propiciaram a ocupação da zona norte e nordeste do Rio Grande do Sul, a macro-região de Ijuí. O desfecho desse estudo culminou na reconstituição histórica do processo de colonização da região pelos imigrantes europeus e por outros elementos humanos que já viviam anteriormente na “zona da mata gaúcha”.

Com esse estudo, nos foi possível compreender a formação social do Município de Ijuí (e também de sua região), contexto do qual emerge a Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado - FIDENE -, que, em 1980, cria a Escola de Enfermagem, inaugurando oficialmente o seu efetivo trabalho com a área da saúde.

Em um segundo momento da pesquisa, ainda no campo na reconstituição histórica de Ijuí, verificamos os motivos que levaram a comunidade de Ijuí a criar, em 1957, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - FAFI - precursora da FIDENE. Com isso, compreendemos melhor as afinidades políticas, sociais e ideológicas da primeira instituição de ensino superior do noroeste do Estado.

A identificação política, ideológica e social da antiga “FAFI” permitiu entender a sua “vocação filosófica”, o seu projeto de Universidade e de região, vocação

(*) Este estudo, por estar indiretamente ligado ao objeto da investigação, não faz parte do texto ora apresentado.

essa determinante nos projetos pedagógicos dos cursos de carreira universitária que foram gradativamente implantados, bem como das “práticas” executadas com a comunidade loco-regional.

Com esse panorama construído - história do Rio Grande do Sul, da região norte e noroeste e da FIDENE -, finalizamos os estudos preliminares, quando então começamos as investigações referentes ao objeto de pesquisa propriamente dito: **a inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde: projetos e perspectivas.**

Inicialmente, verificamos como ocorreu o processo de criação da demanda por saúde na região de Ijuí e qual a inserção da FIDENE nesse processo. Esse estudo nos permitiu verificar como e por que a Instituição acolheu essas demandas e as introjetou como uma de suas prioridades, materializada com a criação dos cursos na área da saúde.

Foi possível, a partir de então, reconstituir o projeto inicial da área da saúde na Instituição, suas orientações teóricas e discursivas, seus compromissos, suas opções políticas, enfim, todos aqueles elementos que podem ser incluídos na categoria Projeto, ou Concepção de saúde e de atenção à saúde.

Através do estudo das fontes primárias, iniciamos o processo de mapeamento das práticas implementadas pela área da saúde da FIDENE/UNIJUI, quando percorremos a linha da história para reconstituir suas principais atividades e projetos. A perspectiva metodológica da Pesquisa buscou reconstituir a história do DCSa, para depois decompô-la, e em um movimento seguinte, recompô-la, novamente, tornando-a cognoscível e compreensível de acordo com os propósitos da investigação.

Valendo-se desse recurso metodológico, “recortamos” o objeto de investigação, ou seja, selecionamos do universo de ações do DCSa um conjunto de práticas desenvolvidas por ele entre os anos de 1980 e 1991.

Por práticas, estamos compreendendo toda e qualquer ação implementada pelo DCSa ao longo de sua história. Contudo, a fim de delimitar melhor o campo de pesquisa, não foram trabalhadas as práticas diretamente ligadas ao ensino, mais especificamente as que se referem às atividades de docência, às atividades de sala de aula, ou seja, ligadas aos conteúdos programáticos das disciplinas.

Isso se deve a dois motivos. Primeiramente, porque as especificidades intrínsecas da área de ensino são bastante complexas e reclamariam, para a sua exata compreensão, uma série de estudos, os quais, por si só, poderiam constituir-se em uma pesquisa particular. Em segundo lugar, porque as atividades de sala de aula, um dos elementos que constituem as práticas do Departamento, são insuficientes para se perceber todas as complexas relações e transformações que se processaram nas concepções e práxis do Departamento no decorrer desses onze anos. Em suma, as atividades diretamente ligadas ao ensino são, paradoxalmente, ao mesmo tempo, amplas em demasia, o que, além de demandar estudo próprio (não de interesse imediato dessa investigação), seriam insuficientes para dar conta das especificidades do estudo proposto.

Dessa forma, a pesquisa ficou circunscrita ao âmbito da extensão, da pesquisa e das relações internas e externas efetivadas pelo Departamento ao longo de sua história. Por outro lado, por existir na proposta pedagógica da Universidade uma estreita ligação entre pesquisa, ensino e extensão, é difícil delimitar, em alguns casos, onde inicia e onde termina cada uma dessas atividades. Assim, mesmo tendo evitado estudar as práticas de ensino, elas foram consideradas de forma indireta.

Dito isso, é necessário que apresentemos ainda o restante da proposição e dos caminhos metodológicos que utilizamos para o estudo da inserção da UNIJUI no

campo da saúde, complementando as idéias já apresentadas, no sentido de clarearmos melhor os passos metodológicos que adotamos⁽³⁶⁾.

A partir do momento que começamos a “mergulhar” com mais intensidade no material empírico, o processo de investigação foi se intensificando. Primeiramente, fomos ao encontro de materiais e informações de interesse da pesquisa, processando a sua catalogação^(*). Concomitantemente, começamos a verificar as principais personagens relacionadas ao objeto de pesquisa, as quais viriam a se tornar informantes potenciais para o processo de entrevista.

O confronto do “olhar interessado do investigador” com o volume e a riqueza das fontes primárias, exigiram a construção de uma estratégia de estudo desse material. Dessa forma, decidimos “ler” o material em três níveis metodológicos distintos e intercomunicantes^(**).

Inicialmente, procedemos a uma leitura direcionada apenas para a localização e catalogação das principais práticas implementadas pelo DCSa. A partir desse levantamento inicial, conseguimos reunir, cremos, a grande maioria dos documentos relativos às ações e projetos executados no período em questão. Contudo, era ainda uma leitura linear e sem qualquer tipo de tratamento analítico.

O processo de verificação e catalogação das práticas tornou possível a percepção de um conjunto de ações importantes executadas pelo DCSa. Essas práticas foram selecionadas (segregadas da realidade, diria KOSIK) e definidas como categorias analíticas.

⁽³⁶⁾ Para a continuidade da exposição dos caminhos e estratégias adotadas na pesquisa, tomaremos como referência o Capítulo 2 (Metodologia: abrindo caminhos e possibilidades) da tese de doutorado de L'ABBATE (1992), assim como também Capítulo 2 (Fase exploratória da pesquisa) e Capítulo 3 (Fase de trabalho de campo - até p. 134), de MINAYO, 1992.

^(*) Para tanto, utilizamos um “Diário de Pesquisa”, no qual registramos todas as descobertas, estudos, impressões, resumos etc, referentes à pesquisa.

^(**) Esse aspecto será melhor detalhado a seguir.

A partir desse movimento metodológico, as práticas foram categorizadas em três grandes áreas de atuação do DCSa (extensão, promoção de eventos e criação de novos cursos), as quais representam e contêm o universo de práticas implementadas, definindo, de certa forma, a ação político-estratégica do DCSa no período em estudo.

Localizado o conjunto das práticas e com a sua aglutinação a grupos específicos, iniciamos um terceiro movimento: periodizar a trajetória do DCSa, oferecendo às práticas um ordenamento temporal. A partir dessa definição, construímos quatro grandes períodos da trajetória do DCSa, os quais possibilitaram perceber momentos de rupturas e de emergência de novas práticas.

A construção dessa metodologia organizou o processo de trabalho da pesquisa e permitiu a realização do estudo proposto. Contudo, apenas com a investigação das fontes primárias não garantiríamos a sua efetivação. Nesse sentido, caminhamos para a realização de entrevistas com sujeitos identificados em tais fontes primárias. As entrevistas foram feitas a partir de temática de investigação referente à história/trajetória específica de cada informante.

Constituímos, nesse processo, seis blocos de entrevistas: quanto à emergência da demanda por melhores condições de saúde na região; e da área da saúde na UNIJUI; políticas de extensão do Departamento; Seminários Regionais de Saúde; implementação de novos Cursos; e as disputas de projetos para o setor saúde no município de Ijuí.

Para a realização das entrevistas, seguia-se basicamente dois movimentos metodológicos. Primeiramente, buscava-se obter junto ao entrevistado informações que pudessem auxiliar na reconstrução de fatos, visto que muitas dúvidas permaneciam após a

leitura das fontes primárias. O passo seguinte consistia em estimular o informante a prestar seu depoimento frente à temática discutida.

Dessa forma, foi possível resolver alguns problemas derivados da qualidade da informação, ao mesmo tempo que fomos constituindo um conjunto valioso de reinterpretações particularizadas do processo, o que, sem dúvida, contribuiu para elucidar várias questões, bem como possibilitou a demarcação de determinados posicionamentos dos entrevistados frente a uma questão comum a todos.

Após a definição dos informantes, os mesmos foram localizados e, por contato telefônico, agendamos as entrevistas. Do universo de informantes escolhidos, nenhum negou-se a colaborar. Posteriormente, cada um dos entrevistados recebeu uma carta, a qual esclarecia os objetivos da pesquisa, qual o assunto de interesse da discussão e os motivos que levaram à sua escolha enquanto entrevistado, assim como também assumíamos o compromisso com o anonimato e com o caráter confidencial das informações.

Realizamos no total 20 entrevistas, sendo 15 individuais e 05 em grupo. A decisão pela realização de entrevistas grupais ocorreu, basicamente, em função da possibilidade de reunirmos alguns informantes para debater experiências vivenciadas em comum. Além de ganhar tempo, o processo de produção de conhecimento em discussões em grupo é reconhecidamente maior (WESTPHAL, 1992: 89). As entrevistas em grupo tiveram inspiração nos “grupos focais”⁽³⁷⁾.

“Grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa, que consiste de uma entrevista em grupo. (...). Os grupos são constituídos por cerca de 6 a 15 pessoas, escolhidas por apresentarem pelo menos um traço em comum, importante para o estudo proposto. (...). É um procedimento particularmente apropriado quando o objetivo do investigador é verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.” (WESTPHAL, 1992: 89).

⁽³⁷⁾ Sobre grupos focais, ver também MINAYO, 1992: 100/1; 129/30.

As entrevistas grupais foram todas elas com informantes da própria Universidade, particularmente do DCSa. Essa escolha ocorreu em função da proximidade e da homogeneidade dos informantes, os quais vivenciaram de forma comum experiências que eram objeto específico da discussão dos grupos.

Para a realização de nossa pesquisa formamos cinco grupos, os quais discutiram distintas questões, dentre as quais as políticas e os programas de extensão da UNIJUI e do DCSa, os Seminários Regionais de Saúde, o Curso de Especialização em Saúde Pública, o Curso de Auxiliar de Enfermagem e o Curso de Medicina.

Em média, esses grupos tiveram a presença de quatro pessoas, totalizando dezoito participantes. Para o primeiro encontro (política e programas de extensão), contamos com a colaboração de uma secretária para registrar as discussões, além do gravador. Nas sessões seguintes, após avaliação do primeiro encontro, dispensamos a secretária, visto que o mediador dos debates (o pesquisador) conseguia sem dificuldades coordenar as discussões e fazer os registros.

Todas as entrevistas, com autorização dos entrevistados, foram gravadas e posteriormente transcritas pelo pesquisador^(*). O conjunto delas resultou na compilação do documento⁽³⁸⁾ “Entrevistas para a pesquisa sobre a inserção da UNIJUI no campo da saúde”⁽³⁹⁾.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro com os temas da entrevista, que teve por função facilitar o diálogo entre pesquisador e entrevistado.

(*) A transcrição das fitas ocorreu imediatamente após a realização de cada entrevista. O processo foi relativamente fácil: com auxílio de um rádio gravador portátil e um fone de ouvido, realizamos a transcrição diretamente no redator de texto. Para cada hora de entrevista, demoramos, em média, duas horas para a transcrição.

(38) Quando nos referirmos a esse texto, usaremos a seguinte identificação: (Entrevista nº X, identificação do sujeito: nº da página).

(39) PASCHE, D. F., 1994^(b).

Segundo MARIA CECÍLIA MINAYO (1992), “Roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo, portanto não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo.” (MINAYO, 1992: 100).

Os roteiros continham as linhas gerais para a condução da entrevista, constituindo-se em um orientador do diálogo. As questões formuladas seguiam a estratégia metodológica de aliar reconstrução de processos com sua reinterpretação. A realização de entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 1992: 121), com um “roteiro aberto” de questões, permitiu o estabelecimento de um amplo processo dialógico entre o entrevistado e o entrevistador⁽⁴⁰⁾, visto que a própria “... ordem dos assuntos abordados não [obedecia] a uma sequência rígida e, sim, [foi] determinada freqüentemente pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados [deram] aos assuntos em pauta.” (MINAYO, 1992: 122). Todas as entrevistas foram realizadas em um encontro único com uma duração, em média, de 45 minutos para as entrevistas individuais, e de 1 hora e 30 minutos para os encontros grupais.

A escolha dos informantes, como é de praxe nas pesquisas qualitativas, ocorreu a partir da representatividade de determinados sujeitos no processo social investigado. Tentamos, nessa medida, escolher sujeitos que representavam não apenas uma posição frente à questão discutida, mantendo a pluralidade de opiniões e posições político-ideológicas.

Segundo SOLANGE L'ABBATE (1990), ao se realizar

“... um relato oral, seja sob forma de história de vida, seja de depoimento, o informante estará revelando não apenas a sua história, a sua opinião e interpretação, mas estará revelando aspectos importantes da vida do seu grupo social mais próximo, do segmento de classe a que pertence, e até da sociedade mais ampla. Ao mesmo tempo estará revelando sua forma particular de perceber todos esses processos e de atuar em relação a eles.” (L'ABBATE, 1990: 97).

⁽⁴⁰⁾ É possível observar no texto das entrevistas várias e, muitas vezes, longas intervenções do moderador. Em geral, as intervenções, além de colocar e ressituar questões problematizadoras, constituíam-se em momentos de síntese, de formulação, de abstração sobre a temática discutida.

Isso ocorre, segundo MARIA CECÍLIA MINAYO (1992), porque a entrevista se utiliza da fala:

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (...) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.” (MINAYO, 1992: 109/10).

A entrevista realizada com determinados sujeitos sociais privilegiados, situados em um determinado contexto sócio-político, revela, também, as transformações importantes do objeto/temática em discussão, visto que ele é reelaborado pela ótica muito particular de um sujeito histórico.

Nesse sentido, a pesquisa que realizamos apreendeu as transformações que aconteceram na estrutura e funcionamento da Universidade, no setor saúde do município de Ijuí e, como não poderia deixar de ser, no próprio Departamento de Ciências da Saúde.

Dos informantes que entrevistamos, exigimos, de certa forma, que refletissem sobre uma temática que não se apresenta constantemente no cotidiano. Recordar o vivido e reelaborá-lo com a razão do presente se constitui num processo vivo de produção de conhecimento.

Findada a realização de entrevistas, iniciamos o processo de “impregnação por seu conteúdo”⁽⁴¹⁾. As entrevistas foram lidas e relidas, e na margem do documento foram localizados trechos e passagens de interesse identificados com sinais gráficos específicos.

Essas informações foram sendo usadas de forma gradativa, sempre que trabalhávamos na dissertação de algum tópico específico do trabalho. Nesse sentido,

⁽⁴¹⁾ Impregnação, noção de MICHELAT, apud L'ABBATE, 1992. Ver nota de rodapé, p. 103.

comparamos falas de diversos atores, checamos com informações das fontes primárias e com as próprias informações do pesquisador.

O conjunto dos dados advindos do processo de realização de entrevistas, dessa forma, complementou e enriqueceu sobremaneira as informações que já havíamos obtido pela pesquisa e estudo das fontes primárias. Em muitos casos, as entrevistas elucidaram fatos, os quais não estavam suficientemente claros nas fontes empíricas.

Ao final do processo de produção de informações, o mais novo problema que se nos apresentava era o gerenciamento do volume de informações que produzimos. Nesse sentido, permanece, ainda, a sensação de que subutilizamos alguma delas e de que poderíamos melhor aproveitá-las. Isso se refere, principalmente às informações advindas das entrevistas.

Essa sensação se dissipa, contudo, quando percebemos que sentimento mais angustiante que esse seria o seu oposto, ou seja, de não se ter conseguido gerar as informações necessárias para a realização da investigação.

Antes de discutirmos as linhas de sistematização das fontes primárias e a pesquisa propriamente dita, apresentaremos algumas considerações teóricas, que terão por finalidade debater categorias analíticas⁽⁴²⁾ importantes para a nossa pesquisa.

2.1. A Construção de Níveis de Sistematização

A definição por qualquer modalidade de sistematização do material empírico está na dependência do objeto em questão, da qualidade da informação que se

⁽⁴²⁾ Categorias analíticas “são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais.” (MINAYO, 1992: 94).

dispõe, do tipo de informação que é necessário produzir, da capacidade organizativa do pesquisador e, principalmente, do recorte teórico-metodológico construído para a pesquisa.

No estudo ora apresentado, utilizou-se três estratégias interligadas e complementares de sistematização dos acervos empíricos e do conjunto de informações que deles derivaram.

A primeira estratégia denominamos de IDENTIFICATIVA. Nessa primeira fase, ocorreu, basicamente, a identificação das fontes empíricas da pesquisa. Nesse nível localizou-se o universo do material primário da investigação, e o seu estudo consistiu em diferenciar do conjunto das informações disponíveis aquelas de maior interesse para a Pesquisa.

A segunda estratégia de sistematização foi denominada de CATEGORIZAÇÃO DAS PRÁTICAS. A partir da ordenação e estudo do material primário foi possível categorizar aquelas desenvolvidas pela Universidade na área da saúde, a partir do critério da reunião de determinadas práticas comuns em grandes áreas de atuação.

A categorização das práticas permitiu que cada um dos grupos constituídos se apresentasse como categoria analítica. Essas categorias, introspectivamente, resultam de um amplo espectro de relações políticas, de interação entre sujeitos, de disputa de projetos, de interferência no contexto interno e externo da Universidade, ou seja, são categorias que emergem do universo dos fatos e das relações que se estabelecem no processo da inserção da UNIJUI na área da saúde.

À terceira estratégia de sistematização denominamos de CRONOLÓGICA. Nesse momento, as informações geradas no nível anterior são organizadas a partir da construção de períodos históricos da trajetória do DCSa. A periodização tornou possível a

percepção de determinadas tendências no processo investigado, a partir da observação da emergência de novas práticas e da ruptura com determinadas linhas políticas condicionantes do processo.

Essas três estratégias de sistematização constituem-se em três diferentes níveis de análise. Todavia, por tratarem-se de estratégias metodológicas integradas, não podem ser trabalhadas isoladamente na análise, constituindo-se em um todo articulado que tem por objetivo oferecer à investigação uma perspectiva dialética.

2.1.1 Primeiro Nível de Sistematização: identificação e organização das fontes primárias

O primeiro nível de sistematização do acervo empírico com o qual trabalhamos corresponde à organização do material preliminarmente disponível à pesquisa, o qual se encontrava desorganizadamente reunido.

Nesse primeiro nível, se processa, então, o “olhar interessado” sobre o material disponível. Esse olhar interessado consiste em “interrogar o arsenal empírico” da pesquisa com a preocupação imediata de “descobrir coisas” de interesse da investigação. Nesse momento, o material empírico começa a “falar para o pesquisador” e as primeiras informações começam a ser geradas.

Ao final desse nível de sistematização, o universo da pesquisa estará não mais tão caótico, e já se consegue ver algum tipo de ordenação, de lógica, de organização sobre o processo investigado. Contudo, essa ordenação incipiente é ainda insuficiente e necessita ser qualificada.

As fontes primárias trabalhadas revelaram-se bastante numerosas. A quantidade e a qualidade do material que conseguimos reunir para essa primeira

sistematização foi bastante razoável, o que nos obriga a adjetivá-lo como um material riquíssimo. (Vide Anexo 1).

Após os primeiros estudos das fontes que tratam da trajetória do DCSa, pode-se afirmar que no decorrer desses doze anos investigados foram se constituindo uma série de atividades (que aqui denominamos de práticas), as quais podem ser assim classificadas ou resumidas: (para maior detalhamento, Vide Anexo 2)

I) Práticas de Extensão:

1) Trabalho de extensão com comunidades de zonas rurais e de periferia urbana: treinamento de agentes de saúde; estruturação de unidades de serviço; organização de comunidades; prestação de serviços; realização de práticas educativas etc;

2) Participação no Seminário Permanente de Educação Popular (SPEP/UNIJUI);

3) Assessoria a municípios da Região;

4) Assessoria a instituições e movimentos sociais;

II) Promoção de Eventos: seminários, encontros, oficinas etc;

III) Atividades na área do ensino:

1) Fomento ao ensino (seminários, cursos de atualização etc);

2) Implantação de cursos (formais e informais);

3) Assessoria para aprimoramento do projeto político e pedagógico dos Cursos do Departamento;

IV) Pesquisas;

V) Trabalhos em parceria com outras instituições;

VI) Intercâmbio e troca de experiências;

VII) Participação em programas financiados por órgãos governamentais.

Através dessa categorização, tornou-se possível visualizar o conjunto das práticas e distingui-las em grandes áreas de atuação, as quais são capazes, em seu conjunto, de representar o Departamento no período investigado. É possível, contudo, que existam práticas desenvolvidas pelo Departamento que não se adequam a nenhuma dessas sete categorias.

Isso se deve, em parte, ao fato da qualidade das fontes primárias da pesquisa ser bastante heterogênea, principalmente os Relatórios Anuais do Departamento - principal fonte de informação sobre as práticas realizadas. Dentre os doze Relatórios consultados, alguns são bastante completos e bem organizados; outros contêm pouquíssimas informações. Alguns são minuciosos e detalhistas, outros são sintéticos com informações bastante objetivas.

Tendo em vista esse estado da qualidade das informações, o trabalho de reordenação das práticas tornou-se bastante difícil, e só não foi mais complicado, devido a minha participação direta em grande parte desses doze anos investigados. Assim, usufruindo da qualidade de sujeito privilegiado do processo, pude utilizar-me de minha própria memória, o que me auxiliou, e muito, na organização do material e das próprias informações.

2.1.2 Segundo Nível de Sistematização: categorização das práticas

O segundo nível de sistematização constitui-se no estabelecimento de relação entre determinados processos, tempos históricos e sujeitos políticos. Nesse momento, se fundem e se cruzam o conjunto dos conhecimentos já produzidos com os

referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa. Dessa forma, demonstra-se também como um momento de produção de sínteses, de descoberta e, mesmo, de verificação de alguns pressupostos da investigação.

A partir desse momento, o universo da pesquisa, que já fora antes caótico ou semi-organizado, encontra-se agora ordenado em algumas categorias de análise. Isso significa, que do conjunto das informações existentes no arsenal empírico (fontes primárias e informações advindas dos informantes privilegiados), algumas delas foram descartadas - não se adequavam ao "olhar interessado" do Pesquisador - e algumas foram aproveitadas. É desse processo de escolha/descarte de informações, referenciadas em determinada abordagem teórico-metodológica, que se gera a produção de conhecimento propriamente dita.

Através da sistematização e do estudo do material empírico disponível sobre a inserção da UNIJUI no campo da saúde através da trajetória do DCSa, é possível perceber-se que as atividades/práticas mais importantes na história da conformação do DCSa dizem respeito (a) à política de execução de **Programas de Extensão**, desenvolvida com maior intensidade entre os anos de 1980 a 1986); (b) à política de **realização de eventos**, desenvolvida principalmente a partir de 1983, que busca a problematização de temáticas específicas da área da saúde, visando à produção e disseminação de conhecimentos e à aglutinação de forças políticas, principalmente através da discussão/interação com determinados sujeitos políticos interlocutores, e (c) à política de formação de recursos humanos, mais especificamente a **criação e a implementação de cursos** na área da saúde, práticas essas que passam a ser visualizadas a partir de 1989.

Esses três grupos de práticas aglutinam a extensa maioria das ações desenvolvidas pelo Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Ijuí no período

entre 1980 e 1991. Dessa forma, possuem, enquanto categorias de análise, a capacidade de caracterizar, configurar e constituir o Departamento enquanto um agente político e enquanto uma instituição.

Nesse estágio da Pesquisa, buscou-se também novas informações através do processo de entrevistas. Dessa forma, foi necessário encontrar um conjunto de informantes privilegiados do processo, com vistas a qualificar algumas informações já obtidas e, ao mesmo tempo, dimensionar as informações em uma outra perspectiva: a oralidade. A obtenção de informações a partir de um conjunto diverso de sujeitos sociais ofereceu, também, uma nova perspectiva: a pluralidade das vozes.

Com a produção de informações derivadas da memória de um conjunto plural de sujeitos, trouxemos para o interior da Pesquisa a diversidade de entendimento sobre o processo investigado e, dessa forma, aumentaram significativamente os recursos de análise, com a conseqüente diminuição de incursões ideológicas e subjetivas do sujeito pesquisante, que torna-se, nesse processo, também um informante.

A busca de informações via entrevista foi necessária, para registrar-se o posicionamento dos diversos sujeitos que interferiram no processo, assim como, também, para complementar-se os dados das fontes primárias, que em alguns casos possuíam informações bastante limitadas.

2.1.3 Terceiro Nível de sistematização: a periodização

O terceiro nível de sistematização do material empírico, foi resultante dos processos anteriores de análise, ou seja, da identificação do material e de sua categorização em três grandes grupos de práticas.

A produção de conhecimento, nesse terceiro nível, ocorreu a partir do gerenciamento do conjunto das informações na perspectiva de construir-se, na linha do tempo, certos períodos históricos, identificados pela ruptura e emergência de determinadas práticas. Assim, as informações antes dispersas e anarquicamente relacionadas ganham a unidade do tempo. É, pois, no decorrer dos anos, que se torna possível perceber determinadas tendências. Com as informações arranjadas sobre esse critério temporal, começaram a ser percebidas as práticas mais importantes, construindo-se situações objetivas de explicitação de perspectivas de futuro.

Com a sistematização cronológica, foi possível ordenar as informações em determinados períodos históricos representativos da inserção da UNIJUI na área da saúde. A periodização possibilitou perceber as práticas, os sujeitos e as demandas mais importantes do processo de constituição do Departamento de Ciências da Saúde.

Na construção de períodos de tempo, considerou-se a permanência ou a introdução de novos elementos nas práticas, ou mesmo a realização de novas práticas em função, principalmente, da incorporação de demandas de atores interlocutores, de disputas internas, de influências da conjuntura interna da Universidade, da conjuntura setorial e dos movimentos do conjunto da sociedade.

Os períodos de tempo construídos representam momentos singulares do processo, nos quais puderam ser percebidas determinadas rupturas da trajetória do DCSa, da mesma forma que foi observada também a emergência de novas práticas, o que significa uma nova possibilidade político-institucional para a inserção da UNIJUI na área da saúde.

A partir das informações obtidas ao longo dos doze anos em estudo, foi possível determinar quatro períodos históricos da trajetória do DCSa:

- primeiro período: entre 1980 e 1983;
- segundo período: entre 1984 e 1986;
- terceiro período: entre 1987 e 1989;
- quarto período: entre 1990 e 1991.

Quanto à metodologia da investigação, podemos afirmar, em síntese, que ela não deriva de estudos e delimitações prévias. É, sim, resultante do conjunto de fatores que integram a investigação, que incorpora a abordagem teórico-metodológica, a qualidade do objeto em estudo e a capacidade criativa do pesquisador, construída entre a apropriação de conhecimentos advindos das ciências formais e sua objetividade intrínseca e de sua subjetividade enquanto sujeito que participou, inclusive, de parte do processo ora em estudo.

A partir da explicitação das ferramentas de trabalho adotadas e da delimitação e descrição dos níveis de sistematização das fontes primárias, o trabalho de pesquisa se dividirá em dois momentos. Num deles, estudaremos as três grandes categorias de análise construídas no segundo nível de sistematização, ou seja, as políticas de extensão, de promoção de eventos e a de implantação de cursos novos. No outro, trataremos de investigar os quatro principais períodos da trajetória do DCSa. Contudo, antes de iniciarmos esses estudos, apresentaremos, a título de introdução, os antecedentes históricos da emergência da área da saúde na UNIJUI.

3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS: CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE NA UNIJUI

Para que possamos discutir e compreender a inserção da UNIJUI no campo da saúde, é necessário antes reconstruir-se o contexto sócio-político do período final da década de 70, quando se verifica a emergência da demanda por saúde. Na região de Ijuí, essa demanda vai ser uma das causas determinantes da estruturação da área da saúde na Universidade de Ijuí.

O estudo foi realizado a partir da inserção da Universidade de Ijuí - UNIJUI - e da Cooperativa Triticola Serrana Ltda - COTRIJUI - nesse contexto, ou seja, a abordagem foi realizada na perspectiva da ação dessas duas entidades, as quais vão demonstrar-se, além de aliadas políticas, instituições com grande poder e capacidade de articulação dos interesses regionais, e, em especial a partir de meados da década de 70, dos interesses dos médios e pequenos produtores rurais e moradores das periferias urbanas.

A realização desta análise pretende mostrar as raízes e as concepções genuínas que embasam a área da saúde da UNIJUI. A conclusão dos estudos dessa secção coincidirá com a fundação da Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI -, no caso da FIDENE, e com a saída do setor de prestação de serviços na área da saúde, no caso da COTRIJUI.

3.1 Antecedentes Históricos: contexto de emergência da implantação da área da saúde na UNIJUI

3.1.1 FIDENE e COTRIJUI: origens e filosofia

FIDENE e COTRIJUI são instituições que se destacam em Ijuí e também na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Suas histórias de lutas e compromissos com a região e com as camadas subalternas da sociedade confundem-se com a própria história da constituição desta região, que foi a última área do Estado a ser habitada⁽⁴³⁾.

A intervenção social e política realizada pela FIDENE (Fundação de Integração, Educação e Desenvolvimento do Noroeste do Estado) e pela COTRIJUI (Cooperativa Regional Triticola Serrana Ltda) se inicia em fins da década de 50, ou seja, ela faz parte da própria gênese das duas instituições que, coincidentemente, nasceram no ano de 1957⁽⁴⁴⁾.

A FIDENE tem suas raízes no trabalho realizado pela ordem dos Frades Menores Capuchinhos, que se instalaram em Ijuí no início do ano de 1949 (LAZZAROTTO, 1981: 42; MARQUES, 1984: 29). Já no início de 1951, os Capuchinhos fundam em Ijuí, um Curso Seminarístico de 2^o grau, dando início efetivo às suas atividades na área do ensino.

A partir de 1952, com a fundação da Paróquia de São Geraldo, os padres Capuchinhos passam a dedicar-se com mais afinco às atividades de ensino, passando a

⁽⁴³⁾ Para maiores detalhes, ver: PESAVENTO, 1980: 07/23; AZAMBUJA, 1991: 09; FISCHER, 1987: 23/24.

⁽⁴⁴⁾ Na verdade, a FAFI é criada em 1957 e a FIDENE, que passa a ser a instituição mantenedora e pessoa jurídica responsável pelo ensino superior em Ijuí, é criada em 1968. A UNIJUI, por outro lado, é oficialmente reconhecida em 1985.

lecionar também na Escola Normal Sagrado Coração de Jesus, na Escola⁽⁴⁵⁾ Normal “Assis Brasil”, da qual inclusive assumiram a Direção, e no Ginásio Soares de Barros, que ajudaram a fundar e dirigiram por alguns anos. Administraram, também, por mais de dez anos o Instituto de Menores de Ijuí (entre abril de 1955 e dezembro de 1966).

Nesse período inicial da década de 50, as atividades no Seminário São Geraldo prosseguiram em ritmo acelerado. Além dessas atividades do ensino seminarístico, os Capuchinhos

“Participavam ativamente da vida cultural e assistencial local, no Grêmio Ijuicense de Letras, na fundação e direção do Centro de Estudos Pedagógicos “Antônio Balbinho”, na fundação e assessoria à União dos Grêmios Estudantis de Ijuí (UGEI), na fundação e direção da Sociedade Ijuicense de Amparo aos Necessitados (SIAN).” (MARQUES, 1984: 29).

A ação dos Capuchinhos na vida da sociedade local era intensa e extensa. A idéia de criação de uma Faculdade de Filosofia, nesse contexto, não tardou a acontecer, pois os “Estudantes do Filosofado dos Capuchinhos, ainda por volta de 1946, levantaram a idéia de transformar o Filosofado em Faculdade.”(LAZZAROTTO, 1981: 82).

Por um longo período de quase dez anos, a idéia de criação do Ensino Superior em Ijuí ecoava no meio dos estudantes e padres capuchinhos, que tiveram sua reivindicação atendida no início de 1955.

A Faculdade de Filosofia que se intencionava criar teria, inicialmente, dois objetivos principais: em primeiro lugar, validar os estudos seminarísticos realizados pelos alunos do Convento São Geraldo, e, em segundo lugar, assumir um caráter humanístico e de “catolização” das camadas médias ascendentes da população, no sentido de “... estender

⁽⁴⁵⁾ Essa Escola teve várias denominações: Escola de Capatazes Rurais Assis Brasil (1943); Instituto Municipal de Educação Rural “Assis Brasil” (1962); Escola Municipal de I e II Graus Assis Brasil; IMERAB e por fim IMEAB.

‘os benefícios influxos’ da filosofia franciscana ‘a formação das elites intelectuais gaúchas’ (MARQUES, 1984: 32).

A partir desses pressupostos, o ensino superior na região noroeste do Rio Grande do Sul é implantado,

“... com a instalação solene, a 16 de março de 1956, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ijuí (FAFI), [que] significava a concretização de aspirações dos capuchinhos gaúchos e de reclamos das camadas médias da população local, em face do contexto em que, no país, os canais da ascensão social se deslocavam em direção à procura de graus escolares.” (MARQUES, 1984: 32).

Incorporando o “espírito franciscano” (MARQUES, 1984:36), a Faculdade de Filosofia passa a realizar uma série de ações que visavam ao envolvimento da comunidade loco-regional em atividades de ensino e extensão, com o sentido expreso de tornar a nova instituição um “... centro de irradiação de cultura, de humanização, de libertação do espírito para o domínio de si e da natureza, aliando, à formação especulativa, o convívio das realidades circundantes e o diálogo da fraternidade.” (MARQUES, 1984:35). Qualificar a pessoa humana e desenvolver seu potencial criador, servir à região e responder às necessidades da realidade regional são objetivos expressos da nova Faculdade.

O caráter humanista das atividades executadas extrapolaram, contudo, a ação estritamente acadêmica e passaram a caracterizar-se, também, como ação política. Esta toma corpo com o evento do Movimento Comunitário de Base - MCB⁽⁴⁶⁾ - o qual

⁽⁴⁶⁾ O Movimento Comunitário de Base tem, no mínimo uma ação contraditória. Emergente de setores progressistas da Igreja Católica, segundo LAZZAROTTO (1981: 88/102), em função das ameaças sofridas à sua influência, a Ação Católica Brasileira, pólo ideológico do MCB, formula novas estratégias de intervenção social, na busca de solidificar a sua presença na vida brasileira, aliando-se às principais lutas das camadas sociais mais desprotegidas. Todavia busca igualmente, em sua ação, a neutralização e a oposição direta aos movimentos políticos e sociais de origem socialista. Assim, no RS é criada a Frente Agrária Gaúcha - FAG - para se opor ao MASTER - Movimento dos Agricultores Sem Terra, liderado por Leonel Brizola; no Nordeste a Igreja Católica funda inúmeros sindicatos em oposição à ação de Francisco Julião e Miguel Arraes.

Em Ijuí a ação do Movimento Comunitário de Base, fundado em assembléia comunitária em 22/08/61 (LAZZAROTTO, 1981: 95), não terá uma atuação diferente, e a ação de grupos de esquerda, principalmente ligados aos partidos comunistas, será pouco tolerada, sendo, inclusive, alguns elementos afastados da FIDENE, em função de episódios de conflitos político-ideológicos.

passa a mobilizar e organizar comunidades interioranas da região e comunidades periféricas do município de Ijuí.

Na região de Ijuí, a ação da FAFI frutifica com rapidez. A expansão das atividades de ensino superior e as ações desenvolvidas em vários municípios da região indicavam a necessidade de construir uma instituição, que pudesse levar adiante as idéias iniciais levantadas pelos capuchinhos.

Todo o trabalho estava direcionado para o Desenvolvimento de Comunidades de Base, mas a ação no nível municipal mostrava-se ineficiente diante da magnitude dos problemas derivados e condicionados por ordem mais global. A partir desse diagnóstico, que atingia em torno de 33 municípios (MARQUES, 1984: 111), nasce a idéia da criação “... de um organismo regional de integração para o desenvolvimento através da educação...” (MARQUES, 1984: 111).

Essa idéia foi levada à quase totalidade dos municípios da região, e, já em setembro de 1968, a Diretoria Provisória convoca a Assembléia Geral de Constituição e Fundação da FIDENE - Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado. O pacto regional firmado assegurava que os municípios “... contribuiriam com dotações anuais de 2% de suas respectivas receitas, e a Sociedade Literária São Boaventura (...) doaria o patrimônio da FAFI.” (MARQUES, 1984: 112).

A criação da FIDENE constituiu-se na concretização de uma visão política e estratégica bastante acertada por parte dos padres capuchinhos. De certa forma, a Ordem Capuchinha abre mão de “sua instituição de ensino superior”, para garantir a extensão da base territorial de ação da FAFI, que, sob o rótulo de uma faculdade católica, encontraria resistências para implantar um projeto de caráter regional e desenvolvimentista. Por outro lado, as responsabilidades financeiras da manutenção do ensino superior e a exigência

cada vez maior de capacitação técnica do corpo docente para as atividades “educativas” estavam exigindo recursos que os frades não dispunham.

Mas a criação da FIDENE, e a conseqüente abdicação do patrimônio para uma organização civil, não significou a retirada dos capuchinhos das atividades de docência e da própria condução político-pedagógica da nova instituição. Ao contrário, o “consórcio regional”, articulado pelos dirigentes da antiga FAFI, vai possibilitar, isto sim, a expansão das atividades e aspirações “catolizantes” dos capuchinhos.

Criada a Fundação, em novembro de 1968, foi constituída a primeira diretoria e coube a um frei capuchinho a presidência, a qual durou um triênio. O primeiro mandatário, que fora um dos principais idealizadores da antiga FAFI, o responsável pela elaboração do processo de sua criação, Diretor da Faculdade no início dos anos 60, é agora o primeiro presidente da FIDENE (LAZZAROTTO, 1981: 82 e 106/7).

A criação da FIDENE, por outra parte, implicou em uma reorganização administrativa do ensino superior. Foram criados os Centros de Estudos e Pesquisas, que tornavam a vida acadêmica bastante interligada ao cotidiano extramuros. Nos cursos oferecidos à comunidade, nasciam e se potencializavam demandas, as quais concretizavam-se em ações práticas.

No início da década de 60, a partir do trabalho com comunidades interioranas e da periferia urbana, já haviam se constituído 76 núcleos rurais, várias associações de amigos de bairro, o Conselho de Amigos de Bairros de Ijuí (CBI) e alguns sindicatos. Mantinha-se em uma emissora de rádio local, um programa radiofônico e um suplemento especial no jornal da cidade; faziam-se campanhas de esclarecimento sobre cooperativismo; promovia-se a alfabetização de adultos, enfim, a vida acadêmica estava

voltada diretamente aos interesses “comunitários”, efetivando a FIDENE como um “centro de irradiação de cultura” (LAZZAROTTO, 1981: 87).

Essa ação mobilizatória sobre as comunidades urbanas e rurais tem um efeito potencializador sobre a proposição político-pedagógica da FIDENE, trazendo para si uma série de demandas sociais, entre as quais, a reivindicação por melhores condições de saúde, entendida, desde o início, não apenas como assistência à saúde, mas sim como possibilidade de intervenção educativa, portanto, preventiva no campo da saúde.

A ação da FIDENE na área da saúde está diretamente relacionada à da COTRIJUI, com a qual mantinha relações de natureza técnica - através, principalmente, de trabalho de assessoria do Instituto de Educação Permanente - IEP - e político-ideológica, visto que atuavam no mesmo campo de lutas, identificando-se com o projeto das classes populares emergentes na região.

A COTRIJUI, por sua vez, nasce de proposta verticalizada apresentada pelo Estado brasileiro, a partir da qual as cooperativas passam a constituir-se em instrumentos da implementação de política agrícola, que tem como norte a modernização da agricultura, especificando novos papéis sociais e determinando a inclusão de novos agentes sociais, a partir de um novo modelo produtivo: as monoculturas regionais com a incorporação intensiva de tecnologia:

“À crise das condições de produção, armazenamento e comercialização, reagia a camada empresarial do trigo, organizando-se em cooperativas tritícolas. Com o lançamento pelo governo federal do ‘Plano de Expansão Econômica da Triticultura Nacional’ e a criação da ‘Comissão de Organização Cooperativa dos Produtores’, em 1957, foram fundadas, só naquele ano, 20 cooperativas tritícolas no Rio Grande do Sul, entre as quais vai ocupar posição de destaque (...) a COTRIJUI, com sede em Ijuí.” (MARQUES, 1981: 25).

Nos primeiros anos de sua fundação, a COTRIJUI não se diferenciava de outras cooperativas criadas na mesma época, estando diretamente ligada aos interesses do

capital e dos grandes proprietários, neutralizando a ação de intermediários entre produtores e consumidores e realizando a intermediação na aquisição de insumos agrícolas. Mas essa situação vai se alterar, com a incorporação dos pequenos e médios produtores rurais:

“A COTRIJUI, na década seguinte, com a absorção dos pequenos e médios produtores rurais tradicionais, vai se transformar em motor da economia regional, uma das mais pujantes cooperativas brasileiras, desenvolvendo uma infraestrutura de armazenagem, escoamento, comercialização, industrialização e assistência técnica, secção de bens de consumo e oferecimento de serviços educacionais e de saúde.” (MARQUES, 1981: 25).

Por outro lado, o trabalho desenvolvido pela FIDENE junto à zona rural do município, criou uma série de núcleos rurais, os quais organizavam e politizavam os agricultores, constituindo-se em instrumento de lutas e reivindicações. Esse trabalho de organização social dota seus participantes com metodologia participativa, levando-os a construir respostas aos seus problemas.

“Ele dá também um novo impulso à cooperativa, no sentido de que a Cooperativa, que era antes uma Cooperativa de granjeiros, que pedia a participação dos pequenos, porque sabiam que sozinhos não teriam muita força, mas com os pequenos teriam grande força. Os pequenos relutantes e com esse trabalho se convencem da importância da cooperativa, desde que fosse orientada por eles e não a eles serem chamados a se agregar aos grandes para resolver os problemas dos grandes.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 11).

Dessa forma, devido à forte influência do movimento comunitário regional liderado pela FIDENE, os agricultores de pequeno porte passam a ser incorporados à estrutura organizativa e de poder da Cooperativa. Os 76 núcleos da Frente Agrária tornam-se a base social da Cooperativa (LAZZAROTTO, 1981: 110).

Assim COTRIJUI e FIDENE passam a comungar concretamente de um mesmo ideário de trabalho social e político, articulando suas ações de forma a constituir uma frente uníssona na tarefa de desenvolver a região. Nesse momento, as duas instituições firmam convênio e passam a trabalhar formalmente integradas. Isso significa,

em primeiro lugar, o partilhamento de mesmos ideais políticos e filosóficos; em segundo lugar, a efetivação de cooperação técnica com a realização de trabalhos conjuntos.

O processo social de caráter reivindicatório por melhores condições de assistência à saúde, gerado na região de Ijuí em meados da década de 70, é um dos elementos determinantes da criação da área da saúde na Universidade de Ijuí. Essas reivindicações se concretizam em ações práticas quando o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ijuí - STR - elege como pauta de luta, além das exigências relacionadas à terra e da união da classe, a problemática da saúde:

“A união de classe se realizaria pelo enfrentamento dos outros dois problemas cruciais [questão da saúde e terra], dos quais se elegia para uma ação imediata o problema da saúde, agravado pela insuficiente prestação de serviços do FUNRURAL ... A partir daí, organizava-se, em cada sindicato, uma comissão de saúde, e uma comissão central dos sindicatos da área de ação da COTRIJUI, para coordenar estudos, debates e lutas...” (MARQUES, 1984: 198).

A crise da saúde se manifestava como decorrente de duas situações distintas: por um lado, os problemas de cobertura de assistência à saúde, promovida pelo FUNRURAL; por outro lado, a própria condição sócio-econômica dos pequenos agricultores, impedidos de buscar no mercado a satisfação de suas necessidades de saúde.

A partir de então, são realizados movimentos no sentido de conquistar melhores condições de assistência à saúde, principalmente para a população rural. Esse processo social emergente deriva também da “... introdução da tecnologia moderna, seja na agricultura, seja na indústria, que vai se processar em todo o Brasil, acentuando-se o processo na década de 1950-1960 e continuando após...” (LAZZAROTTO, 1981: 27).

A partir do processo de modernização da agricultura a região Noroeste do Rio Grande do Sul, que tem sua economia estruturada basicamente sobre o setor primário, passa a sofrer profundas alterações no processo social, político, econômico e cultural. A

modernização da agricultura, com a introdução de novo modo de produção no campo, fez com que ocorresse

“... uma transformação muito grande no meio rural na época e empobrecimento de parte da população, uma diferenciação social de uma certa forma, com uma parte dos trabalhadores se modernizando (...) foi um período muito dinâmico; ele realmente fez com que os agricultores comessem a despontar como sujeitos de grande importância na região, porque o volume de produção que passou a ser comercializado na região se tornou imenso... Foi um momento de grande realização da agricultura.” (Entrevista 1, professor UNIJUI, p. 5/6).

Essas mudanças vão repercutir, também, no estado de saúde das populações, pois começavam a acontecer

“... problemas novos na área da saúde, problemas novos desse tipo de contaminação e problemas no nível da própria cabeça do produtor, que entrou numa nova lógica de produção, de vida. (...) mudança cultural muito grande, mudanças de valores, uma mudança de forma de vida e tudo mais.” (Entrevista 1, professor UNIJUI, p. 6).

O impacto dessa nova estrutura de vida e a consciência dos problemas que decorrem do novo modo de produção no meio rural vão fazer surgir, de forma bastante significativa, demandas por saúde.

“Então a saúde passa a ser uma demanda muito grande, passa a ter uma demanda muito grande os serviços de saúde, e como existiam os núcleos rurais do Sindicato e da Cooperativa (...) a discussão da problemática rural sempre priorizava a questão da saúde e também da comercialização.” (Entrevista 1, professor da UNIJUI, p. 6).

Nesse período, a FIDENE já trabalhava de forma articulada com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais - STR - e com a Cooperativa Triticola Serrana Ltda de Ijuí - a COTRIJUI -, através, principalmente, do Instituto de Educação Permanente - o IEP⁽⁴⁷⁾. A ação articulada dessas três instituições dinamizava a atuação política interinstitucional, com

⁽⁴⁷⁾ Sobre o assunto, ver MARQUES, M. O. Op. Cit. p. 115/9.

“... o Sindicato assumindo e conduzindo as lutas de caráter reivindicatório, o IEP preocupado com a condução pedagógica do trabalho e com o aprofundamento das questões econômicas e sociais na definição ideológica-política do movimento, e a COTRIJUI voltada para a assistência técnica e creditícia ...”

“Desta confluência de interesses, nascia o Convênio COTRIJUI/FIDENE, em maio de 1970, oficializando uma colaboração institucionalizada das duas organizações mais responsáveis pelas condições de transformação social da região, centralizadas no processo produtivo e no processo ideológico.” (MARQUES, 1984: 124/5).

Dessa forma, as reivindicações dos grupos sociais rurais e também urbanos ganhavam força e se materializavam na organização dos trabalhadores rurais nos Núcleos Rurais e dos grupos sociais urbanos nas Associações de Amigos dos Bairros.

Por trás desse trabalho todo situava-se o Movimento Comunitário de Base, “... um movimento de idéias e ações coordenadas tendo por alvo a emergência de grupos ativos na vida comunitária...” (MARQUES, 1984: 59), cuja sistemática era “... levar a população a diagnosticar seus problemas e a buscar soluções (...) Esse trabalho vai com essa idéia das pessoas se organizarem, levarem seus problemas na busca de soluções.” (Entrevista 2, professor da UNIJUI, p. 11).

É a partir das discussões nessas organizações emergentes do Movimento Comunitário de Base que a demanda por saúde aparece de forma explícita e sistemática:

“Entre os problemas que surgiam logo, um deles era o problema da saúde. As questões para os agricultores era que os médicos e hospitais eram quase inacessíveis, cobravam muito, e eles não tinham condições de buscar a solução de seus problemas de saúde.” (Entrevista 2, professor UNIJUI, p. 11).

“... o que movimentou bastante foi também a questão da saúde e também da Previdência Social (...) Os trabalhadores rurais não eram reconhecidos até como gente. E essas bandeiras, a questão agrária entrou nisso também, deram impulso à própria organização e mobilização dos agricultores nos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais.” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural, p. 14).

“... por volta de 75, 76 uma das grandes preocupações do produtor rural era assistência médico-hospitalar. Era o enfoque principal do meio rural. (...) Então, a partir desse momento ..., começou uma série de discussões pra buscar alternativas pra minimizar esse problema.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa, p. 121).

“Eu recordo que num Seminário em 76 as três principais questões levantadas nesse encontro de dois dias de lideranças, pela ordem era: organização dos produtores, saúde e união de classe. A partir daí, começou a se trabalhar muito a questão da saúde...” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa, p. 37).

A explicitação dessa demanda, que ocorria em função das precárias condições de assistência à saúde do trabalhador rural, e os problemas com a aposentadoria através da Previdência Social fizeram emergir uma forte reivindicação popular por melhores condições de assistência. As duas instituições que polarizavam e dinamizavam com sua ação político-pedagógica as discussões, a FIDENE e a COTRIJUI, eram pressionadas, em especial a última, a acatar essa demanda de forma direta e explícita, através da organização de serviços de saúde voltados aos interesses dos agricultores.

3.1.1.1 A ação da COTRIJUI na área da saúde

A COTRIJUI vai tomar, enquanto instituição representativa de um grande universo de produtores rurais, uma série de medidas no sentido de viabilizar a estruturação de serviços na área da saúde. Sua ação vai estabelecer-se em quatro estratégias, todas elas situadas em épocas diferentes, caracterizando e periodicizando a ação da Cooperativa na área da saúde.

A **primeira estratégia** se configura com a realização de convênio com instituições privadas. Nesse primeiro momento, a preocupação da Cooperativa se situa em apenas atender a demanda dos associados, sem contudo intervir no quadro da saúde de forma mais incisiva. Nesse sentido, as alternativas buscadas pela Cooperativa ocorriam mais

“... na parte curativa; por um bom tempo a Cooperativa desenvolvia algumas atividades, inicialmente com uma Empresa Seguradora prestando serviços a J. N. Goitacaz; depois mais adiante pela OSMIRA e em 76 se firmou o convênio com a UNIMED, hoje ainda detentora do convênio com o meio rural.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 21).

Contudo, as insatisfações dos associados tornavam-se cada vez maiores, pois os convênios estabelecidos com as entidades privadas, em especial a UNIMED, não cobriam a grande maioria de seus membros. Em vista disso,

“... se discutia também o nível do atendimento, o acesso do produtor, do trabalhador rural a esse convênio, que em função de seus altos custos, também não privilegiava muito aquele pessoal que tinha uma necessidade de assistência...” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 21).

“... imediatamente se começou a ver que ficava um pouco eletivo: aqueles que pagam... aquilo que ocorre hoje, e na verdade não resolvia o problema.” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa. p. 37).

Por outro lado, esses convênios acabavam produzindo impactos contraditórios na ação política das instituições e no próprio movimento social emergente. Se, por um lado, acirrou as insatisfações de um grande grupo de associados, por outro lado, o oferecimento de um convênio, em moldes da medicina liberal, acabou por criar um certo arrefecimento nas lutas por saúde pública de boa qualidade:

“... a UNIMED até certo ponto, amaciou certas contradições com esses convênios; ela criou uma diferenciação: na lógica, bom, quem tem recurso participa, pagam tem atendimento melhor, mas sob o ponto de vista da mobilização da luta, ela desmobilizou em parte; uma parcela teve seu problema aparentemente resolvido, mesmo que a preço de muito dinheiro.” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural. p. 19).

Contudo, a satisfação das necessidades de um pequeno grupo não amainou as reivindicações do conjunto dos agricultores, principalmente porque sua organização nos Núcleos Rurais tornava-se cada vez mais forte, e, em cada um desses Núcleos, formavam-se Comissões de Saúde, que passam a ser as instâncias responsáveis pela promoção das discussões sobre essa temática.

As dificuldades sentidas pelos associados e dirigentes da Cooperativa trouxeram à tona a necessidade de se propor alternativas para o atendimento das demandas da grande massa de associados. Isso implicava em articular um processo de intervenção na

área da saúde, de tal forma que os necessitados de assistência não ficassem enredados pelo jogo corporativista dos profissionais da saúde, pelos interesses de dirigentes das instituições hospitalares e pela quase inoperância, na área da saúde, do próprio poder público. Nesse momento, dá-se início à **segunda fase da intervenção da COTRIJUI na área da saúde**.

Através do Instituto de Educação Permanente da FIDENE - IEP -, as discussões nos Núcleos Rurais, agora também núcleos da Cooperativa, encaminhavam-se para a construção de um determinado consenso relativo à necessidade de promover trabalhos na área de saúde preventiva e comunitária.

Nos encontros e seminários de estudos que se realizam junto aos produtores rurais, chegava-se a um tríptico diagnóstico quanto à saúde: os serviços são inadequados; o sistema previdenciário é ineficiente ao homem do campo e a medicina tradicional está voltada especificamente para a cura, não se preocupando com a prevenção de doenças (MARQUES, 1984: 221).

Nesses encontros, produziu-se uma certa unanimidade em torno da questão, pois

“... chegava-se à conclusão de que não se resolveriam os problemas com a criação de mais um hospital, **mas dever-se-ia buscar soluções num projeto mais amplo de saúde preventiva e comunitária.**” (MARQUES, 1984: 221). - (Os grifos são nossos.)

Isso significava, por outro lado, que se fazia necessário reverter a expectativa da população, na medida em que esta reivindicava, quase que exclusivamente, mais médicos e assistência hospitalar, postura essa de acordo com a cultura brasileira, que relaciona, de forma direta, estado de saúde ao acesso aos profissionais médicos e à

assistência hospitalar⁽⁴⁸⁾. Esse trabalho de conscientização ficou a cargo dos pesquisadores ligados ao IEP e aos educadores da COTRIJUI.

“O trabalho de conscientização com a população estava justamente em fazer com que a população entendesse que teria condições de ser sujeito na relação com os profissionais da saúde. (...), outra coisa é que esse novo enfoque de saúde - que era a saúde comunitária - permitiria reduzir o volume de doenças...”. (Entrevista 1, professor da UNIJUI, p. 7).

Contudo, essa não era tarefa fácil, pois os sujeitos principais do processo, os agricultores, tinham necessidade de atendimento médico imediato, o que lhes impossibilitava, de certa forma, compreender na íntegra a proposta apresentada pela FIDENE e pela COTRIJUI⁽⁴⁹⁾.

“... a própria visão de saúde que nós tínhamos como agricultores, como sindicato, eu confesso assim que essa questão passou um pouco talvez despercebida. O problema instalado, a falta de atendimento médico-hospitalar era o que o agricultor conversava. (...) ... os agricultores queriam atendimento médico hospitalar, em cima da cura, e o pessoal levava a coisa pra mais longe um pouquinho: o importante não é só curar, o importante é não deixar a doença acontecer. Agora eu sinto que na maioria das cabeças dos agricultores não passou, provocou essa discussão, mas ficou ainda a questão da saúde a melhorar em cima da cura mesmo, e não em cima da prevenção.

(...)

“Agora a questão, eu acho assim, a questão da saúde comunitária não foi assimilada.” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural, p. 16/7 e 18).

Enquanto o trabalho de conscientização das bases prosseguia, Cooperativa e Universidade já haviam decidido que a alternativa era entrar na área da prevenção. A via de acesso para a estruturação de um projeto de Saúde Comunitária foi a experiência realizada pela Unidade Sanitária São José do Murialdo⁽⁵⁰⁾ de Porto Alegre. Essa

⁽⁴⁸⁾ A respeito da “demanda por serviços públicos de saúde” e da “consciência sanitária”, ver: CAMPOS, 1992: 204/211;

⁽⁴⁹⁾ BOLTANSKI diz em sua obra *As classes sociais e o corpo* que as classes populares têm dificuldade de adotar a medicina preventiva, pois ela exige “dos agentes sociais uma conduta racional frente a doença que, reinserida a título de eventualidade possível num plano de vida, pode ser dominada ou sobrepujada pela previsão a longo prazo” (BOLTANSKI, 1989: 166).

⁽⁵⁰⁾ A Unidade São José do Murialdo desenvolveu, a partir de meados da década de 70, uma experiência de saúde tendo por base teórico-metodológica as concepções do paradigma da saúde comunitária. Essa experiência tinha por referência uma área urbana periférica e se constituía de postos avançados instalados em pontos estratégicos da comunidade, nos quais trabalham equipes multiprofissionais. Havia também um posto central de referência, em que, inclusive, funcionavam as atividades acadêmicas, visto que um de seus objetivos era formar, através da residência médica, profissionais da saúde especialistas em medicina comunitária.

experiência de Saúde Comunitária⁽⁵¹⁾ era desenvolvida pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul - SSMA/RS - e tinha em seu comando dois ilustres médicos gaúchos. Um deles era cunhado de um de engenheiro civil ligado à COTRIJUI, e, por meio deste fizeram-se os contatos para conhecer-se a experiência do São José do Murialdo.

As tratativas evoluíram e, nesse processo, a COTRIJUI firma convênio com a Unidade Sanitária São José do Murialdo e passa a patrocinar sete bolsas de estudo para residentes médicos. Estes, após concluírem seu curso, viriam trabalhar em Ijuí no “Projeto de Saúde Comunitária”. Este é resultante de um amplo processo de discussões entre técnicos e população (BRASIL, 1989: 35) e tinha por objetivo

“... propiciar o retorno à população de certos hábitos de saúde, que promovessem a manutenção dos novos conhecimentos adquiridos e que possibilitassem assistência à saúde, através da própria população e de técnicos, a nível de cuidados primários, secundários e terciários. Com este projeto também pretendia-se atuar em toda a área com proposta de educação para saúde, para mudanças da assistência, com ênfase nas atividades para a manutenção da saúde. Para tanto, fazia-se necessária a participação da população.” (BRASIL, 1989: 36).

Além desses pressupostos, como a transmissão de conhecimentos, a organização da assistência à saúde no nível hierárquicos a educação para a saúde e a participação popular, o Projeto previa ainda

“... implantar um sistema de educação, o qual viria a estudar o comportamento da população em relação à saúde/doença e buscaria descrever este comportamento, o papel dos fatores sócio-culturais na etiologia dos problemas levantados pelos agricultores. Este sistema seria amplo e contínuo. Desenvolveriam reuniões, palestras nos núcleos, escolas, clubes e outros. Buscaria integração dos cursos de saúde locais com o projeto, especialmente no que concerne à adoção de novos comportamentos dos estudantes quanto ao processo saúde/doença.” (BRASIL, 1989: 36).

⁽⁵¹⁾ Sobre a proposta da Medicina Comunitária, ver DONNANGELO, 1979: 75/94. MACHADO, 1994, discute o conceito, origens, proposições e limites da “Abordagem comunitária em saúde”. Ver também MENDES, 1993: 26.

Nesse ínterim, foi promovida a vinda a Ijuí de profissionais ligados à experiência do Murialdo e de moradores que participavam do trabalho em Porto Alegre para discutirem com as comunidades de Ijuí a experiência. O mesmo foi realizado com líderes comunitários de Ijuí, que foram visitar a experiência na Capital. Contudo, os profissionais médicos de Ijuí “... se opunham terminantemente e diziam que se nós trouxéssemos esses tais médicos comunitários eles acabariam com eles, e eles tinham meios pra isso...” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 13).

Mesmo com a falta de apoio do poder médico local, a experiência de Saúde Comunitária tem início, mas termina de forma muito rápida, pois se

“... tinha um projeto pra época audacioso e que confrontava com o poder da classe médica, e confrontava radicalmente, tanto é que não foi implantado em função disso: os profissionais sentiram medo e recuaram.” (Entrevista 5, Dirigente de Cooperativa. p. 47).

Por outro lado, faltava ao Projeto um apoio decisivo das instituições proponentes e mesmo da população organizada. O recuo dos profissionais convidados para trabalhar em Ijuí foi motivado também a partir de

“... um questionamento (...) que era o apoio político firme da comunidade, porque nós éramos um pouco ingênuos na coisa, nós tínhamos uma percepção errada (...), nós sabíamos bem qual era o problema, como enfrentar, mas ficava basicamente só duas instituições que era a COTRIJUI e a FIDENE, e o Sindicato (...) ainda numa fase de conhecimento mais real da situação, e eles [os profissionais] perceberam isso, e acho que até certo ponto a percepção deles foi correta e hoje os fatos provam exatamente isso.” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa. p. 38).

A impossibilidade de implantar na íntegra a experiência da Saúde comunitária em Ijuí, se deveu, além do acima exposto, a vários outros motivos, mas parece ser consenso entre os sujeitos entrevistados e as fontes consultadas que a pressão da classe

médica de toda a região foi o fator de maior peso. Isso pode ser sintetizado na seguinte fala:

“... sempre houve uma pressão muito grande dos médicos da região (...) no sentido de impedir qualquer coisa, qualquer corpo estranho, qualquer coisa nova na região, tanto a nível de enfoque como a nível de pessoa, quer dizer, a concorrência, as pessoas novas que não fossem convidadas pelos hospitais da região e mesmo a idéia de um programa de saúde com um enfoque completamente diferente daquele, o enfoque da saúde vigente.” (Entrevista 1, Professor da UNIJUI. p. 7).

No decorrer desse tempo, o Convênio FUNRURAL/Hospital de Caridade de Ijuí, que fora rompido⁽⁵²⁾ pelo Hospital em função dos baixos recursos repassados para o atendimento dos trabalhadores rurais, já estava novamente reatado. Contudo, permanecia ainda o problema de cobranças e do não atendimento aos rurícolas. Isso significa que a pressão dos associados da COTRIJUI ainda era grande, e se exigia que ela apresentasse uma proposta para o solução do problema da falta de atendimento médico.

A Cooperativa promove ainda uma segunda tentativa para implantar em Ijuí a experiência da Unidade Sanitária São José do Murialdo e, para tanto, criou

“... um posto de atendimento médico... Tinha sido organizado toda a infraestrutura para o pleno funcionamento do projeto de saúde comunitária, inclusive com a contratação de dois médicos, entre outros profissionais. Porém, no dia dos médicos iniciarem o trabalho, desistiram. Este fato mais uma vez frustrou as expectativas dos agricultores.” (BRASIL, 1989: 44).

Nesse quadro todo, ficava muito claro para os dirigentes da COTRIJUI e da FIDENE o poder corporativo médico, determinando a divisão das forças sociais em dois grupos antagônicos e contraditórios. De um lado, uma grande massa de desassistidos, organizados em associações próprias, exercendo seu poder reivindicatório através dessas duas instituições identificadas com suas lutas e aspirações, principalmente a Cooperativa

⁽⁵²⁾ O Convênio FUNRURAL/Hospitais já era motivo de discussões desde o final da década de 70. O Hospital de Caridade de Ijuí rompeu o convênio com o FUNRURAL em abril de 1980.

que “... era o instrumento que visualizavam como possibilitador de ação conjunta entre os agricultores.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI, p. 11).

De outro lado, a categoria médica local e regional, também organizada em suas entidades, principalmente a AMRIGS, controlando a área da saúde em toda a sua extensão, desde os serviços públicos municipal, estadual e federal, até os serviços hospitalares, em sua grande maioria associações de caridade.

A situação de conflito entre esses grupos, que vai ser percebida em vários episódios posteriores na área de saúde de Ijuí, se estabelecia pela divergência político-ideológica, mas, de forma concreta, ocorria no plano econômico, pois o projeto alternativo intentava promover modificações na estrutura da área da saúde local. A partir da compreensão desse ponto, COTRIJUI e FIDENE, identificados com o pensamento de esquerda da época, gestam um modelo alternativo de intervenção na área da saúde.

Esse novo modelo pretendia retirar de cena o poder médico como o poder hegemônico na área da saúde, restituindo à população direitos sobre seu corpo e sobre o processo de discussão da saúde. Os profissionais, nessa proposta, seriam sujeitos de um processo de interlocução polifônico, o qual abarcaria dentro de si um conjunto de vontades políticas, sociais e econômicas, representativas da diversidade social.

A possibilidade desse projeto retiraria do grupo médico o controle sobre o processo da área da saúde de Ijuí, desalojaria núcleos antigos de poder e promoveria uma profunda transformação no processo de trabalho em saúde.

Contudo, essa proposta de articulação dos serviços, tendo por base o paradigma da medicina comunitária, apresentava grandes dificuldades de compreender, na intimidade, o processo de luta pelo poder. Os representantes do grupo médico de Ijuí participavam de todas as discussões de rearticulação do setor na cidade, e, quando suas

proposições eram derrotadas, exerciam seu poder corporativo, que se consubstancia em ameaças aos novos profissionais que vinham para Ijuí e no estabelecimento de dificuldades nos órgãos que dominavam, públicos e privados.

“Eu me recordo que uma vez se fez uma reunião com a participação dos médicos do Murialdo e os da UNIMED daqui, e deu uma discussão muito pesada, sobre o que era, sobre o que não era, e o que se ia ter. Eu acho que aí foi uma falha estratégica nossa; nós entregamos a estratégia da batalha pro inimigo - no sentido figurado.” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa, p. 38).

“Basicamente eles tinham duas táticas: uma era cooptar esses elementos, dinheiro compra tudo - ‘nós vamos comprá-los’ -, e se não conseguissem, eles desmoralizariam esses médicos frente à população ...”. (Entrevista 2, Professor da UNIJUI, p. 13).

O confronto fez com que a FIDENE e a COTRIJUI, percebendo as dificuldades, redimensionassem as proposições de intervenção na área da saúde. A partir disso, três estratégias integradas de ação foram estruturadas: primeiro, a formação de profissionais não médicos aqui na região; segundo, a implementação, mesmo que parcialmente, de trabalhos e ações de saúde comunitária junto à população rural; e, em terceiro lugar, a estruturação de serviços na área hospitalar.

A estratégia de intervenção interinstitucional na área da saúde nesse cenário político de conflito entre proposições, vai inaugurar a **terceira fase de intervenção da COTRIJUI na área da saúde**.

Quanto à primeira atividade- formação de profissionais -, coube à FIDENE a estruturação de cursos na área da saúde. Esses cursos, através de seus professores e alunos, iriam impulsionar as proposições até então gestadas nesse processo de discussão da saúde na região.

O estrangulamento do projeto da Saúde Comunitária pela pressão do setor médico organizado, fez emergir a necessidade de se encontrar outro profissional da área da

saúde, que tivesse identificação com as proposições apresentadas e que pudesse ter um mínimo de autonomia para a execução de trabalhos na área da saúde.

“Então chegamos à conclusão de que o caminho não era via médico. Tínhamos a convicção de que sem profissionais da saúde é impossível se fazer qualquer projeto, éramos todos leigos, não entendíamos nada disso; para que o projeto fosse adiante precisávamos de apoio de profissionais da área da saúde. Via médico não dava; aí fomos procurar outro tipo de profissional, e descobrimos o enfermeiro.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 13).

Mas a escolha do profissional enfermeiro estava embasada em algumas suposições apriorísticas:

“... a gente percebeu duas coisas: que essa pessoa central é o enfermeiro como profissional desqualificado pelo modelo médico (...) por um lado; por outro lado uma categoria profissional que não estava aceitando essa situação, estava buscando novas saídas, tinha algumas propostas, mas que não tinha como botá-las em prática.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 13).

“... e daí a grande pergunta era como levar à frente a saúde sem médico. (...) Qual seria o profissional que poderia fazer isso? É o outro profissional esmagado pelo médico, que foi o enfermeiro.” (Entrevista 8, Professor da UNIJUI. p. 7).

A partir dessas argumentações e da necessidade de ter-se profissionais que pudessem defender a proposição da saúde comunitária, nasce em 1980 a Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI. Ela foi o sustentáculo fundamental para a implantação dos serviços de saúde na área rural e para a criação da Casa de Saúde Bom Pastor de Ijuí.

A Escola foi criada, então, a partir desse movimento social e político, que aconteceu na região, e se definia política e pedagogicamente a partir da pretensão de trabalhar, partindo de estados de saúde e não de doença. O Curso de Enfermagem e Obstetrícia

“... foi criado a partir de várias tentativas de organização do setor de saúde através da COTRIJUI, de serviços de saúde, onde a COTRIJUI não teve condições de trazer os profissionais com o enfoque de saúde que se desejava, ou seja, a idéia de centrar o tratamento de saúde no sujeito, e não a partir da doença, mas desde o tempo em que o indivíduo está são para não contrair a doença. A idéia do saneamento, de trabalhar a questão de saneamento básico, até a questão do atendimento ao doente mesmo, e a idéia, também, do serviço em várias etapas, serviço primário... até se chegar ao hospital especializado.” (Entrevista 1, Professor da UNIJUI. p 6).

“Então a discussão que se tinha na época, a necessidade de se criar uma Escola de Enfermagem voltada pra essa realidade do meio, na tentativa de ter profissionais formados da região, comprometidos com essa realidade, com a proposta da saúde preventiva.” (Entrevista 5, Dirigente de Cooperativa. p. 47).

A Escola de Enfermagem de Ijuí nasce, dessa forma, a partir de uma ampla articulação interinstitucional e com forte apoio popular. Mas nasce também no contexto de conflito com a classe médica local, fato esse que vai repercutir e repetir-se em vários momentos importantes da trajetória da área de saúde da Universidade^(*).

Quanto à segunda parte da estratégia - criação de serviços para o atendimento dos trabalhadores rurais -, ela foi desenvolvida a partir da criação de Centros Rurais de Assistência à Saúde. A experiência mais exitosa aconteceu no município de Ajuricaba⁽⁵³⁾. Em Ijuí o trabalho foi desenvolvido junto à comunidade rural de Aracy Servis, no distrito de Rincão do Tigre^(*).

A experiência modelo que orientava a proposição do Projeto de Medicina Comunitária, no período anterior, era a desenvolvida em Porto Alegre no São José do Murialdo. Contudo, “... a experiência do São José do Murialdo [era em] uma área urbana, [o que] difere um pouco da realidade do meio rural.” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural. p. 18).

Em função dessa especificidade, a COTRIJUI vai buscar outro referencial. A experiência desenvolvida por sua co-irmã a COOPERALFA⁽⁵⁴⁾, de Chapecó, Santa Catarina, serviu de base para a implementação do serviço de assistência à saúde no meio rural de Ijuí.

(*) O desenvolvimento da área da saúde da Universidade de Ijuí será melhor discutido no tópico 3.1.1.2.

(53) Para maiores esclarecimentos, ver BRASIL, Gil /et al./, 1989.

(*) Distrito interiorano de Ijuí, situado a 20 quilômetros da cidade.

(54) A COOPERALFA de Chapecó, sul de Santa Catarina, havia nesse período implantado um projeto semelhante ao Projeto de Saúde Comunitária da COTRIJUI. Os profissionais que coordenavam esse trabalho também tinham passagem pela Unidade Sanitária São José do Murialdo.

Lideranças de comunidades rurais de Ijuí, potencialmente capazes de desenvolver trabalhos na área da saúde preventiva, foram convidadas a conhecer a experiência de Chapecó. A comunidade de Aracy Cervis ficou empolgada com a experiência, e sua vontade política determinou a estruturação de um serviço em Rincão do Tigre, no qual trabalhavam integrados COTRIJUI e FIDENE. Esse trabalho tem seu ponto alto com a inauguração, em maio de 1982, do Centro de Enfermagem de Aracy Cervis^(*) (RELATÓRIO do CCSa, 1982, s/p.). Por fim, o terceiro componente da estratégia integrada teve por fim a implantação de uma estrutura hospitalar pela Cooperativa em Ijuí.

No final dos anos 70, a crise da assistência médica aos agricultores rurais encontra seu ápice. O rompimento do convênio entre Hospital de Caridade e FUNRURAL, em 1980, é o fato decisivo para que a Cooperativa investisse na área hospitalar.

Soma-se ao rompimento desse Convênio duas outras situações que contribuíram para que a COTRIJUI entrasse na área hospitalar. Em primeiro lugar, a posição frente à problemática da assistência aos rurícolas tomada pelo Hospital de Caridade de Ijuí. Na época, o Hospital era controlado politicamente pelas mesmas forças que inviabilizaram a implantação do Projeto de Medicina Comunitária da COTRIJUI, constituindo-se, dessa forma, em uma instituição que não se integrava às lutas por melhores condições de assistência à saúde por parte dos agricultores, passando a ser, também, um foco de resistência às reivindicações sociais.

Em segundo lugar, a situação político-financeira da grande maioria dos hospitais da região, que passa nesse período por uma crise muito grande, ocasionando para a COTRIJUI a possibilidade de transferência de patrimônios e responsabilidade pelo serviço:

(*) O trabalho executado junto à comunidade de Aracy Cervis será melhor debatido quando discutirmos a Política de Extensão do Departamento de Ciências da Saúde.

“... o crescimento hospitalar acabou se dando em função dessa precariedade das associações hospitalares, aquelas associações que estão em maiores dificuldades acabaram recorrendo à COTRIJUI pra oferecer suas instalações.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 22).

Em função desse conjunto de situações, a COTRIJUI decide entrar na área hospitalar:

“E em função da dificuldade de acesso nos hospitais da região, houve uma oportunidade - em 74 se não me engano - o hospital que era mantido pelas freiras em Santo Augusto, entrou numa fase de dificuldades financeiras, e as freiras o colocaram à venda. Foi ali que a Cooperativa acabou entrando no ramo hospitalar...” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 22).

Em Ijuí, esse investimento vai ocorrer em 1980, mas a discussão sobre a intervenção nessa área foi bastante polêmica.

“Quando a COTRIJUI criou o Hospital o * me procurou e eu disse assim: ‘Foi um grande erro; não acredito nisso, e nós não vamos apostar nisso’. (...) O pessoal da saúde me procurou e eu disse pra eles o seguinte: (...) ‘Isso não vai ter continuidade, e se nós apostarmos nisso, nós vamos afundar juntos’.” (Entrevista 8, Professor da UNIJUI. p. 11)

A própria Direção da COTRIJUI não estava totalmente segura dos riscos que corria, investindo na prestação de serviço na área hospitalar. Mas a demanda dos agricultores por hospital estava muito forte, o que pressionava o corpo dirigente da Cooperativa a encontrar formas de resolver o problema. Nesse sentido, passa a ser realizadas uma série de discussões com as instituições interlocutoras, na tentativa de buscar-se apoio à decisão de implantar o Hospital e discutir suas possíveis implicações:

“... aí o * me chamou e disse: ‘Eu sou eleito para executar aquilo que os agricultores mandam, né? Então vamos ter que construir um hospital’. (...) Mas eu disse pro *. * é verdade que tu és eleito pra fazer aquilo que os agricultores querem, mas é também verdade que tu és um educador, então tu tens que perguntar para os agricultores, se é realmente isso que eles querem, se a melhor coisa é construir um hospital.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 12).

Devido à forte oposição do grupo médico contrário, a decisão da COTRIJUI de investir na área hospitalar foi tomada de uma forma bastante rápida. Em pequeno espaço de tempo, a Cooperativa adquiriu um prédio - um antigo hotel -, fez uma audiência com o Ministro da Previdência, que contribuiu com a doação de uma série de equipamentos, e instalou o hospital com a assessoria da Escola de Enfermagem de Ijuí, a qual gerenciou os Serviços de Enfermagem por mais de dois anos.

“Aí se voltou de lá [Brasília] e sem muita discussão com a base, porque o outro grupo que dominava a questão da saúde aqui em Ijuí, se ficasse sabendo disso, atrapalharia tudo. (...) foi uma decisão muito restrita, talvez teria que ter envolvido mais a comunidade nessa questão, mas se avaliou na época que não tinha outras alternativas de fato.” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural. p. 19).

A concepção que orientava o hospital era, contudo, diferente da tradicional. O investimento na área hospitalar não era apenas uma medida para amainar as fortes pressões dos agricultores. Era, na verdade, uma reavaliação do Projeto de Saúde Comunitária, pois o hospital era entendido

“... como um acessório ao projeto de medicina preventiva, até em função da realidade dos hospitais da região, que na maior parte estava nas mãos de técnicos, médicos especialmente, que dificilmente se contaria com essa estrutura, num eventual complementação do sistema preventivo.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 22).

Segundo a direção da COTRIJUI, o hospital tinha que ter uma proposta inovadora, pois

“... se não inovarmos em nada, não tem sentido esse hospital. Quem vai dar as grandes linhas são os associados. Nosso objetivo não é concorrer com o hospital existente [HCI]. Nosso objetivo é atender áreas básicas... Hospital de base é um conceito fundamental... a base seria os ambulatórios. A partir do ambulatório, o paciente iria para casa, baixaria no hospital ou seria encaminhado para atendimentos mais especializados”. (CCSa, Relatório Anual de 1981: s/p.; APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 27/9).

Nesse sentido, na própria denominação dessa nova estrutura, optou-se por não chamá-lo de hospital, mas sim de “Casa de Saúde”, uma vez que estaria integrado a uma estrutura assistencial organizada de forma hierárquica.

A possibilidade da COTRIJUI atuar na área de prestação de serviços de saúde ocorreu, também, a partir da assinatura entre IAPAS (Instituto de Arrecadação da Previdência Social) e FECOOTRIGO (Fundação Centro de Experimentação e Pesquisa), que permitiu à COTRIJUI reter 25% da arrecadação previdenciária dos produtores rurais - 2,5% sobre a comercialização, para aplicar em serviços próprios⁽⁵⁵⁾.

A escolha dos médicos para o novo hospital ficou a cargo dos antigos contatos, via Unidade Sanitária São José do Murialdo em Porto Alegre, os quais passaram a indicar profissionais que tinham experiência na área de Medicina Geral Comunitária, dando-se preferência aos da região de Ijuí.

Mesmo assim, com o passar dos anos, o controle dos agricultores e dirigentes da Cooperativa sobre o trabalho da Casa de Saúde Bom Pastor não ocorreu como se imaginava, pois, “... mais uma vez, não se conseguiu ter o controle sobre os profissionais e o espírito na época era um pouco assim: vamos buscar gente que se adapte...” (Entrevista 9, Dirigente Sindical Rural. p. 18).

A escolha rigorosa dos profissionais médicos, a partir de parâmetros como o seu comprometimento com a região e a formação diferenciada, se supunha como medidas suficientes para exercer o controle sobre o seu processo de trabalho e, conseqüentemente, de engajá-lo integralmente à proposição do trabalho, que se definia como inovadora. Imaginava-se, portanto, que essas medidas seriam suficientemente capazes de garantir a construção e a implementação de uma proposta na área da saúde diferente do que até então

⁽⁵⁵⁾ O projeto destinava esses recursos para serem aplicados junto ao quadro social: “... ficou decidido que os recursos provindos do convênio com o IAPAS seriam aplicados nos hospitais da Cooperativa, no trabalho de Comunicação e Educação e no Departamento Agro-Técnico”. (BRASIL, 1989: 48).

se fazia, “Quer dizer, se tinha essa imagem de que essas coisas funcionariam; na verdade, nada funciona assim!” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa. p. 39).

Mesmo envolta por essas contradições, a experiência da COTRIJUI na área hospitalar segue no caminho da sua ampliação:

“ Então nós tínhamos a oportunidade ... Coronel Barros^(*) ofereceu, o hospital de Coronel Bicaco^(*) nos tinha dado sinal verde pra pegar aquela estrutura lá, Jóia^(*) tava dando também, e na verdade estavam todos os nossos hospitais Ajuricaba^(*), Chiapetta^(*), Tenente Portela^(*) estava ainda com as freiras na época, Augusto Pestana^(*) estava com dificuldades. Em todos eles, de certo modo, havia pequenos movimentos pra consolidar essas doações.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 22).

Contudo, a ampliação da área hospitalar começou a sofrer críticas por parte de alguns grupos da própria COTRIJUI: “... o que forçou muito a situação foi a pressão de outros municípios que não tinham esse benefício, que não estavam a fim de dividir o déficit de uma atividade.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 25).

O conjunto dos associados contribuía para a manutenção desses, hospitais, mas apenas um número reduzido dispunha deles para atendimento médico-hospitalar. Isso ocorria porque os hospitais da COTRIJUI estavam situados em apenas algumas cidades, atendendo apenas a um grupo minoritário. A grande maioria dos associados ainda dependia dos hospitais privados, mas contribuía, mesmo que indiretamente, para a manutenção dos hospitais da Cooperativa. Dessa forma, começou a gerar-se um processo de discussão sobre os resultados e a efetividade da área hospitalar da Cooperativa.

Essa mesma crítica era feita por parte da Direção da Cooperativa, mais especificamente pelo Conselho de Administração, que via a máquina administrativa crescer cada vez mais, em detrimento da competitividade da empresa em sua vocação primeira: tornar o produtor rural produtivo e competitivo.

^(*) Cidades próximas de Ijuí, que compõem a região de ação da COTRIJUI, denominada Região Pioneira.

Nesse momento, tem início a **quarta e última estratégia da COTRIJUI na área da saúde**, ou seja, a sua não mais participação na área da saúde enquanto prestador de serviços.

Na verdade, isso coincide com o fim de um modelo de desenvolvimento adotado pela Cooperativa que se baseava na construção de megaestruturas. Em pouco mais de uma década, a COTRIJUI se tornara uma das maiores cooperativas da América Latina, estendendo sua área de ação na grande região de Ijuí, englobando a região Celeiro do Rio Grande do Sul, além de ter atividades de pecuária e frigorífica da região da fronteira com o Uruguai (Dom Pedrito), um porto marítimo para escoar a produção para o mercado internacional, área de ação no Mato Grosso, sem contar ainda uma enorme rede de silos e armazéns para estoque de safras e algumas agro-indústrias.

A ação da COTRIJUI se estendia ainda em 27 lojas e supermercados além, é claro, das organizações hospitalares. Dessa forma, a administração da Cooperativa sentia o peso da diversidade da atuação da COTRIJUI, e seu corpo diretivo decide redirecionar seus rumos.

“Foi exatamente naquela oportunidade que dentro da COTRIJUI se começou a discutir muito a diversificação: nós queremos na verdade ficar com o que? A necessidade do produtor optar por alguma coisa, e que também a COTRIJUI teria que se profissionalizar, nós vamos ficar com aquilo que é necessário.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 25).

A decisão de sair da área de prestação de serviços em saúde coube à nova Diretoria:

“... com a mudança da COTRIJUI, entrou o *, e a primeira coisa que ele fez foi determinar a retirada dos hospitais da Cooperativa e eu imediatamente comecei a organizar as associações filantrópicas, a começar por Santo Augusto, Ijuí... as primeiras sociedades a assumir o patrimônio dos hospitais e administrar.” (Entrevista 15, Dirigente de Cooperativa. p. 41).

Dessa forma, a atividade hospitalar, por ser uma área bastante sensível do ponto de vista financeiro e social, foi uma das primeiras ações da Cooperativa a ser colocada em discussão, e, dada essa especificidade, as decisões foram tomadas de forma bastante lenta, sem grandes choques para os associados:

“... a atividade hospitalar foi a primeira que entrou em uma discussão ampla, interna, e foi discutido e se avançou nessa linha. E então nós levamos de 88 até 91, numa fase bastante transitória, nós fomos levando, criando espaços para as coisas acontecerem.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 25).

Era certo também que os hospitais, concebidos como complementares ao sistema de saúde preventiva, tinham sérios problemas de manutenção financeira. Nesse sentido, antes da Cooperativa decidir definitivamente pela autosuficiência deles, a subsidiária Bom Pastor S.A., administradora da rede hospitalar, já havia sido incumbida de

“... que ela deveria procurar sua viabilidade, daí surgiram outros avanços: se entrou na linha de farmácias, como uma forma de arrecadação, e em cada um dos hospitais foram viabilizadas estruturas de farmácias externas, pra efetivamente gerar resultados...” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 23).

Dessa forma, os hospitais, sob o comando da COTRIJUI, vão gradativamente perdendo o objetivo inicial de serem uma estrutura diferenciada, comprometida com os interesses dos agricultores. Essa idéia, descrita por alguns como romântica, vai encontrar seu esgotamento com a transferência das estruturas hospitalares para Associações Beneficentes ou Hospitalares e mesmo para o poder público municipal.

A manutenção dos hospitais com esse grau de contradição, como por exemplo, a cobrança de taxas e serviços, acabava por afetar a própria legitimidade da Cooperativa, que já não mais encontrava razões para manter-se como prestadora de serviços de saúde, pois “... o pessoal começou a questionar qual é a razão da COTRIJUI

administrar hospitais, se ela não tem condições de dar atendimento para todo o quadro social.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 23).

Mas a saída da Cooperativa da área de prestação de serviços teve reflexos também no papel que cumpria no Sistema Municipal de Saúde. A COTRIJUI, representando os agricultores, sempre teve um papel importante dentro da Comissão Municipal de Saúde de Ijuí, ocupando, inclusive, o cargo de coordenação dessa Comissão em dois períodos de dois anos. Dadas essas modificações nas estratégias e na estrutura da Cooperativa, a posição atual de sua diretoria é de que a mesma não deve atuar como executor do processo:

“Nós devemos agir e interagir com as outras instituições pra que as estruturas públicas se organizem, se modernizem e prestem os serviços. (...) Foi essa mais ou menos a nossa visão, de que realmente o Poder Público assumisse esse trabalho e a COTRIJUI ficaria com a articulação, pra fazer a interação entre as demais entidades pra pressionar, pra isso acontecer.” (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 29).

A estratégia da Cooperativa de sair da atividade hospitalar encerra uma utopia de mais de 15 anos, quando a Cooperativa e a FIDENE, com apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, decidem investir na área da saúde, com a pretensão de alterar significativamente o campo político e o poder na área da saúde de Ijuí e da Região de sua influência.

3.1.1.2 A ação da UNIJUI na área da saúde

A atuação da Universidade de Ijuí na área da saúde tem seu início e é decorrente das atividades desenvolvidas pelo Instituto de Educação Permanente - IEP - junto aos Núcleos Rurais.

A emergência do problema da saúde, que se consubstanciava na falta de assistência médica e nos problemas para a aposentadoria do homem do campo, trazia para dentro da FIDENE uma nova possibilidade de intervenção: a área saúde. Nesse sentido, educadores ligados ao Instituto de Pesquisas e Planejamento⁽⁵⁶⁾ - IPP - realizaram os dois primeiros trabalhos de pesquisa sobre saúde na Universidade.

O primeiro deles - "Diagnóstico das condições de saúde na região polarizada por Ijuí" (FALCKEMBACH, 1975) - realiza um estudo sobre as condições sanitárias da região, dando-se ênfase a aspectos médico-hospitalares. Através da descrição (enumeração) dos serviços médicos existentes e de sua relação com a demanda potencial por serviços (tendo por base o número absoluto de habitantes), o trabalho identifica pontos de estrangulamento no sistema loco-regional de saúde, principalmente em relação à oferta e à procura de serviços. A partir de então, passa a descrever a situação dos serviços existentes e a estabelecer relações com as necessidades da população.

Do ponto de vista teórico-metodológico, esse estudo se apóia em conceitos histórico-materialistas. Isso pode ser observado, principalmente, na relação de condicionamento estabelecida entre organização dos serviços e estrutura social, na utilização da categoria produção de bens materiais, na análise da produção de serviços e sua relação com a produção de bens e no estabelecimento de relações entre o desenvolvimento sócio-econômico e a situação dos serviços médicos sanitários.

O estudo descreve as características da região de Ijuí sob os aspectos da produção e circulação de riquezas, da distribuição de serviços e da demografia, em que destaca o aumento da população infantil e de jovens e o número absoluto de idosos, o que reclamaria por uma ação na área da saúde preventiva.

⁽⁵⁶⁾ O Instituto de Pesquisas e Planejamento foi criado em 1971 como resultado do agrupamento de dois dos quatro Institutos criados com a fundação da FIDENE, O Instituto de Estudos e Pesquisas Aplicadas e o Instituto de Planejamento e Administração Aplicada.

Quanto às atividades produtivas, destaca a estrutura fundiária, marcadamente minifundiária, e o processo de modernização da agricultura e seu impacto no aumento da demanda de serviços, quer pela mudança de hábitos que provoca na população, quer pelo aumento do poder aquisitivo, o que exigiria um consumo diferenciado, mais sofisticado.

Quanto ao diagnóstico da assistência à saúde na região, o trabalho enumera os serviços de saúde existentes, limitando-se à sua descrição, visto que não realiza qualquer tipo de inferência analítica sobre o problema. A partir dessa descrição, verifica a relação entre a capacidade instalada e a demanda por serviços a partir de critérios quantitativos recomendados pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

O conceito de demanda se constitui no termo chave do estudo. Demanda significa a potencialidade de uso de determinados serviços de saúde, ou a relação entre a oferta e a procura, especialmente para os serviços hospitalares. O estudo diferencia demanda hospitalar ideal de demanda hospitalar potencial, chegando à conclusão de que existe uma demanda condicionada, ou seja, que a demanda é regulada em função dos serviços oferecidos. Dessa forma, a população da região é mal assistida em termos de quantidade de serviços de saúde.

Entre os indicadores mais sensíveis que são mencionados, destacam-se a Mortalidade Geral e Infantil⁽⁵⁷⁾, a média de permanência nos hospitais, o número de habitantes por leito e recursos humanos nos hospitais, estratificados por categoria. No final do estudo, conclui-se que existe uma demanda potencial por serviços de saúde bastante grande. A capacidade hospitalar instalada poderia crescer em até 131% (leitos) e o número de médicos poderia aumentar em até 144%.

⁽⁵⁷⁾ Em Ijuí, na época, a Mortalidade Infantil era de 52,63/1.000 nascidos vivos, enquanto a média regional ficava em 22,57/1000 nascidos vivos.

A segunda pesquisa foi elaborada no ano seguinte, em 1976. Denominada “Saúde Integral” (GOMES, 1976), foi também editada pelo Instituto de Pesquisas e Planejamento - IPP -, mas contou com a assessoria de um profissional médico, na época parceiro da FIDENE, para a realização das discussões sobre saúde comunitária.

Esse documento pode ser considerado como o primeiro plano/programa de saúde comunitária, de medicina preventiva da região, pois compõe-se como uma proposição teórico-metodológica que visa a

“... buscar uma redefinição das instituições e dos conceitos de saúde em seus aspectos primários, secundários e terciários e como condição de bem-estar psíquico, físico e social, mediante trabalho conjunto entre as comunidades e as equipes de saúde, compostas de pessoal especializado que daria fundamentação a uma futura Escola de Enfermagem.” (MARQUES, 1984: 191).

O estudo se define como um Plano de Saúde Comunitária, o qual, se implementado, pretende servir de infra-estrutura para o funcionamento da Escola de Enfermagem de Ijuí. A experiência modelo que serviu de “inspiração” a esse plano foi o trabalho desenvolvido pela Unidade Sanitária São José do Murialdo de Porto Alegre.

A proposta objetiva, também, constituir-se em um laboratório de ensino e de experimentação, bem como servir de base para o redimensionamento da orientação da assistência à saúde, através da estruturação do Centro Médico-Social e de Postos Avançados, instalados na área rural e um no meio urbano.

A justificativa do Projeto Saúde Integral baseia-se em alguns pressupostos. Em primeiro lugar, os serviços na área de saúde pública são classificados como insuficientes e inadequados às necessidades da população, apresentando uma incapacidade crescente de atender às prioridades básicas. A falta de serviços e a qualidade da assistência oferecida à população faziam com que o modelo médico existente não produzisse impactos sobre a qualidade de vida:

“A escassa cobertura, seja pela sobrecarga devido ao excesso de demanda, com a conseqüente baixa de qualidade do serviço prestado e quase nenhuma condição de avaliar os efeitos desses serviços na melhoria das condições de saúde dessa população.” (GOMES, 1976: 3).

Em segundo lugar, a apresentação de uma proposta na área da saúde se justificava em função do processo de transformação sócio-econômica, pelo qual passava a região. A intensificação/incorporação de tecnologia e de capital na atividade primária fez com que ocorresse, entre outros, o despovoamento do campo⁽⁵⁸⁾, determinando um crescimento desordenado das cidades. O homem do campo, passando a viver na cidade e desprovido de qualquer qualificação para o trabalho, estaria condenado a permanecer à margem do processo produtivo e entraria num “círculo vicioso de doença”. Dessa forma, a estruturação de serviços de saúde sensíveis com essa problemática aumentaria o nível de eficácia das ações sanitárias e, conseqüentemente, de legitimidade social.

Uma terceira justificativa é referente à criação da Escola de Enfermagem pela FIDENE. O projeto “Saúde Integral” tinha a pretensão de reorganizar o sistema municipal de saúde ou, pelo menos, parte dele, através da constituição de serviços de referência, os quais passariam a ser campo de estágios para os alunos da Escola. De certa forma, essa proposição julga os serviços existentes como inaptos para a formação de recursos humanos em saúde.

Do ponto de vista dos objetivos, podemos citar, entre outros, a prestação de assistência às necessidades primárias, secundárias e terciárias, a partir de atendimento global e unificado dos problemas de saúde; a promoção da participação da população; a utilização de novos tipos de pessoal; a promoção do desenvolvimento da comunidade

⁽⁵⁸⁾ Nesse sentido, o texto apresenta dados relativos ao percentual da população que vivia no campo e na cidade. A partir da década de 60, observa-se fluxo migratório em direção à cidade, fazendo com que já na década de 70 a população urbana se tornasse maior que a população rural.

através do planejamento em saúde e a organização de um sistema de ensino na área da saúde.

A proposta pretende, também, reestruturar o atual sistema de saúde, a partir do planejamento de suas atividades, considerando as prioridades da população, promovendo a descentralização do atendimento, a estruturação de esquemas de prevenção e a integração com o Curso de Enfermagem.

O referencial dessa estruturação baseia-se em um diagnóstico dos serviços existentes, classificando-os como não integrados e concentrados na área central da cidade, executando exclusivamente práticas curativas, com pessoal que desconhece a realidade da população, principalmente porque não realiza qualquer tipo de investigação na área da saúde.

A partir desse diagnóstico e considerando os pressupostos acima descritos, se estrutura a proposta propriamente dita, que pode ser resumida da seguinte forma:

- criação de unidades de trabalho: postos avançados, centro médico-social, unidades móveis. Esses serviços seriam dotados de sistema de controle, através de prontuários de família e seriam operacionalizados por equipes multidisciplinares e voluntários das comunidades;
- planejamento e implementação de práticas de saúde: consulta padrão, atendimento de urgência (30%); atividades educativas, como treinamentos, visitas domiciliares, educação em sala de espera etc;
- metodologia de trabalho: realização de ações básicas de saúde; participação da comunidade; capacitação de membros da comunidade; setorização geográfica; equipes de trabalhos com papéis definidos para cada um de seus membros; realização de estudos e

pesquisas; reuniões sistemáticas das equipes; modificação dos serviços especializados, de forma a evitar o atendimento direto dos pacientes.

A análise desse trabalho nos revela, em primeiro lugar, uma ausência absoluta do sujeito proponente. O projeto não explicita quem propõe essas ações, para quem se propõem, quem coordenaria esse trabalho, que parceiros e aliados se teria e como eles se integrariam na proposta. Ou seja, existe uma absoluta falta de análise das relações de poder existentes na área da saúde no contexto em que a proposta foi criada. Sua apresentação sem a devida consideração de condições de exequibilidade política, institucional e ideológica, pode ter ocorrido em função de que a mesma se constituísse apenas em uma proposição genérica, em um parâmetro norteador, sem a pretensão de ser, necessariamente, um projeto factível, portanto com capacidade política de ser implementado. Constituiria-se, dessa forma, basicamente em um referencial teórico-metodológico que subsidiaria as discussões e proposições futuras da área da saúde da FIDENE.

Pode-se observar, por outro lado, que se trata, também, de um exercício reflexivo realizado por um profissional da área da saúde, que tivera passagem pela experiência de Medicina Comunitária desenvolvida na Unidade Sanitária São José do Murialdo de Porto Alegre.

Mesmo assim, a proposição representa, para aquele momento histórico (meados da década de 70) da região, um avanço muito grande, pois, até então, reinava hegemonicamente o entendimento de que saúde é sinônimo de médico, de consultório, remédios e hospitais. Formular uma proposta embasada no paradigma da Saúde Comunitária foi, sem dúvida, optar-se por entrar em rota de colisão com os interesses dos grupos estabelecidos. “Saúde Integral” sintetiza, e de certa forma torna públicas, as

aspirações e intenções do grupo ligado à Universidade que tem por tarefa discutir a problemática da saúde.

A partir desses dois estudos, de diagnóstico das condições e de formulação de proposta de ação para a área da saúde, a Universidade começa a qualificar-se e a instrumentalizar-se de forma concreta para intervir na área da saúde.

Contudo, as primeiras iniciativas de criação de cursos na área da saúde ocorrem antes mesmo da emergência da problemática da saúde, através das reivindicações dos produtores rurais. A FIDENE já em 1974 formaliza a primeira tentativa de criação de uma Faculdade de Enfermagem, que, por problemas conjunturais de ordem legal, não foram adiante (MARQUES, 1984: 222).

Passados dois anos dessa primeira tentativa, a FIDENE encaminha ao Conselho Federal de Educação

“... o processo de autorização de sua Escola de Enfermagem em que enfatizava: ‘O curso de enfermagem que pretende a FIDENE implantar visa buscar respostas aos desafios da saúde pública na região. Trata-se não apenas de formar profissionais para as atividades clássicas da rotina hospitalar ou ambulatorial. Além da modernização e aperfeiçoamento constante dos procedimentos nesse setor, há toda uma gama de outras atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem, atividades fundamentalmente preventivas’.” (MARQUES, 1984: 222).

Nesse momento, final da década de 70, crescia enormemente a insatisfação da população, principalmente rural, frente à ineficiência da assistência médica e da Previdência Social. As famílias de maior renda associam-se à UNIMED, mas a grande maioria ficava sem assistência, visto que a cobertura oferecida pelo FUNRURAL era insuficiente e inadequada, sendo os trabalhadores rurais discriminados e rejeitados nos hospitais. Por outro lado, os núcleos rurais e suas comissões de saúde prosseguiram em suas discussões. A FIDENE, por sua vez,

“Sensibilizada por essas lutas e alertada pelos estudos que desenvolvera sobre o agravamento dos problemas de saúde da população, (...) percebeu que deveria incluir a área da *saúde pública* entre suas prioridades.” (MARQUES, 1984: 222).
- (Os grifos são nossos.)

Em 1978 o processo de autorização de criação do Curso de Enfermagem teve novamente andamento, e isso implicou na implantação da Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI - dois anos depois. Em 12 de março de 1980 (BRASIL, 1989: 41), ano da criação da Escola de Enfermagem de Ijuí, o movimento dos núcleos rurais eclode em um grande protesto contra as políticas de saúde e previdenciária. Esse movimento, preparado pelo STR de Ijuí, e assessorado pelo IEP, ocorreu em função

“... das más condições de atendimento médico e hospitalar propiciadas pelo FUNRURAL [o que] resultou em concentração e passeata de 7.000 agricultores e dependentes reunidos em gigantesca assembléia para a entrega a representantes do Ministério da Previdência de um memorial com as reivindicações elaboradas em meses de discussões e debates junto aos grupos de base.” (MARQUES, 1984: 216).

Nesse momento histórico de relevo para a luta por melhores condições de saúde, ocorrem as aulas inaugurais da Escola de Enfermagem de Ijuí. A primeira aula de sociologia ocorre em meio a esse movimento político, quando os alunos do Curso são convidados a participar da Assembléia, que se realizava no prédio ao lado da EEI/FIDENE:

“... fui o primeiro professor de sociologia da primeira turma e dei a primeira aula no Curso de Enfermagem (...), mas eu cheguei na aula e disse: ‘Gente não podemos tá dando uma aula de sociologia aqui no terceiro andar, sobre saúde, quando está acontecendo um fato fundamental lá no pátio’, que era uma reunião regional pra discutir a questão da Previdência e do INPS. Tinha oito mil agricultores ali. Então eu disse, vocês peguem os cadernos de vocês desçam lá e vão conversar com os agricultores e anotem o que eles dizem, ouçam os discursos, anotem tudo. Na próxima aula, nós discutiremos.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI p. 15).

Isso demonstra claramente que havia um momento de efervescência política em torno das questões de saúde:

“... com essa discussão, todos os sindicatos, a FETAG inteira estava envolvida nessa luta, então era um momento político importante na luta pela saúde, e o Curso de Enfermagem nasce dentro desse contexto.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 15).

A estruturação da área da saúde na UNIJUI, através do Curso de Enfermagem, ocorre, dessa forma, integrada não apenas com as aspirações da população, que reivindicava melhores condições de assistência à saúde, mas principalmente com a Universidade, ou seja, constitui-se no desdobramento de uma proposição do conjunto da Universidade.

“O nosso Curso de Enfermagem, também por isso ele é original, a grande originalidade dele é isso, ele se inscreveu, se inseriu em toda uma dinâmica universitária, sempre foi um elemento da Universidade, na sua área específica, mas com mesma filosofia, um desdobramento natural da atuação da Universidade, uma exigência imposta pelo meio da Universidade.” (Entrevista 2, Professor da UNIJUI. p. 18).

Com essa reconstrução histórica da área da saúde na UNIJUI, quisemos mostrar que o Curso de Enfermagem e, conseqüentemente, o Curso de Nutrição e o próprio Departamento de Ciências da Saúde como um todo, são herdeiros políticos da luta pela conquista por melhores condições de saúde pela população e, nesse sentido, o DCSa dá continuidade ao processo de integração com essas forças sociais e implanta uma Política de Extensão, a qual vai caracterizar predominantemente o Departamento em seus primeiros anos de existência.

4 POLÍTICAS DE EXTENSÃO, PROMOÇÃO DE EVENTOS E DE CRIAÇÃO DE NOVOS CURSOS

A partir de agora, passaremos a discutir as práticas mais importantes visualizadas na trajetória do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI, que são **as políticas de extensão, de promoção de eventos e de implementação de novos cursos.**

Antes de discutirmos a política de extensão do DCSa e os principais projetos implementados nesses doze anos investigados, é importante que conheçamos, mesmo que superficialmente, a política de extensão da Universidade, norteadora das ações de extensão do Departamento.

4.1 Políticas de Extensão na Universidade de Ijuí

A Universidade de Ijuí desenvolve práticas de extensão desde os seus primórdios. Inicialmente têm o objetivo estrito de difundir cultura à população local-regional. A irradiação cultural naquela época se operacionalizava quase que exclusivamente por meio de Cursos de Extensão e de Cursos Populares⁽⁵⁹⁾.

⁽⁵⁹⁾ Os Cursos de extensão "significavam trazer as pessoas à escola, dando-lhes acesso ao saber que estava ali sendo trabalhado e, de modo especial, fazendo-as participar, juntamente com os alunos regulares, dos cursos em que se procurava ampliar (...) determinados temas em voga no mundo universitário mais amplo. (...). Os

Segundo MÁRIO OSÓRIO MARQUES (1984), nesse período a extensão se caracterizava por assumir uma dupla dimensão:

“Primeiramente, uma preocupação acadêmica de enriquecer os temas curriculares (...). Por outra parte, uma preocupação missionária, de levar os recursos de um cabedal de conhecimentos ao socorro de necessidades (...) [detectadas] no seio de camadas mais vastas da população regional.” (MARQUES, 1984: 44).

Contudo, apesar dessa dupla visão da extensão (base para o ensino e apoio à ação de determinados grupos sociais), as práticas de extensão eram, até então, articuladas apenas para responder a determinadas demandas geradas pela ação acadêmica, não estando ainda suficientemente organizadas como integrantes dos planos e programas da Universidade.

A ação da Universidade em atividades extramuros, por outro lado, com o passar dos anos tornava-se cada vez mais incidente sobre o contexto loco-regional, mais volumosa e complexa, requisitando um tratamento mais sistemático por parte da instituição, ou seja, se tornava uma exigência o

“... rompimento com o caráter de espontaneidade das ações provocadas por demandas circunstanciais. [visto que o] aumento das atividades de extensão em volume e em complexidade, assumindo elas formas mais variadas, estava a exigir atenção especial e a articulação em nível institucional de órgãos e recursos de maneira a lhes conferir autonomia e flexibilidade, quer nas tarefas de caráter amplo e geral, quer nos projetos e programas específicos.” (MARQUES, 1984: 201).

A partir dessas definições, é criada em 1977 a Coordenadoria de Serviços à Região, a qual tem por objetivo ordenar, na Universidade, as atividades de extensão. Nesse momento, a extensão passa a ser concebida como

“... instrumento de percepção e captação da cultura popular, do saber profundo e significativo do povo no seu dia-a-dia, no fazer cotidiano. Como consciência deste saber para sua permanente auto-superação. É esta uma dimensão

chamados 'cursos populares' se destinavam a levar a escola para junto de público mais numeroso e menos seletivo, com o objetivo de difundir um saber moderno vulgarizado...”. (MARQUES, 1984: 42/34).

fundamental da integração universidade-povo como compromisso histórico.” (MARQUES, 1984: 211).

Ao mesmo tempo que se organizava internamente o trabalho de extensão, aumentava, cada vez mais, seu vínculo com os Departamentos, os quais colocam seus quadros de docentes a serviço dos grupos sociais que a Instituição apoiava. A partir de então, a extensão universitária passa a vincular-se com determinados programas, articulados dentro dos Departamentos, ou seja, começa a existir uma vinculação das ações de extensão com linhas de atuação mais permanentes, mais sistemáticas.

Nessa medida, o próprio conceito de extensão na Universidade de Ijuí começa a diferenciar-se, assumindo uma nova concepção e, conseqüentemente, uma nova possibilidade de efetivar-se. Segundo MARIO O. MARQUES (1984), a conceituação inicial de extensão, identificada com a irradiação de cultura e com a vulgarização do saber trabalhado no interior da Universidade, passa agora a explicitar e a aprofundar o enraizamento da Universidade no contexto sócio-político e a dar forma e conteúdos à ação extramuros, num processo de interação com grupos organizados:

“A extensão existe, assim, primordialmente em função da própria universidade: para lhe oferecer a matéria prima do cultivo do saber, de maneira orgânica e sistemática, não à mercê de preconcebidos estudos que fossem pinçar da realidade aspectos “ad hoc” selecionados.” (MARQUES, 1984: 259).

A prática de extensão universitária, dessa forma, é concebida como intervenção educativa sobre o contexto, sobre a realidade, sendo, portanto, um elemento da própria transformação social. Nesse sentido, a extensão é entendida como

“... serviço público a grupos humanos concretos cujas práticas necessitem articular-se a instrumentos de análise capazes de lhes restituir o domínio lúcido, a compreensão dos desafios e o comando na busca de soluções almejadas...” (MARQUES, 1984: 259).



Como se pode perceber, a concepção de extensão passa de uma visão “salvacionista”, principalmente através da irradiação da cultura humanista, para uma ação voltada e comprometida com a transformação social, principalmente através do assessoramento a grupos emergentes das classes subalternas. Essa ação, visando à transformação social, se articula no interior da Universidade por meio de processo dialético a partir do qual

“... a extensão, a um só tempo, [responda] às questões levantadas pelos diferentes grupos sociais, [represente] uma contribuição teórica da universidade à compreensão da realidade e [instrumentalize] o trabalho técnico e político destes grupos.” (MARQUES, 1984: 260).

O processo de reelaboração conceitual do que se entendia e se praticava de extensão dentro da Universidade, exigia cada vez mais a explicitação de uma política de extensão, assim como também de pesquisa. Em função disso, em 1983 são realizados Mini-Seminários de Extensão e Pesquisa visando à formulação de política e programas para a área para os anos subseqüentes. Das discussões desses primeiros seminários, que têm continuidade dentro dos Departamentos, nasce a proposta de realizar-se debates mais abrangentes, englobando todas as áreas da Universidade, no intuito de construir-se linhas norteadoras gerais e proposições interdisciplinares de pesquisa e de extensão.

Dessa forma, a partir do ano de 1984 passam a ser realizados Seminários Internos de Pesquisa e Extensão, os quais têm por objetivo “... definir a política, as linhas e os programas de Pesquisa e Extensão prioritários para a FIDENE/UNIJUL.” (FIDENE/UNIJUL/ProRPE, 1986: 5).

A partir desse ano, passou a funcionar a Direção de Extensão e Pesquisa, precursora da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão. Foi também criado, por força do Regimento dos Centros Integrados de Ensino Superior de Ijuí, o Colegiado de Extensão e Pesquisa, precursor do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, o qual institui a Câmara

de Pesquisa e Extensão, colegiado articulador dos programas de extensão e pesquisa no interior da Universidade.

Da mesma forma que no plano geral da Universidade são criadas estruturas específicas para discutir a extensão e a pesquisa, em cada um dos seis Departamentos se organizam, também, Coordenações de Pesquisa e Extensão, encarregadas de promover as discussões e articulações dentro dos Departamentos, que passam a ser as instâncias formuladoras e gestoras dos programas de pesquisa e extensão. Está formada então uma ampla rede de articulação interna de fomento e apoio à extensão e à pesquisa.

4.2 A extensão no Departamento de Ciências da Saúde

O Departamento de Ciências da Saúde é co-partícipe, a partir de 1980, do processo de discussão e reformulação das concepções de extensão e de pesquisa no interior da Universidade. É também, ao mesmo tempo, herdeiro da concepção mais atual de extensão, que busca comprometer os agentes da Universidade com as transformações sociais.

Como dissemos anteriormente, a área da saúde da Universidade de Ijuí nasce com “uma carga e uma marca institucional” muito forte. A criação da área da saúde não ocorreu apenas por vontade da Direção Acadêmica da Universidade; é sim resultante de um processo interinstitucional bastante amplo, no qual participam várias instituições, desde organizações cooperativas, sindicatos de trabalhadores até organizações populares, como Núcleos Rurais e Associações de Amigos de Bairro.

Pode-se dizer, em suma, que a emergência da área da saúde na Universidade de Ijuí é resultante de um coletivo de vontades sociais e políticas, articulado em torno de algumas instituições que debatiam a qualidade da assistência à saúde oferecida à população, os problemas enfrentados a nível de Previdência Social e os impactos do processo de modernização da agricultura na qualidade de vida da população loco-regional.

O agendamento coletivo dessas preocupações fez nascer proposições que tiveram por meta a intervenção direta na área da saúde. Essa intervenção se processa, basicamente, em três níveis de ação integrados. Primeiramente, através da (1) formulação de programas de saúde preventiva, visando alterar o processo de trabalho e a organização dos serviços de saúde, redimensionando-os às reais necessidades da população. O pressuposto básico para a operacionalização desse ideal é (2) a democratização das discussões relativas à saúde, transferindo seu núcleo dos profissionais da área da saúde, mais especificamente dos médicos, para o conjunto dos sujeitos políticos que se achavam articulados em torno de algumas instituições. E, por fim, (3) a formação de profissionais da saúde comprometidos com a realidade regional, ou seja, profissionais dotados de sensibilidade para entender as determinações do processo saúde/doença da população regional e que fossem capazes de intervir sobre esses fatores, prevenindo doenças e agravos à situação de saúde, bem como organizando a população para o exercício da cidadania, para representar seus direitos e interesses junto às instituições, principalmente junto às públicas.

Dessa forma, a criação da Escola de Enfermagem de Ijuí, precursora do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI, ocorre num contexto institucional no qual as práticas de extensão, e conseqüentemente de pesquisa, são muito fortes e determinam as

próprias características da Universidade, comprometida em organizar segmentos da população e em produzir conhecimentos científicos a partir dessa interação com a comunidade regional.

O grupo que atua no Departamento e coordena sua ação político-pedagógica se engaja nesta proposta e passa a experimentá-la agora na área da saúde, e isso ocorre já nos primórdios da área da saúde da Universidade.

Inicialmente, a área de extensão do DCSa não possuía uma estrutura administrativa própria e ficava a cargo e na responsabilidade política da Direção da Escola de Enfermagem. O Diretor da Escola era o elemento que representava a Instituição nos fóruns de discussão. Além de fazer a representação formal, o Diretor tomava decisões, firmava convênios, enfim, a Direção da Escola era a instância gestora da área da extensão.

Com o desenvolvimento de projetos de extensão de maior envergadura, os mesmos passam a ter coordenações próprias, e alguns, a ter colegiados de coordenação, como por exemplo, o Programa Multiprofissional de Saúde Comunitária Urbana e Rural, que agora possui, além da coordenação geral, coordenações para as áreas urbana e rural.

A organização interna das práticas de extensão vai ocorrer a partir de 1984, quando o novo Regimento Interno da Universidade cria Colegiados de Extensão e de Pesquisa dentro dos Departamentos. Dessa forma, o Departamento de Ciências da Saúde vai constituir um colegiado, e a sua coordenação é indicada pela Direção da Unidade.

Ao mesmo tempo, passam a ser realizados, na Universidade, Seminários Internos para discutir as políticas de extensão e de pesquisa. O 1º Seminário Interno é realizado em 1984 (FIDENE/UNIJUI/ProRPE, 1986), e é precedido de mini-seminários realizados pelos Departamentos. O Departamento de Ciências da Saúde realiza o seu mini-seminário apenas em 1985, e nele se definem seis linhas gerais de atuação: Programa de

saúde como um problema pedagógico; Programas de Desenvolvimento, Educação e Tecnologia na Área de Nutrição; A saúde e o capital; Assistência integral ao escolar e ao pré-escolar; Saúde mental e Programa de recuperação do saber à luz do conhecimento técnico (RELATÓRIO ANUAL DCSa, 1985: s/p. - APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1993: 76).

Essas linhas norteadoras da pesquisa e da extensão do Departamento são resultado de um processo de discussão e de avaliação dos programas em execução. Por outro lado, essas proposições baseavam-se em uma leitura mais ampla da realidade na qual está inserida a área da saúde.

Em linhas gerais, essa “leitura da realidade” se refere ao processo de modernização da agricultura, que promoveu, entre outros, a expulsão do homem da terra, determinando um crescimento desordenado das cidades. Outro problema apontado é o processo de desenvolvimento econômico do país, que determina, também, a coexistência de doenças de países ricos e pobres, a má distribuição dos serviços de saúde e o fomento a uma política de alimentação e de nutrição, direcionada para um processo de especialização agrícola, voltada para a exportação de alimentos.

Por fim, na avaliação sócio-política da realidade em que se insere a área da saúde, o grupo do Departamento aponta para o problema da ação da iniciativa privada na área da assistência à saúde, relacionando-a com o enfoque curativo e colocando o empresariamento da área da saúde como uma das causas produtoras de distorções no Sistema de Saúde. Como alternativa aos problemas detectados, o documento aponta a educação para a saúde como a base para o desenvolvimento da saúde como um todo, elegendo a Integração Docente-Assistencial como a estratégia fundamental para a promoção de mudanças na área da saúde.

Os resultados desse mini-seminário são apresentados no Seminário Interno, e, após as discussões, as linhas de atuação são reagrupadas em cinco pontos: A saúde como ação educativa; Saúde e Capital; O saber popular sobre saúde e suas implicações; Tecnologia e assistência primária em saúde; e A prática como elemento de questionamento e realimentação do ensino. Essas linhas se operacionalizam em sete distintos programas, os quais contêm uma série de projetos. Porém, estes se constituíram mais em proposições de trabalho do que efetivamente em propostas concretas que se efetivaram na prática.

Quanto à avaliação dos programas de extensão existentes, foram identificados três distintos níveis de problemas. Primeiramente, aqueles internos advindos do gerenciamento dos programas de extensão. Aqui incluem-se os entraves metodológicos, que apresentam dificuldades de comprometer e mobilizar as comunidades; além da contradição entre os prazos de financiamento e a complexidade da realidade em que se opera e as dificuldades de se estabelecer uma proposta de trabalho efetivamente interdisciplinar.

Em segundo lugar, as dificuldades advindas das limitações administrativas e financeiras da própria Universidade, como, por exemplo o sistema de créditos⁽⁶⁰⁾, que limita a ação do professor a atividades remuneradas; o reduzido quadro de docentes; o excesso de atividades dos professores no ensino e na administração acadêmica e as dificuldades de realizar-se trabalhos no âmbito interdepartamental.

Por fim, num terceiro nível, problemas advindos do contexto externo, como a dificuldade de trabalhar-se com a Prefeitura Municipal na área da saúde, que assumia

⁽⁶⁰⁾ A política de "sistema de créditos" foi instituída na FIDENE em 1980. Constitui-se num instrumento de racionalização do tempo do professor. Cada professor com contrato de 40 horas/semanais, por exemplo, deve cumprir 30 créditos ano. Cada crédito é composto de 30 horas/atividade. Para maiores detalhes ver MARQUES, 1984: 237.

compromissos mas não os cumpria - principalmente na condução político-pedagógica das atividades de extensão implementadas pelo Departamento; a dificuldade de obter-se recursos para a implantação integral das propostas de trabalho; o pouco interesse do conjunto das instituições da área da saúde em trabalhar de forma integrada e a desconfiança das comunidades para com os agentes financiadores internacionais.

No ano seguinte, em 1986, é realizado o III Seminário Interno de Pesquisa e Extensão (UNIJUI/ProRPE, 1986). Neste Seminário, todos os programas de pesquisa e extensão são agrupados em duas grandes áreas: educação informal e educação formal. As atividades do Departamento de Ciências da Saúde são adscritas à área de educação informal e são relacionados seis programas: Projeto de Saúde de Braga; Projeto Multiprofissional de Saúde Comunitária Urbana e Rural (EZE - Ijuí); Projeto de Assistência ao paciente hipertenso; Projeto de assistência e assessoria à saúde e nutrição aos acampados da Fazenda Anoni; Programa de Integração Docente-Assistencial; e Projeto de Desenvolvimento de Saúde comunitária. (UNIJUI/ProRPE, 1986: 05).

Esses programas foram, em sua maioria, desenvolvidos conforme o previsto em seus cronogramas. Contudo, na área da saúde, os programas que foram sendo executados não determinaram a criação de novos projetos de extensão e de pesquisa. A não geração de novas frentes de trabalho teve como uma das causas fundamentais o sistema de financiamento da área da extensão, pois o fato de não se obter novos recursos inviabilizava a manutenção dos professores em atividades sem cobertura financeira, o que, conseqüentemente, determinava a suspensão de qualquer atividade sem fontes diretas de recursos.

Dessa forma, no período subsequente a 1987, as atividades de extensão diminuem bastante e passam a ficar mais restritas às práticas vinculadas ao ensino, ou seja,

aos estágios curriculares e à prestação de serviços, principalmente para hospitais da região e para o Poder Público Municipal.

Um novo fato, interno à Universidade, que irá produzir um impacto grande no Departamento, em relação à pesquisa e à extensão, é a elaboração do Plano Estratégico da UNIJUI. Neste são explicitados (praticamente criados) todos os grandes programas de ação da Universidade. Na área da saúde, é então elaborado o Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS. Contudo, a elaboração desse Programa não vai aplacar as dificuldades do DCSa em relação à condução de suas práticas de pesquisa e de extensão, visto que, mesmo com a explicitação das linhas de atuação, o Departamento tem dificuldades de operacionalizá-las, transformando-as em atividades.

Até o final do período investigado - 1991 -, a área de extensão do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI encontrava-se nesse impasse. De um lado, os antigos programas de extensão haviam terminado, e as possibilidades de realização de novos programas se tornavam cada vez mais problemáticas, em virtude das dificuldades de obtenção de fontes de financiamento. Ainda referente a esses programas, todas as intenções de se promover processos de sistematização das práticas⁽⁶¹⁾ não foram levadas a cabo, o que dificultou a apreensão das reais dificuldades no processo de implementação dos mesmos, não se efetivando na íntegra um processo de produção de conhecimento a partir das experiências executadas.

Por outro lado, mesmo com a produção teórica e metodológica contida no Programa Regional Integrado de Saúde, o Departamento não encontrou forças suficientes

⁽⁶¹⁾ Em 1986, formula-se o projeto "Sistematização das Atividades Desenvolvidas" com o seguinte propósito: "Este projeto visa a sistematização, análise e avaliação das experiências já realizadas, e as que transcorrem devem ser teorizadas para servir como instrumento de pesquisa e adequadas para a realidade objetiva e compreensão do processo". (FIDENE/UNIJUI/ProRPE, 1986: 95). Esse projeto não foi executado, ou seja, não foi realizado um processo sistemático de teorização e avaliação das práticas desenvolvidas pelo Departamento.

para levar adiante suas proposições de pesquisa e extensão, o que acaba por dificultar ainda mais uma ação sincronizada e sistemática nessa área.

Quanto aos programas de extensão implementados pelo DCSa, três se destacam: O Projeto de Saúde Comunitária de Aracy Cervis (1980); o Projeto de Desenvolvimento de Saúde Comunitária (1983) e o Projeto de Saúde Comunitária Urbana e Rural (1985).

Para realizarmos a discussão sobre os três principais programas de extensão desenvolvidos pelo Departamento de Ciências da Saúde, buscaremos responder, para cada um deles, quatro questões fundamentais: a que se destinava o programa; para quem se dirigia, justificativa de sua execução e avaliação e impactos desses trabalhos.

Além das fontes primárias da Pesquisa, utilizaremos nessa secção as informações obtidas através de entrevistas junto aos informantes privilegiados.

4.2.1 Projeto de Saúde Comunitária de Aracy Cervis^(*)

O projeto desenvolvido na comunidade de Aracy Cervis é herdeiro das lutas pela implantação do Projeto de Medicina Comunitária da COTRIJUI.

As dificuldades de implantação do Projeto de Medicina Comunitária não foram capazes de aplacar totalmente as intenções de seu grupo proponente, em especial a COTRIJUI e a FIDENE. Assim, apesar de não se conseguir implementar na íntegra as proposições do Projeto, o qual previa a participação de médicos especialistas em Medicina Comunitária e a construção de serviços de saúde hierarquizados e localizados em áreas

^(*) Nome em homenagem à moradora dessa localidade de Rincão do Tigre, no interior de Ijuí.

estratégicas, a COTRIJUI, junto com as lideranças locais, decide implantar um serviço de saúde primária junto às comunidades circunvizinhas a Aracy Cervis.

Esse núcleo populacional da zona rural, distante cerca de 20 quilômetros da sede do município, constituía-se, além de Aracy Cervis, de mais três comunidades: Rincão do Tigre, Rincão dos Brizzi e Rincão Santa Catarina. Do ponto de vista sócio-econômico, caracterizava-se por ser constituído, basicamente, por pequenos agricultores, sendo sua imensa maioria associados à COTRIJUI. Esta, através do Setor de Educação e Comunicação, já vinha realizando alguns trabalhos junto a essas comunidades, principalmente através do Núcleo de Senhoras e Filhas de Associados da COTRIJUI, até então principal instrumento de trabalho político-educativo da Cooperativa.

A escolha da comunidade de Aracy Cervis ocorreu pela precariedade do acesso aos serviços de saúde, pois se fazia necessário locomover-se até Ijuí para obter atendimento médico, e pela própria motivação e vontade política de suas lideranças⁽⁶²⁾. A COTRIJUI, em 1980, promove uma “... visita de lideranças do núcleo de Aracy Servis e do Departamento de Comunicação e Educação da COTRIJUI, à COOPERALFA de Chapecó, que mantinha um trabalho de saúde comunitária próprio.” (BRASIL, 1989: 45).

Em decorrência dessa visita^(*), da qual participaram também lideranças da comunidade da Linha 6 Leste (Entrevista 05, Dirigente de Cooperativa. p. 48), a idéia de criar-se um serviço semelhante em Ijuí toma corpo e forma. Contudo, a comunidade da Linha 6 Leste não conseguiu motivar-se com a experiência,

“Uma porque de repente não era essa a necessidade da comunidade e outra porque não se tinha recursos e a comunidade não estava a fim de bancar.”
(...).

⁽⁶²⁾ Assim como nos demais projetos de extensão, o perfil das comunidades alvo deveria incluir, pelo menos quatro quesitos básicos: dificuldade de acesso aos serviços de saúde; nível sócio-econômico baixo, nível de organização comunitária e interesse em participar de experiência predominantemente preventiva.

^(*) Professores do Departamento de Ciências da Saúde também visitam, no ano seguinte, a experiência desenvolvida pela COOPERALFA. (RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 24).

“Já em Aracy Cervis o pessoal que foi junto acreditou, viu a experiência e gostou. (Entrevista 05, Dirigente de Cooperativa. p. 48.)

A partir de então, já com a participação da Escola de Enfermagem de Ijuí, dá-se início aos trabalhos nessas comunidades, os quais previam, inicialmente, a realização de diagnóstico sócio-econômico e, mais tarde, a implantação de um Centro de Enfermagem^(*).

O diagnóstico ficou a cargo da Escola de Enfermagem de Ijuí e foi elaborado na disciplina de Metodologia da Pesquisa:

“ [foi] uma tarefa imensa, grande demais pra um grupo que estava iniciando a ler pesquisa e a saber que existe pesquisa, que é possível ser feita etc. (...) Mas foi feito um levantamento e em cima desse levantamento foram traçadas algumas questões de retorno pra população. (...). Então os alunos organizaram as informações, fizeram tratamento todo bonitinho, e apresentaram isso para a população.” (Entrevista 02, Professor da UNIJUI. p. 9).

A partir de então, começa o envolvimento maior da FIDENE nos projetos, através da Escola de Enfermagem, que passa a responsabilizar-se tecnicamente pelo trabalho na área da saúde. Além do interesse em desenvolver práticas de saúde na zona rural, até então completamente desassistida no Município, a Escola encontra na experiência de Aracy Servis uma possibilidade real de constituição de campo de estágio, um dos pontos críticos para a implementação do ensino na área da saúde pela Universidade em Ijuí:

“... houve também a necessidade de criação de campos de estágio para os alunos e, se o Curso tinha como proposta o trabalho com a saúde comunitária, a UNIJUI tinha que criar locais de estágio para seus estudantes trabalharem com a saúde comunitária.” (entrevista 05, Professor da UNIJUI. p. 8).

“... nós não tínhamos nenhum serviço de saúde no Município que viesse ao encontro de nossas aspirações, ou seja, tipo de formação que nós gostaríamos de dar pro nosso aluno do Curso de Enfermagem. (...), e foi com esse intuito de nós termos um campo de ensino e também, e em especial, de atendermos as necessidades da comunidade, ou seja, da população do meio rural, [que implementamos o trabalho].” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 37).

(*) Denominação do Posto de Saúde criado em Aracy Cervis.

A elaboração e execução desse trabalho na área da saúde comunitária pautou-se em alguns pressupostos básicos. A partir da criação de um Centro de Enfermagem, com o qual se pensava fazer a integração docente-assistencial e a extensão de serviços à comunidade rural, tinha-se a intenção de assistir às necessidades de saúde da população; elevar o nível de saúde da comunidade; utilizar potencialidades da população; utilizar técnicas simples e novos tipos de pessoal para a saúde; e oportunizar ao aluno formação a partir da problemática da saúde regional (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 10).

O Centro de Enfermagem, análogo aos ambulatorios periféricos concebidos no âmbito do Paradigma da Medicina Comunitária, atenderia uma população entre mil e três mil pessoas e seria operacionalizado por uma equipe primária, da qual fariam parte um enfermeiro e dois auxiliares de saúde.

Das atividades previstas, a formação de Agentes de Saúde e a execução de atividades de cunho educativo ganham destaque e são consideradas prioridades. O Centro de Enfermagem teria seus serviços técnicos subordinados ao Departamento de Saúde da Comunidade^(*) da Escola de Enfermagem de Ijuí, e realizaria, entre outros, treinamento em serviço, estudos e pesquisas, atividades de estágios e prestação de serviços de saúde, através da realização de técnicas e procedimentos ambulatoriais básicos. A partir desses objetivos e pressupostos, dá-se início, efetivamente, às atividades, mas o Centro de Enfermagem de Aracy Cervis é criado oficialmente somente em março de 1982 (RELATÓRIOS DCSa, 1994: 33; BRASIL, 1989: 51).

Com a evolução das discussões e dos trabalhos em torno das questões de saúde, a comunidade constitui uma Diretoria Comunitária

“... pra acompanhar, pra avaliar, e se reunia com as pessoas da EMATER, da COTRIJUI, uma época também da FIDENE, e então a gente periodicamente

^(*) Esse Departamento, previsto no Estatuto da Escola de Enfermagem de Ijuí, não chegou a ser criado.

sentava junto e avaliava os trabalhos.” (Entrevista 14, Liderança do meio rural. p. 32).

Essa Diretoria, além de acompanhar e avaliar os trabalhos desenvolvidos, constituía-se na instância de articulação entre as comunidades atingidas pelos trabalhos e os técnicos e alunos da Universidade.

Com a estruturação do Centro de Enfermagem, a Escola passou a coordenar os trabalhos, coordenação essa que se estendeu até o final de 1983, quando então a COTRIJUI contratou um egresso do Curso de Enfermagem da própria Escola e bolsista da Cooperativa para administrar os trabalhos (BRASIL, 1989: 58).

A partir desse momento, a Escola de Enfermagem deixou de coordenar as atividades do Centro de Enfermagem, mas continuou trabalhando junto às comunidades por mais algum tempo. Contudo, os últimos registros, nos Relatórios Anuais do DCSa de trabalhos executados junto a essas comunidades, são também de 1983.

A sistemática de trabalho junto ao Projeto de Saúde Comunitária de Aracy Cervis ocorria, principalmente, através de supervisão aos trabalhos executados pelos Agentes de Saúde⁽⁶³⁾. A supervisão, a cargo de um professor da Escola, que inicialmente chegou a ser semanal, foi aos pouco se espaçando, chegando a ser mensal, ou seja, as próprias atividades da Escola junto às comunidades, que se efetivam a partir dessas supervisões, passam a ficar, com o tempo, cada vez menos freqüentes.

Isso fez com que as próprias comunidades, nas reuniões de avaliação, reclamassem, alegando “abandono” do trabalho iniciado pela Escola (APONTAMENTO DOS RELATÓRIO DO DCSa, 1994: 14). Esse fato exigiu reestruturação da programação prevista, que passou por um melhor planejamento das atividades junto aos núcleos rurais.

⁽⁶³⁾ Foram treinadas cinco pessoas da comunidade para exercerem voluntariamente atividades de Agentes de Saúde. Em 1983 duas agentes de saúde pedem afastamento das funções.

O “abandono” reclamado pelas comunidades decorria não por vontade do corpo docente da Escola, mas, sobretudo, pela diversidade e volume das ações. Nesse período (1980 - 1983), a Escola não trabalhava apenas com o núcleo de Aracy Servis. As atividades junto aos núcleos rurais da COTRIJUI^(*), desenvolvidas através do trabalho conjunto entre Departamento de Educação e Comunicação da Cooperativa e a Escola de Enfermagem de Ijuí, eram bastante intensas. As ações junto a esses núcleos constituíam-se, basicamente, na realização de palestras. Foram registradas, somente no segundo semestre de 1981, 23 palestras em 21 comunidades rurais (RELATÓRIOS DCSa, 1994: 14 e 25), números esses que ajudam a dimensionar o volume de atividades desenvolvidas pela Escola nesse período, considerando-se que o corpo docente era bastante reduzido⁽⁶⁴⁾ e que havia apenas duas turmas no Curso de Enfermagem e uma, de ingressantes, no Curso de Nutrição.

Além desses trabalhos com os núcleos rurais de Ijuí, a Escola tinha outras frentes de trabalho. Assim, inicia já em 1981, atividades junto à comunidade do bairro Thomé de Souza, o qual, a partir de trabalhos desenvolvidos junto à Escola do bairro, estende-se para o conjunto da comunidade. Nessa ação realiza-se um diagnóstico das condições de vida da população e atividades de palestras e tratamento de infestações parasitárias em escolares⁽⁶⁵⁾. Essa mesma estratégia de trabalho (a partir da escola) foi

(*) Núcleos de Senhoras e Filhas de Associados da COTRIJUI, também denominados, num certo período, de Centros Rurais de Assistência à Saúde - CRAS.

(64) Em 1980 o corpo docente ligado diretamente à Escola de Enfermagem de Ijuí constituía-se, no segundo semestre, de três professores tempo integral, um professor semi-integral e 4 professores hora-aula. Já em 1981, no primeiro semestre, permanecia em três o número de professores tempo-integral, completando o grupo dois professores com tempo semi-integral e dois como hora-aula. No segundo semestre desse ano, havia nove professores, sendo quatro professores tempo-integral, três professores com tempo semi-integral e dois hora-aula. (FIDENE/UNIJUI/Setor de Orçamentos e Custos. Ficha de controle de professores, 1980 e 1981).

(65) Identificou-se 46,3% das crianças com pediculose; 22,9% com escabiose e 6% das crianças com “tunga penetrans”. Após a ação dos alunos da Escola, a incidência caiu para 38,2%, 6,3% e 4,9%, respectivamente. (RELATÓRIOS DCSa, 1994: 18).

realizada no bairro Luis Fogliatto, onde envolve-se a comunidade em trabalho de prevenção e tratamento de verminose.

Outras duas frentes de trabalho importantes foram estruturadas ainda nesse período: uma no Centro Social Urbano⁽⁶⁶⁾ de Ijuí, no qual foram estruturados os serviços de saúde, até então inexistentes; e outra junto ao município de Ajuricaba, onde realizou-se um diagnóstico, juntamente com os alunos bolsistas e o Departamento de Educação e Comunicação da COTRIJUI, em seis núcleos rurais, atingindo-se 347 famílias. (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 13).

Esse conjunto de atividades imprimia à Escola uma dinâmica muito forte, a qual demandava incessantes desafios para o corpo docente e mesmo para o corpo discente, já bastante integrado às suas ações.

A partir do momento em que ocorreu a transferência da responsabilidade técnica do Centro de Enfermagem para a Cooperativa, a Escola de Enfermagem começa, gradativamente, a diminuir suas atividades nesse programa, mesmo porque estava iniciando um novo projeto, denominado “Projeto de Desenvolvimento da Saúde Comunitária”, que iria ser desenvolvido nos próximos dois anos junto a cinco comunidades rurais e dois bairros da cidade.

As atividades em Aracy Cervís, contudo, atingiram nesse momento seu limite máximo nos moldes do que havia sido proposto, ou seja, a experiência já havia chegado a seu ápice e as avaliações indicavam a possibilidade de expandir-se a experiência, tornando-a mais ampla e ambiciosa.

⁽⁶⁶⁾ Centro Social Urbano é um organismo ligado à Fundação Gaúcha do Trabalho.

Nesse sentido, é proposta às comunidades a realização de um projeto para redimensionar o conjunto dos trabalhos, projeto esse que seria remetido para algumas instituições internacionais em busca de apoio e financiamento:

“Então se fez um projeto bonito e se enviou (...), alguém da FIDENE (...) levou em mãos pro estrangeiro (...). Foi pra Alemanha eu acho. Imediatamente recebemos uma carta de volta, que *contos de réis* eles não conhecem, teria que ser *miles de dólares* e se falassem 30 mil, ou quem sabe o dobro, repensem bem o projeto de vocês e mandem pedir 70, 80 mil dólares, que nós mandamos o dinheiro imediatamente. Foi a resposta.” (Entrevista 14, Liderança do meio rural. p. 35).

A partir desse momento, ocorre uma divergência bastante forte na comunidade. O Centro de Enfermagem de Aracy Cervis funcionava, até então, em caráter provisório, junto à Igreja Evangélica Luterana, e os principais Agentes de Saúde eram de confissão católica. Devido a essa diferença de credo e, possivelmente, a problemas de informação e de comunicação, houve discordância quanto ao projeto, pois os católicos desconfiaram de que os evangélicos iriam tomar proveito dos trabalhos, imaginando que o mesmo se tornaria uma extensão da própria Igreja.

A unanimidade de adesão das famílias ao projeto se constituía em condição *sine qua nom* para o seu financiamento e, como isso não foi conseguido, a possibilidade de auxílio externo foi sustada:

“Então eles discordaram do projeto; então foi com que eles se jogaram fora (sic) e não quiseram trabalhar mais, discordando com o projeto; e isso precisa ser unânime, todo está de acordo com o projeto. Foi uma pena! (...).

... então a gente perdeu todo um tempo e toda uma oportunidade. Essa oportunidade é rara, não é pra todos que aparece...” (Entrevista 14, Liderança do meio rural. p. 35).

Mesmo com essas divergências, o trabalho continuou; porém, as possibilidades da Escola de Enfermagem de Ijuí estabelecer um vínculo maior com a experiência e desta ampliar-se para novos horizontes, fracassaram. Diante disso, a Escola

teria que buscar alternativas para o seu trabalho de extensão, as quais, certamente, passavam pela exclusão de Aracy Cervis, porque era imprescindível, dado o caráter privado da Universidade, a obtenção de financiamento para viabilizar as atividades.

Mesmo assim, a experiência de Aracy Cervis teve significado muito especial para a Escola de Enfermagem. Em primeiro lugar, transformou-se efetivamente na primeira experiência de extensão da área da saúde da Universidade. Nessa medida, tem uma importância histórica fundamental, por representar o marco inaugural nesse tipo de ação que vai, no período entre 1984 a 1986, transformar-se em prática prioritária de ação.

Em segundo lugar, a experiência desenvolvida em Aracy Servis

“... foi um aprendizado (...), tanto para o corpo docente, como para os discentes, porque na época nós aprendemos em conjunto com os alunos, desde as relações com a própria comunidade, como se estabeleciam, a gente foi junto com os alunos aprendendo. Então foi um preparo, inclusive, do corpo docente.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 37).

Essa experiência primeira constituiu-se, assim, numa espécie de “sementeiro” para a elaboração e execução de trabalhos futuros na área da extensão. O mesmo pode ser dito quanto à preparação metodológica, na medida em que esse trabalho representou “... um esboço da nossa atuação em planejamento participativo; sem querer estávamos fazendo isso - até sem saber - sem conhecer a metodologia.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 37).

Dessa forma, a experiência de Aracy Servis constitui-se num estágio preparatório para investidas futuras da Escola na área da extensão, pois significou um aprendizado, de exercício, de experimentação teórica e metodológica.

Além desse caráter de experimentação, podem ser observadas outras duas características importantes dos trabalhos, as quais nos auxiliam na compreensão das propostas do Departamento de Ciências da Saúde para a área da extensão.

Uma primeira característica é o fomento à organização da comunidade. Com a execução das atividades do Projeto, a comunidade começa a organizar-se para participar da gestão dos trabalhos e para integrar-se à Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí - CISMI -, que começava suas atividades no ano de 1983. O projeto de saúde comunitária de Aracy Cervis, dessa forma, exerceu um papel importante na organização da comunidade, a qual passa a articular-se para o exercício da cidadania e para interferir no processo de implementação de ações de saúde na qualidade de sujeito ativo.

Uma segunda característica é referente ao caráter das ações. A proposta, embasada em práticas de caráter educativo e preventivo tem por pressuposto ético e político o repasse de informações sobre saúde para a população. A socialização dos conhecimentos acadêmicos, baseada numa relação entre sujeitos, favorece o surgimento de novas possibilidades de pensar a saúde, que passa a ser incorporada como um valor, como um princípio, como uma condição de vida, como uma reflexão consciente das relações que se estabelecem com o mundo e com as outras pessoas:

“A comunidade que quer se sentir bem informada, então ela vai nas reuniões e absorve as palestras e vê quantas coisas erradas ele tava fazendo. (...). Ela pode se corrigir e com grande tranquilidade, quando os problemas existirem, já em bem menos intensidade, menos gravidade, daí são facilmente solucionados no Postinho, né?” (Entrevista 14, Liderança do meio rural. p. 34).

Além do significado da experiência (extensão de cobertura à população desassistida; experimentação) e dos impactos decorrentes das práticas executadas (organização da comunidade; mudanças de posturas frente à saúde pela socialização de conhecimentos), no trabalho em Aracy Servis pode-se visualizar também algumas dificuldades teórico-metodológicas e mesmo operativas. Algumas dessas dificuldades não serão superadas e irão repetir-se em trabalhos subseqüentes.

Em primeiro lugar, o problema da manutenção dos trabalhos em função dos limites financeiros das instituições proponentes. O projeto de Aracy Servis tinha cobertura financeira da COTRIJUI⁽⁶⁷⁾ e contava ainda com apoio da FIDENE, a qual cedia professores para a execução das atividades, fato esse que criava uma certa tensão institucional, visto que a Universidade, para manter seus professores em atividades de extensão, necessita de recursos para remunerá-los, pois a mesma depende do trabalho deles para obter seus recursos.

Durante o período inicial da Escola de Enfermagem, a FIDENE arcava com esse tipo de despesa a título de iniciar a experiência e de apoiar e estimular a área da saúde, que começava a dar seus passos iniciais. Passados poucos anos, e com o aumento dos custos, do volume e da complexidade das atividades, as experiências, inicialmente subsidiadas, deveriam buscar a auto-sustentação, o que implica em conseguir recursos para manter a sua viabilidade.

No projeto de Aracy Servis, isso não foi possível, tanto pelos problemas internos às comunidades, como pelo fato da experiência ter sido gerada pela ação da COTRIJUI e representar, diante das pretensões da Escola de Enfermagem, uma proposição muito limitada, pois a experiência de Aracy Cervis

“foi um momento de aprendizagem, mas que a gente achou também que foi um projeto muito restrito, então daí nós iniciamos um projeto bem mais amplo (...), com objetivos mais amplos, que atingia daí a população urbana, não só a rural...” (entrevista 11, Grupo de Extensão, p. 42).

Nos projetos seguintes, a estratégia construída busca o comprometimento do Poder Público Municipal, o qual é responsabilizado e garante dar continuidade aos

⁽⁶⁷⁾ A COTRIJUI, como dito anteriormente, retinha parte do que recolhia para o FUNRURAL para executar ações junto a seu quadro de associados. Uma parte dos recursos era empregada no Centro de Enfermagem de Aracy Cervis.

trabalhos. Essa proposta, contudo, também apresenta uma série de dificuldades e contradições, as quais veremos logo adiante.

Ao problema do financiamento acopla-se a inexistência de profissionais médicos na equipe de trabalho, o que significa uma limitação de sua capacidade resolutive, comprometendo, em parte, sua legitimidade:

“Porque quando nós detectávamos problemas tínhamos que encaminhar pra onde? Para a cidade, para o centro do município, nós não podíamos resolver, nosso poder de resolutividade era limitado.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 50).

O fato de não se contar com profissionais médicos na equipe determinava o encaminhamento da população necessitada aos serviços públicos existentes em Ijuí, e aí se percebe um terceiro problema, que é a falta de integração interinstitucional.

A falta de integração entre os serviços e, em especial, a falta de integração entre a proposição da Universidade e as práticas executadas pelos serviços públicos de saúde faziam com que as ações executadas nas comunidades não encontrassem respaldo nos serviços oficiais, amputando-se a possibilidade de realização de trabalhos conjuntos a partir da estruturação de referências e contra-referências.

Por fim, um último problema, que é referente à metodologia de trabalho. Além de se verificar uma ausência absoluta de reflexão sobre as práticas executadas, ou seja, de vigilância crítica sobre as ações da Escola de Enfermagem na área da extensão, e mesmo a falta de explicitação clara dos conceitos orientadores das ações e da metodologia empregada, esta tinha grandes dificuldades de comprometer e de envolver integralmente as comunidades nos trabalhos.

A realização de diagnósticos como instrumento de verificação, pelos técnicos, da realidade vivida pela população; a realização de palestras sobre temáticas

referentes apenas a problemas de saúde, como por exemplo, principais doenças, questões de alimentação, primeiros socorros etc; a vinculação ao trabalho através de supervisão técnica das atividades implementadas por agentes de saúde; e a pequena articulação com outros organismos institucionais presentes nas comunidades, entre outros, fizeram com que o projeto como um todo começasse a encontrar dificuldades e a decair. Um dos primeiros sintomas disso foi a diminuição gradativa da participação da população nos encontros e eventos, que passa de um estágio de indiferença a uma posição de incredulidade perante às proposições levantadas (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 49).

Essas dificuldades teórico-metodológico-operativas constituíram-se no maior desafio apresentado ao corpo docente do Departamento de Ciências da Saúde nessa primeira experiência. Percebê-las, incorporá-las às discussões e superá-las na prática significa a possibilidade de crescimento da qualidade propositiva e de intervenção na realidade concreta. Verificar a ocorrência disso nos trabalhos de extensão subsequentes será de grande valia, pois constituir-se-á em parâmetro avaliativo das práticas de extensão do Departamento de Ciências da Saúde.

O trabalho em Aracy Cervis, com a saída da Escola da coordenação das atividades e seu afastamento definitivo logo mais tarde, retornou a seu estágio inicial, quando agentes da comunidade, por conta própria e conforme as necessidades de atenção à saúde, exerciam algumas atividades e executavam ações básicas. Contudo, passam a existir algumas diferenças significativas, que são produto e impactos diretos dessa experiência.

Tais impactos podem ser aglutinados em cinco grupos: a formação de agentes de saúde; a existência de um serviço de saúde estruturado; o estabelecimento da prática de supervisão dos trabalhos por um profissional da saúde, no caso, uma enfermeira

da COTRIJUI; a qualificação da organização comunitária, a partir da constituição de uma Diretoria Comunitária para gerenciar os trabalhos e representar as comunidades; e por fim, o desenvolvimento de consciência quanto à necessidade de realizar-se prevenção em saúde, através da construção coletiva de conhecimentos.

4.2.2 Projeto de Desenvolvimento de Saúde Comunitária^(*) - Projeto FORD

O Projeto de Desenvolvimento de Saúde Comunitária financiado pela Fundação FORD

“... surgiu da experiência prévia que o Centro de Ciências da Saúde havia tido com o projeto desenvolvido em Aracy Servis, conjuntamente com a COTRIJUI, da ausência de serviços básicos de saúde, de uma política de saúde que privilegiava o curativismo e a especialização em detrimento de aspectos preventivos e promocionais de saúde, da necessidade de responder as expectativas da população, bem como, de estender-se a cobertura de serviços à nível de cuidados básicos e buscar a organização dos grupos populacionais.” (UNIJUL/ProRPE, 1986: 45).

O Projeto FORD teve início em dezembro de 1983, com previsão de financiamento até o ano de 1985. As áreas beneficiadas pelo Projeto constituíam-se de cinco comunidades interioranas (Rincão da Lage, Salto, Saltinho, Boa Esperança e São Valentin), distantes aproximadamente 30 quilômetros de Ijuí. Essas cinco comunidades eram formadas por 177 famílias. Além das comunidades rurais, o projeto estendeu-se também a outras duas comunidades da periferia urbana de Ijuí (bairros Pindorama e Thomé de Souza), as quais compunham-se de 516 famílias. A escolha dessas comunidades ocorreu “.... a partir de discussões entre o Centro de Ciências da Saúde e as lideranças

^(*) Para facilitar a referência a esse Projeto, passaremos a denominá-lo de Projeto FORD, como na prática, entre os professores, é conhecido.

locais, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Associação de Bairros de Ijuí e Secretaria de Saúde e Bem-Estar...” (UNIJUL/ProRPE, 1986: 46).

Nessas discussões, foram apresentados os critérios de escolha das comunidades que seriam beneficiadas pelo Projeto. Dentre eles, destacam-se como mais importantes: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o perfil sócio-econômico, a organização da comunidade e a abrangência da área em termos de população:

“(...) deveria ser instalado nos lugares em que houvesse mais gente de pequeno recurso, mais pobres, que fosse mais distanciado do recurso.” (Entrevista 17, Liderança do meio rural. p. 52).

As comunidades rurais escolhidas, além de enquadrarem-se nesses critérios, constituíam-se em área de forte ação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, referendando assim a escolha pelo nível de organização interna das comunidades.

Na zona urbana, os bairros escolhidos já haviam experimentado a ação da Escola de Enfermagem, a qual realizou anteriormente alguns trabalhos, os quais se efetivaram junto à Escola do Bairro Thomé de Souza. Esses trabalhos foram posteriormente estendidos à toda comunidade, resultando em um diagnóstico de saúde (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 31).

Quanto aos objetivos gerais, o Projeto visava implantar ações educativas em saúde e organizar e desenvolver os grupos sociais existentes nas comunidades.

Especificamente em relação à área da saúde, o Projeto tinha por objetivo responder às demandas de saúde das famílias; transferir conhecimentos das medidas básicas de saneamento para produzir melhorias nas condições ambientais e com isso elevar o nível de saúde; elaborar material didático de cunho educativo; dotar o Centro de Ciências da Saúde com materiais de apoio às ações educativas; responder às necessidades de saúde da população; diagnosticar e acompanhar o estado alimentar e nutricional da

população, priorizando o binômio mãe-filho; experimentar técnicas não sofisticadas e formar novos recursos humanos para a saúde (UNIJUI/ProRPE, 1986: 45; RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 72/3).

Tanto para a área urbana como para a rural, havia previsão da construção de serviços de saúde (ambulatórios). O ambulatório da zona rural, instalado junto à escola da comunidade de Rincão da Lage, foi inaugurado em 15 de setembro de 1984; o da zona urbana foi instalado no Bairro Pindorama e foi inaugurado em 03 de setembro de 1984.

No primeiro ano dos trabalhos, as atividades principais constituíam-se na realização de reuniões com as comunidades, levantamento de problemas, através de diagnóstico das condições de vida, avaliação e discussão dos dados com a população e construção de alternativas frente às prioridades levantadas.

Embora o Projeto se constituísse em uma unidade de trabalho, a divisão entre área urbana e área rural, na prática, efetivava-se em duas frentes autônomas de trabalho, das quais participavam equipes diferentes, cada uma responsável por sua área de atuação.

Em nenhum dos documentos verificados, e nem mesmo nas entrevistas, foi possível observar unidade operativa entre as duas áreas de atuação, ou seja, as frentes de trabalho tinham muito pouca integração e os desafios verificados em cada uma delas não se constituíam em fonte de discussão e análises, as quais possibilitariam o redimensionamento das ações. Esse fenômeno vai ser observado tanto no primeiro como no segundo ano do Projeto FORD.

Ainda no primeiro ano, tanto para a área urbana, quanto para a área rural, foram realizados treinamentos para Agentes de Saúde, palestras, trabalhos com escolares etc. Com a inauguração em setembro de 1984 dos dois ambulatórios, começa uma nova

fase de atividades, quando então passam a ser realizadas consultas de enfermagem, de nutrição, consultas médicas e visitas domiciliares.

No ambulatório da área urbana, além dos docentes e alunos do Departamento de Ciências da Saúde, trabalhava também uma enfermeira contratada pela Prefeitura Municipal de Ijuí, além de um médico que realizava consultas quinzenalmente. Na área rural, o ambulatório também contava com profissional médico da Prefeitura Municipal, o qual visitava com frequência as comunidades.

Além desses trabalhos, a partir dos ambulatórios, foram realizados estágios com alunos dos Cursos de Enfermagem e Nutrição e, da mesma forma que em Aracy Cervis, iniciou-se a prática de supervisão às atividades dos agentes de saúde.

Ainda em 1984, primeiro ano do Projeto FORD, foi elaborado o “Projeto de apoio à manutenção de assistência à saúde no meio rural e urbano por associações comunitárias”⁽⁶⁸⁾. Esse, emergente da preocupação com a continuidade dos trabalhos após o término do financiamento, propunha como alternativas (1) a responsabilização das comunidades pela continuidade ao apoio da Fundação FORD ou a (2) luta dessas para que a Prefeitura assumisse os trabalhos (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 57).

Para que houvesse apoio da Fundação FORD ao Projeto, a Prefeitura Municipal se responsabilizou em dar continuidade às ações após o término dos recursos:

“(...) já nesse projeto se pensou em fazer convênios com a Prefeitura, já pensando em envolver o poder público municipal durante o desenvolvimento e preocupados com a continuidade do Projeto, a gente já fez também esse convênio de forma que a Prefeitura assumisse *ao término* do financiamento do Projeto.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 42).

⁽⁶⁸⁾ Para maiores detalhes ver na íntegra “Projeto de Apoio à Manutenção de Assistência à Saúde no Meio Rural e Urbano Por Associações Comunitárias” (DCSa/FIDENE/UNIJUI, 1984).

Contudo, na prática, o Departamento encontrava nessa proposta algumas dificuldades com o poder público, que no discurso concordava com a prerrogativa de continuar os trabalhos nos moldes em que ele foi pensado, mas na prática não cumpria com o estabelecido, produzindo, dessa forma, um dissenso bastante visível:

“... à medida que você vem com um projeto, com recursos de fora (...), e se tem uma proposta e à medida que repassa, (...) não anda como você pensou.”
(Entrevista 05, Dirigente de Cooperativa, p. 54).

O não cumprimento integral do acordo por parte da Prefeitura se estabelecia basicamente de duas formas. Primeiramente, pela manutenção das atividades, principalmente no meio rural, apenas em caráter formal, através de visitas de profissionais às comunidades. Em segundo lugar, de concepção de trabalho. O caráter primário da ação do Departamento enfatizava a educação para a saúde, a organização da comunidade e a transferência de conhecimentos para a população. A ação da Prefeitura, por absoluta carência de um projeto de ação na área da saúde, direcionava-se para a realização de cuidados básicos, mais especificamente através de procedimentos básicos nos ambulatorios.

A essa problemática de fundo filosófico e conceitual, deve-se adicionar um problema de caráter político-estratégico. O Projeto FORD fora concebido única e exclusivamente por docentes da Universidade, e, como dissemos anteriormente, é fruto da experiência primeira de Aracy Cervis. Contudo, por impossibilidade de manterem-se os trabalhos após o término do financiamento, a Universidade propõe ao Poder Público Municipal que este assuma a responsabilidade dos trabalhos, mantendo as unidades construídas e os agentes de saúde treinados.

O problema que denominamos de “estratégico” advém do fato de que, durante a formulação do projeto e de sua execução nos dois anos iniciais, o Poder Público,

“herdeiro do espólio”, não participa em nenhum momento. Embora participe das discussões iniciais (reuniões para decidir local de execução, assinatura de compromissos etc), não interfere nas concepções teórico-metodológicas do trabalho. Com isso, ao invés de preparar-se um interlocutor aliado às proposições do Departamento, consegue-se produzir, apenas, um agente político preocupado em “como dar conta” do que foi gerado no processo.

Com a ausência do Poder Público na condução político-pedagógica dos trabalhos e a sua não interferência nas discussões das concepções dos projetos, não participando da coordenação dos programas, o processo de transferência da responsabilidade técnico-política do Projeto ocorreu de forma pouco satisfatória, visto que existiam diferenças significativas de objetivos, metas, concepções, os quais se manifestam em diferentes formas de conduzir os trabalhos.

Por outro lado, a Universidade, ao transferir as responsabilidades dos ambulatorios construídos para a Prefeitura Municipal, abdicava quase que completamente dos trabalhos, criando, de certa forma, um “vácuo” na sua condução.

No mesmo período em que essas dificuldades são constatadas, o Departamento rearticula internamente a estrutura da área da extensão. A mudança substancial ocorreu com a criação do Programa de Desenvolvimento de Saúde Comunitária (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 71), o qual tinha por objetivo dar unidade ao conjunto das ações desenvolvidas pelo Departamento na área da extensão, em especial aos projetos da área da saúde comunitária.

A justificativa do projeto de Desenvolvimento da Saúde Comunitária baseava-se na constatação de centralização dos serviços de saúde, na alta taxa de

especialização e no difícil acesso da população, fatores que determinam o alto custo da assistência à saúde, a sua baixa eficiência e a sua pouca efetividade:

“Essas considerações demonstram a necessidade urgente de mudanças dos modelos tradicionais de prestação de serviços de saúde por uma política de saúde que permita uma resposta às necessidades básicas de saúde dos seres humanos, envolvendo atividades curativas, de prevenção da enfermidade, promoção e conservação da saúde, dentro de um contexto de desenvolvimento do indivíduo e da comunidade com a participação de todos.” (FIDENE/UNIJUL/ProRPE, 1986: 93).

Esse Programa vai aglutinar os dois principais projetos de extensão do Departamento: o Projeto FORD e o Projeto Multiprofissional de Saúde Comunitária Urbana e Rural, financiado pela instituição alemã EZE⁽⁶⁹⁾, o qual vai ter seu início em janeiro de 1985.

No segundo ano do Projeto FORD - que coincide com o primeiro ano do Projeto EZE -, intensificaram-se às atividades junto as comunidades. São realizados reuniões mensais, estágios dos Cursos de Enfermagem e Nutrição, atividades de rotina nos ambulatorios - consultas de enfermagem e nutrição, acompanhamento do trabalho dos agentes de saúde etc - e é formada a comissão de saúde na área rural. Essa comissão, ao invés de ser estruturada em cada uma das comunidades, integrava o conjunto delas:

“... a gente achou melhor fazer uma só diretoria (...), cada comunidade deveria ter uma ou duas pessoas indicadas pra isso (...), ele faria parte da Comissão, uma Diretoria, mas ele seria mais da comunidade, qualquer coisa seria comunicado a essa pessoa.” (Entrevista 17, Liderança do meio rural. p. 54).

Também são realizadas uma série de palestras, visitas domiciliares, formação de grupos, supervisão e reciclagem do pessoal. A metodologia de trabalho baseava-se na ação participativa em saúde, que permitia

“... o desenvolvimento de uma ação educativa que implica na capacitação de indivíduos e grupos para assumir a condução na solução de seus problemas de

⁽⁶⁹⁾ Evangelische Zentralstelle Für Entwicklungshilfe - EZE. Para facilitar a referência a esse Projeto, passaremos a denominá-lo de Projeto EZE, como em realidade, entre os professores, é conhecido.

saúde, levando os grupos e indivíduos à reflexão de que a saúde não depende somente das ações que são oferecidas pelos serviços, mas também da motivação da população para refletir sobre saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, propor e realizar mudanças para seus problemas.” (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 73; UNIJUI/ProRPE, 1986: 47).

Nesse segundo ano do Projeto FORD, foram realizadas algumas avaliações das atividades. O primeiro ponto ressaltado foi a dificuldade de avaliar um programa bastante amplo em apenas dois anos, tempo considerado bastante exíguo para que resultados se apresentassem de maneira mais evidente.

Outra constatação feita foi quanto às diferenças entre as populações urbana e rural. A população urbana apresentou-se mais passiva frente ao projeto:

“... essa passividade pode ser explicada observando-se as condições de vida desta população no que tange à questão do trabalho, saúde, habitação e fundamentalmente à propriedade, pois não são ‘donos’ nem da sua própria força de trabalho, que os fazem indiferentes ao processo educativo, interessando-se em maior escala pela assistência curativa.” (UNIJUI/ProRPE, 1986: 46).

As avaliações realizadas sobre o projeto na área urbana apontam, em geral, a população como a causa das dificuldades encontradas no desenvolvimento das práticas. Isso decorre, em certa medida, da não adoção de processo avaliativo sistemático das práticas e das ações educativas implementadas. A vigilância teórica e a instauração de processo crítico-reflexivo sobre essas ações certamente denunciariam uma origem diferente para os problemas encontrados na prática.

Ainda quanto às comunidades urbanas, constatou-se uma diminuição gradativa da participação da população nas reuniões, o que revela, segundo as avaliações, a falta de comprometimento para com o trabalho. É relatada ainda a falta de compromisso político da Prefeitura Municipal. Essas constatações fizeram com que o grupo incluísse, entre as alternativas para o saneamento de dificuldades, repensar a metodologia utilizada.

Partir dos cuidados básicos em saúde para buscar-se um maior empenho das comunidades foi a idéia central da rearticulação metodológica. Isso implicaria em envolvê-las de forma mais orgânica nas práticas, desde as discussões dos problemas, na busca de alternativas, na tomada de decisões, até as avaliações. Outra alternativa levantada foi a necessidade de efetuar-se a sistematização da experiência. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 81).

Diferentemente das comunidades urbanas, as populações rurais tiveram uma vinculação mais orgânica com o Projeto, inclusive

“... observou-se a ação dos diferentes grupos que interagem nas comunidades no sentido de conquistar vantagens e (...) assumir compromissos nas diferentes fases de execução do projeto. Essas ações justificam-se pela organização orgânica das próprias comunidades em torno do sindicato, cooperativa, escola, igreja e outros.” (UNIJUI/ProRPE, 1986: 46).

Por outro lado, as avaliações do Projeto revelavam suas principais dificuldades na área rural. As mais importantes diziam respeito à falta de outros profissionais na equipe (sociólogo, educador etc), a fraca articulação entre as instituições e a falta de médico engajado na filosofia do trabalho. Da mesma forma que na experiência de Aracy Cervis, o grupo sentia a fragilidade da integração interinstitucional na área da saúde em Ijuí, a qual não viabilizava a criação de um sistema de referência e contra-referência entre os serviços, e ainda verificava a ação paralela da COTRIJUI, do Sindicato e do próprio Departamento nas comunidades, duplicando-se ações.

Contudo, as medidas desencadeadas a partir do Projeto FORD proporcionaram um maior conhecimento das comunidades a respeito de saneamento e higiene, impactando favoravelmente na melhoria das condições de higiene das moradias, nos cuidados com o lixo, no provimento de água potável etc. Nesse sentido, foram desenvolvidas ainda atividades de cuidados básicos de saúde; de avaliação e

acompanhamento do estado nutricional, principalmente de crianças; realização de consultas de enfermagem, de nutrição e médica; realização de palestras; formação de grupos e realização de assistência à saúde dos escolares. Da mesma forma, foi realizado treinamento de agentes de saúde, os quais tornaram-se aptos para desenvolver cuidados básicos em saúde e passaram a constituir-se em agentes mobilizadores de suas comunidades. (UNIJUL/ProRPE, 1986: 45/6).

Em entrevista com um líder da área rural, o trabalho foi definido como de “prevenção de doença”, com “finalidade preventiva”. Quanto à avaliação, o trabalho foi classificado como “de grande vantagem” para as comunidades, porque “atendeu muitas pessoas”, “conscientizou o povo”, “reuniu a comunidade” e foi “bastante econômico”, pois evitou que as pessoas necessitadas fossem à cidade procurar assistência à saúde. (Entrevista 17, Liderança do meio rural. p. 52/3).

Por fim, a própria avaliação feita pelos docentes do Departamento dizia que

“ao final de dois anos de trabalhos acredita-se estar em um processo de repensar a ação e de buscar abordagens mais efetivas, visto que a experiência adquirida e desenvolvida [permitiu] um conhecimento maior da realidade destas comunidades, suas reais condições sócio-econômicas, políticas e culturais, suas potencialidades, suas lideranças e os obstáculos a superar para a realização de um trabalho cada vez mais participativo e promotor de mudanças.” (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 74).

O Projeto FORD, do ponto de vista temporal, situou-se entre a primeira experiência de extensão realizada pelo Departamento - Aracy Cervis - e o último grande projeto na área - Projeto EZE -, tendo, inclusive, a metade de seu tempo coincidindo com o primeiro ano dess. Por isso, e também por não ter sido objeto de avaliação sistemática, constitui-se em uma experiência da qual o grupo do Departamento não retirou um aprendizado maior para as novas práticas de extensão.

A disponibilidade de recursos em agências internacionais para o desenvolvimento desse tipo de ações fez com que a implementação dos projetos, ou seja, a execução das práticas, sobressaísse à reflexão teórica das ações executadas. Se, por um lado, o Departamento, com isso, obteve por duas vezes, num espaço de dois anos, a possibilidade de executar ações com recursos, o volume das atividades, por outro lado, não permitiu que se tivesse um aprendizado teórico-metodológico maior das experiências de extensão.

Isso pode ser constatado no estudo das fontes primárias relativas ao Projeto FORD. O conjunto das informações sobre o Projeto é bastante modesto, e a sua qualidade, principalmente quanto à avaliação das atividades, deixa muito a desejar. Não encontramos também nenhum material relativo a parâmetros e instrumentos de avaliação. Da mesma forma, não identificamos nenhuma publicação referente à reflexão dessa experiência na área da extensão.

Essa constatação ganha sustentação no depoimento de um docente do Departamento, quando se refere sobre a não continuidade dos projetos de extensão:

“... eu acho [que a não continuidade] passa por questões de ordem metodológica e teórica mesmo.” (...) ‘Nós vamos lá fazer algumas coisas, vamos fazer algumas coisas acontecerem. O que são essas coisas? É construir ambulatório, é botar um serviço a funcionar, é ter produtividade nesse serviço, formar pessoas. Mas era uma coisa - e hoje eu consigo ver isso - que a gente fazia, mas a gente não pensava sobre isso. Eu acho que essa coisa de como você reflete sobre a tua ação e você teoriza em cima dela, a gente nunca fez isso realmente’. (...) ‘Os relatórios o que eram? Eram uma coisa descritiva...’ (Entrevista 20, Professor da UNIJUI. p. 63).

Assim, podemos concluir que o “espírito acadêmico” dessas práticas de extensão foi subjugado à vontade de assistir as populações com ações de saúde, que primavam pelo seu caráter educativo e pela transmissão de conhecimentos, entre outros. Faltou, exatamente, a presença maior da instituição Universidade nessa experiência, a qual

deveria conjugar dialeticamente a produção de conhecimentos com o desenvolvimento de objetivos mais concretos referentes à vida dessas populações.

4.2.3 Projeto Multiprofissional de Desenvolvimento de Saúde Comunitária Urbana e Rural - Projeto EZE

O Projeto EZE teve seu início em janeiro de 1985. Com duração prevista para três anos, visava implementar ações educativas apoiadas no tripé EDUCAÇÃO-SAÚDE-AGRICULTURA. (RELATÓRIOS do DCSA, 1994: 71).

A justificativa do Projeto EZE apoiava-se na mesma linha argumentativa do Projeto Ford, ou seja, a falta de acesso das populações menos privilegiadas aos serviços de saúde, a concentração dos serviços na área central da cidade e a sua inadequação às necessidades das populações.

O Projeto era entendido também como um instrumento de capacitação da própria ação pedagógica do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI. Isso ocorreria, em primeiro lugar, por propiciar um espaço de atuação aos discentes, interligando concretamente aspectos teóricos à realidade social, acarretando, dessa forma, uma formação acadêmica contextualizada.

Em segundo lugar, o Projeto se constitui em um espaço de instrumentalização do próprio corpo docente do Departamento, qualificando-o, através da interação teoria/prática, para o enfrentamento dos desafios da área do ensino. Assim, com o Projeto EZE, pretende-se melhorar a formação dos profissionais egressos dos Cursos do

Departamento e qualificar o ensino, através da inserção dos professores no cotidiano dos grupos sociais.

Os objetivos do EZE também assemelham-se aos do projeto anterior. Assim, tinha-se por propósitos construir Centros Integrados de Ações de Saúde - CIAS -; desencadear a participação efetiva das camadas populares nos serviços de saúde; realizar estudos para geração de novos conhecimentos; reunir elementos da realidade objetiva como subsídio para pesquisas posteriores; elevar o nível de saúde da comunidade; integrar os serviços de saúde do município; experimentar técnicas básicas não sofisticadas de assistência à saúde; treinar novos recursos humanos para a saúde; e desencadear processo de reflexão, questionamento e mobilização da comunidade para a realidade social, política e econômica da sociedade, visando a sua transformação. (UNIJUI/ProRPE, 1986: 32).

O Projeto EZE, a exemplo do Projeto FORD, foi desenvolvido em uma área urbana e em uma área rural. Na área urbana, a escolha recaiu sobre o bairro Luis Fogliatto, no qual residiam 450 pessoas. O Projeto previa também a extensão de seus benefícios a mais quatro bairros próximos. Na área rural, o Projeto EZE foi desenvolvido em sete comunidades interioranas, as quais constituíam o Distrito de Chorão, distante em média quinze quilômetros do centro da cidade. Essas comunidades rurais eram compostas por 470 famílias, totalizando 1843 pessoas.

Para a escolha desses locais, desencadeou-se um processo diferente do que até então realizava-se:

“O Projeto EZE nós não definimos sozinhos aqui na UNIJUI, como fazíamos anteriormente (...), até antes nós consultávamos o Conselho de Bairros de Ijuí, o presidente, a pessoa do presidente. No Projeto EZE nós fizemos uma reunião com todos os líderes de bairros, discutindo o que era o projeto (...). Então nós reunimos todas as lideranças de bairros, o presidente do Conselho de Bairros de Ijuí e as lideranças dos sindicatos do meio rural. A partir daí é que definimos aonde iríamos implantar o projeto ...” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 44).

Contudo, embora tenha-se acrescido mais interlocutores no processo de escolha das comunidades, os critérios adotados foram os mesmos das experiências anteriores. Dessa forma, foi determinante na decisão a dificuldade do acesso aos serviços, a mobilização da comunidade, o baixo nível sócio-econômico e a abrangência da área em termos de número de pessoas.

Outro aspecto que se manteve em relação à experiência anterior foi a quebra da unidade operativa do Projeto, através do seu fracionamento em áreas urbana e rural, apesar de haver uma coordenação geral dos trabalhos. A perda da unidade operativa foi determinada em função do volume de ações previstas e da sua complexidade, do reduzido número de técnicos e do pequeno período de tempo, fatores esses que pressionam a otimização do conjunto dos recursos na tentativa de cumprir-se com os prazos estabelecidos no cronograma de trabalho.

Apesar disso, as diferenças para com o Projeto FORD são bastante grandes. Elas não dizem respeito tanto à proposição como um todo, mas, principalmente, quanto à dinâmica dos trabalhos.

A primeira diferença significativa é quanto à complexidade das relações sociais, onde o projeto se processa. A comunidade do bairro Luis Fogliatto caracteriza-se por ser uma das áreas mais pobres de Ijuí e, dessa forma, as relações sociais são bastante diferentes daquelas encontradas, por exemplo, no Bairro Thomé de Souza (Projeto FORD), uma área povoada por trabalhadores do comércio e da indústria local. Os moradores do bairro Luis Fogliatto, em grande maioria, são expropriados da terra, sub-empregados e trabalhadores de baixa renda.

Por outro lado, quanto à população da zona rural, o grupo detectou um

“... conflito histórico pela conquista do poder no Distrito entre as comunidades da Linha 6 Norte e do Chorão que se acentuou quando da discussão e decisão do local de construção do Centro de Ações Integradas de Saúde. (...). [Havia] uma

relação de forças entre o grupo dominante e outros grupos da comunidade em que [teve] grande peso os fatores econômicos e culturais. Também [interferiram] no processo o jogo de interesses por parte de grupos externos e de outros grupos do Distrito.” (UNIJUI/ProRPE, 1986: 33).

Essa diferenciação de contexto sócio-político impunha ao Departamento uma conjuntura bastante complexa.

Na área rural, as diferenças entre os grupos tiveram consequências importantes sobre o trabalho. O início do processo ocorreu através da discussão do Projeto junto às comunidades, na qual se decidiu pela realização de um diagnóstico, tendo por base o núcleo familiar. Após a elaboração do instrumento de pesquisa, o mesmo foi discutido pela comunidade, que, na ocasião, retirou alguns itens e introduziu outros.

A realização das entrevistas aconteceu após discussão prévia com a população. A sua efetividade correspondeu a 90% dos moradores do Distrito. De posse dos dados do diagnóstico, os mesmos foram devolvidos à população, que iniciou as primeiras discussões.

Contudo, tendo em vista a previsão no Projeto da construção de um ambulatório, as comunidades decidiram priorizá-lo, dando início também aos debates sobre a criação de uma Associação Comunitária.

A partir de então, foram realizadas várias reuniões para a escolha da sede do programa. Essas reuniões culminaram com a realização de uma Assembléia Geral Comunitária, a qual aprovou, por votação da maioria, a escolha da Comunidade de Chorão:

“Então os da Linha 6 queriam lá, os daqui queriam aqui. Então foi feito reuniões, várias e diversas reuniões expondo, qual era o objetivo desse trabalho e como tinha que ser feito. Dai foi feito uma votação aqui na escola com todo o pessoal do Distrito pra saber onde ia ser o Ambulatório. Ai foi votado e se decidiu que ia ser aqui.” (Entrevista 19, Liderança do meio rural. p. 56).

O processo de escolha, contudo, não ocorreu de forma tranqüila. Como as duas principais comunidades candidataram-se a sediar os trabalhos, criou-se um impasse entre as comunidades de Chorão e da Linha 6 Norte. A escolha, recaindo sobre Chorão, determinou o afastamento da outra comunidade requerente, o que não pode ser contornado

“... a gente foi atrás deles várias vezes, mas eles se retiraram.” (Entrevista 19, Liderança do meio rural. p. 56).

A partir dessa definição, as atividades do Projeto, propriamente ditas, foram iniciadas, entre elas, a construção do ambulatório:

“Então daí começou a construção. A Prefeitura entrou com o terreno, a comunidade com a mão-de-obra e a FIDENE com o material que veio da Alemanha. (...) na época antes da construção já tinha uma Diretoria provisória que ficou dois anos; daí depois ela foi reeleita...” (Entrevista 19, Liderança do meio rural. p. 56).

Na área urbana, a interferência das condições sócio-políticas também foram visíveis e relatadas pelo grupo que atuava no bairro Luis Fogliatto. Nas primeiras avaliações dos trabalhos já se encontram registros da existência de interferências político-partidárias no trabalho, principalmente através da manipulação da Associação de Amigos do Bairro, como bem demonstra a fala abaixo:

“... a doação do terreno nós tivemos problemas políticos gravíssimos e sérios. Nós levamos quase um ano pra decidir a área física pra fazer esse trabalho; a gente via que a própria liderança do bairro estava muito atrelada à prefeitura municipal, e isso causou também muitos problemas e muitos entraves. Até de nós marcarmos reunião com toda a comunidade e ela ser desmarcada pelo próprio líder de bairro.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 49).

Além dessas dificuldades políticas, a dinâmica social da comunidade impunha outras dificuldades aos trabalhos. Em primeiro lugar, os problemas sócio-econômicos da população, pois

“... as necessidades do pessoal da periferia urbana era muito diferente, que era uma coisa mesmo de sobrevivência, da equipe do projeto estar inserida num conflito muito maior, que

era o conflito da sobrevivência dessas pessoas. Coisas que lá no Chorão, apesar de ter famílias muito pobres (...) era um outro tipo de necessidade, porque eles tinham algumas coisas básicas, que era lugar pra morar, que era comida..." (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 62).

Outra situação que interferia nos trabalhos era o vínculo da população com o local da moradia. Devido à marginalização sócio-econômica de boa parte da população, a rotatividade de moradores era bastante grande e um fenômeno social bastante comum, sendo que a equipe do Departamento denunciava "a falta de laços comunitários em decorrência da rotatividade de moradia". (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 134).

Além disso, a situação sócio-econômica da população fazia com que as suas expectativas frente aos trabalhos fossem diferentes daquelas esperadas pela coordenação do Projeto. Populações desassistidas, carentes e necessitadas tendem, em geral, a reivindicar ações que visam dar conta de suas demandas mais urgentes⁽⁷⁰⁾. Esse fato, acrescido do caráter paternalista e assistencialista da maioria das ações sociais desenvolvidas para populações subalternas, determina que, na área da saúde, a assistência curativa se constitua na expectativa maior, na ação suficiente⁽⁷¹⁾.

Isso determina, em parte, uma certa dificuldade de uma parcela dessas populações compreender, na íntegra, as ações que primam pelo caráter educativo e preventivo e, conseqüentemente, se engajar nelas. Esse fenômeno foi verificado no bairro Luis Fogliatto, sendo que a equipe do Projeto relatava que apenas uma parte da população "entendia a proposta global do trabalho". (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 134).

Apesar dessas dificuldades, todas as atividades foram sendo executadas, e os primeiros resultados começaram a ser visualizados. No meio urbano, depois da identificação das principais dificuldades da comunidade, foram organizados grupos por

⁽⁷⁰⁾ Movimentos coletivos reivindicatórios definidos por carências comuns são denominados, por Eunice Durham, de "movimentos efêmeros". Para maiores detalhes, ver DURHAM, 1984.

⁽⁷¹⁾ Essa discussão leva-nos a refletir sobre a questão dos movimentos sociais, sua formação, a relação com as políticas públicas e com o próprio Estado. Nesse sentido, ver JACOBI, 1989: 03/20.

problemas (fome, desemprego, crianças fora da escola etc), os quais se responsabilizavam por diagnosticar, discutir e apresentar soluções. Foram organizadas ainda algumas comissões de trabalho: produção e consumo de alimentos; valorização da pessoa humana e saúde. Desses trabalhos, surgiram alternativas e propostas, com as quais se organizaram sub-programas de ação.

Dentre esses sub-programas, os mais importantes foram: Horta Domiciliar; Alternativas para ocupação da mão-de-obra; Feira da Pechincha; Grupos de gestantes, de alcoolistas jovens. No ano seguinte, 1986, apareceram outros sub-programas, como o da construção do Centro Integrado de Ações de Saúde - CIAS; o de assistência ao hipertenso e de assistência à gestante e à criança de 0 a 5 anos. Além dessas atividades, a comunidade foi mobilizada para gerar alternativas de obtenção de recursos, sendo proposta a realização de atividades, como festas beneficentes e mutirões. O trabalho na área urbana, segundo o grupo de coordenação, procurou

“ motivar a participação da comunidade na detecção de seus problemas e também no potencial de ação coletiva para provocar mudanças, (...) o processo de participação [foi entendido] como a busca de legitimação de direitos como saúde, educação, higiene, lazer, alimentação e moradia que estão sendo mistificados e negados às camadas mais pobres da população. [Pretende-se] desencadear um processo de análise e reflexão sobre as suas condições sociais de existência, onde o serviço de saúde seja um meio para atingir uma sociedade mais justa.” (UNIJUI/ProRPE, 1986: 35).

Na área rural, dava-se início ao treinamento de agentes de saúde e à realização de consultas de enfermagem e de nutrição no CIAS, que foi inaugurado em 09 de setembro de 1986. O ambulatório tinha uma equipe de trabalho constituída por duas agentes de saúde, um médico que prestava serviços semanalmente e uma enfermeira que visitava o serviço três vezes por semana. Todos esses profissionais foram contratados via Ações Integradas de Saúde. Além disso, foram organizados alguns grupos de trabalho, dentre os quais, o grupo de estudos sobre ervas medicinais e os grupos informais dos

núcleos de Coqueiro e do Piratini^(*), que reuniam as mulheres para discussões de temas escolhidos por elas.

Os alunos dos cursos de graduação do Departamento foram gradativamente incorporados a esses trabalhos, através da realização de estágios de Enfermagem em Saúde Pública e de Nutrição Aplicada, os quais integravam suas atividades no corpo do Projeto, constituindo-se numa fonte importante de recursos humanos.

Nesse período inicial, outra ação importante foi a fundação da “Associação de Estudos e Ações Integradas de Saúde do Distrito de Chorão”. Sua primeira diretoria foi eleita em 17 de dezembro de 1986 e tinha mandato de dois anos. A Associação tinha por objetivos estimular a comunidade em sua organização; promover eventos culturais e sociais e garantir assistência à saúde (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 110). A escolha desse extenso nome para a associação queria expressar a totalidade dos objetivos do Projeto:

“... era um nome que dava bem certo com o objetivo do Posto (...) Porque o objetivo do Posto não era só curativo, era estudar mesmo! Eles queriam fazer horta com chá, eles queriam estar sempre em um constante estudo pra melhorar a saúde.” (Entrevista 19, Liderança do meio rural e agente de saúde. p. 58/9).

Nesse conjunto de ações, o papel do técnico era o de agente

“... mobilizador, de agente causador de questionamento no seio da comunidade, assessorando na organização da mesma, instrumentalizando-a para a continuidade do trabalho e busca de alternativas de solução de seus problemas.” (UNIJUI/ProRPE, 1986: 35).

Nesses dois primeiros anos de projeto - 1985 e 1986 -, as avaliações dos trabalhos na área rural relatavam como pontos principais a não constituição de uma equipe interdisciplinar para o projeto; a realização de discussões do papel social do homem e da

(*) Comunidades rurais pertencentes ao Distrito de Chorão.

mulher; o desencadeamento de um processo de organização da comunidade e a organização de grupos para a busca de soluções de problemas.

A fundação da Associação Comunitária foi entendida como manifestação da vontade política da comunidade em organizar-se, preparando-se para participar ativamente na Comissão de Saúde do Município. Destaca-se, por fim, a importância da formação dos grupos de ação e a construção do CIAS. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 111/2; UNIJUL/ProRPE, 1986: 35).

Na área urbana, as avaliações apontavam para o crescimento dos trabalhos, a partir das definições de comissões e de responsabilização dos membros das comunidades. Indicavam como positivo o envolvimento das mulheres nas discussões dos problemas, a união e a participação da comunidade nas atividades do Projeto. O grande volume de atendimento no ambulatório se constituía em indicativo suficiente de justificativa de sua implantação. As avaliações destacam ainda o envolvimento dos alunos nos trabalhos e a participação ativa da comunidade na Comissão de Saúde do Município.

Ainda no ano de 1986, o projeto foi repassado para as Ações Integradas de Saúde - AIS. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 72). Isso implicava no início de um processo de retirada gradual do Departamento de Ciências da Saúde dos trabalhos, fato esse que ocorre no final do segundo semestre de 1988.

No ano seguinte - 1987 -, o Departamento realiza um processo interno de reflexão das práticas de extensão e de pesquisa, com o objetivo de discutir e avaliar os projetos que vinham sendo implementados. A discussão ratifica a orientação adotada, a qual estava voltada para a ação educativa, para a democratização dos conhecimentos, participação e desenvolvimento comunitário (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 124).

Nesse sentido, é proposta a redefinição de linhas, programas e projetos de extensão. Esse processo vai gerar, apenas, o reagrupamento das práticas de extensão, sendo o Projeto EZE alocado ao Programa de Desenvolvimento Comunitário e Educação Popular, o qual incluía também as atividades de integração entre o Departamento e a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS - e assessorias a municípios e instituições (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 124/5). Essas redefinições não alteraram, de forma concreta, o desenvolvimento do Projeto, que continuou com seu ritmo normal de trabalho.

No meio rural, seguiam-se as atividades de consultas de enfermagem e de nutrição; reuniões da Associação de Estudos com a CIMS; as atividades dos grupos de ervas, de hipertensão e de gestantes; atividades com os escolares; estágios de alunos dos Cursos de Enfermagem e de Nutrição; reuniões com o grupo de mulheres dos núcleos de Coqueiro e Piratini; visitas domiciliares; treinamento de agentes de saúde e as reuniões da Associação de Estudos e Ações Integradas de Saúde do Distrito de Chorão.

As avaliações desse período relatam a realização de atividades mais intensas com as comunidades, mesmo que ainda algumas comunidades continuassem à margem dos trabalhos. Apesar disso, a imensa maioria dos moradores do Distrito solicita a continuidade e mesmo a ampliação das atividades, sugerindo a criação de agroindústrias, a realização de cursos, a construção de uma biblioteca comunitária e de um centro de formação de mão-de-obra.

Na avaliação de lideranças da comunidade, o trabalho pretendia “fazer um ambulatório e o principal objetivo era a medicina preventiva”. Nesse sentido,

“... foi um trabalho ótimo, conseguiu mexer com a comunidade daqui. Toda ela vinha e participava (...), principalmente em termos de saúde preventiva. Eu acho que no momento que a comunidade participa e tem alguém que ajude (...) no caso da FIDENE ela auxiliava, mostrava os caminhos e isso era muito interessante.” (Entrevista 19, Liderança do meio rural e agente de saúde. p. 58/9).

Mas é nesse contexto de intensas atividades que o Departamento vai afastando-se gradativamente do trabalho, fato esse que acaba por transformar radicalmente o caráter e a dinâmica das ações. Com a transferência da coordenação dos trabalhos para a Prefeitura Municipal,

“... houve bastante diferença ... quando a gurias tavam aqui [equipe do Departamento] tinha aquela prevenção, nê?”

(...)

‘... mas que nem nós fazíamos visitas no tempo da FIDENE, que a gente visitava todas as localidades que pertencem ao ambulatório, então aquilo não houve mais.’

(...)

‘... no início do trabalho até a enfermeira e a nutricionista da Prefeitura também vinham quase todas as tardes. Depois foi diminuindo, diminuindo; daí foi cada quarta-feira, só um vez por semana e agora de quinze em quinze dias.” (Entrevista 19, Liderança do meio rural e agente de saúde. p. 58/9).

Como se pode perceber pela citação acima, mais uma vez o Departamento não conseguiu fazer com que a sua saída da coordenação dos trabalhos não implicasse em modificação radical destes. A transferência da condução técnico-política das atividades para o Poder Público Municipal, para além de se garantir a continuidade dos trabalhos e de estar previsto no Projeto, deriva também de concepção quanto aos deveres do poder público para com a saúde:

“... a gente já tinha uma preocupação de que a prefeitura assumisse cada vez mais, eu acho que um pouco com essa coisa de que o dever é obrigação, do poder público assumir a saúde...” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 46).

Contudo, apesar dessa consciência crítica quanto ao papel do poder público na área da saúde, a falta de integração efetiva entre Universidade e Prefeitura fazia com que os trabalhos, na troca de mando, fossem completamente alterados, dificultando a própria ação futura do Departamento:

“... se sentiu nesses projetos que a gente já havia trabalhado, no momento em que os profissionais começavam a assumir, por exemplo, a coordenação daquele centro, daquele ambulatório, (...) até mantinhamos, continuávamos a ir lá, íamos

através de estágios, mas não tínhamos mais a coordenação, e nós começamos a sentir, por um lado, uma certa dificuldade de desenvolver o mesmo tipo de trabalho que nós tínhamos abertura quando coordenávamos. Quer dizer, os profissionais não necessariamente partilhavam, ou tinham o mesmo interesse, ou desenvolviam o tipo de atividades que a gente estava desenvolvendo.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 46).

O risco de tais acontecimentos era, de certa forma, calculado, tendo em vista que a troca de coordenação implicaria em readequação das práticas aos ideais, interesses e objetivos da instituição. Por outro lado, um outro problema deve ser acrescido a este:

“... a gente apostou um pouco demais na capacidade da administração municipal sentir a importância do trabalho da Universidade, e ter essa preocupação em manter convênios que dessem condições pra que a Universidade continuasse desenvolvendo os trabalhos.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 49).

O trabalho do Projeto EZE, que se encerra no final do semestre do ano seguinte - 1988 -, termina também com essa dificuldade. Contudo, nessa ocasião, a problemática não era apenas sentida pela Universidade, a própria comunidade reclamava⁽⁷²⁾ das diferenças na condução dos trabalhos:

“... foi assim entregue oficialmente para a comunidade as chaves do ambulatório do Distrito do Chorão para a Comissão de Saúde passar para a comunidade. E depois, meses depois, a própria comunidade, publicamente frente até de alguns profissionais da Prefeitura Municipal de Ijuí, nos cobrava o porquê que nós não estávamos lá; por que a Universidade tinha - como se fosse uma lamentação - abandonado o trabalho.” (Entrevista 11, Grupo de Extensão. p. 46).

Na área urbana, nesses últimos 18 meses de Projeto EZE, foi também realizado um conjunto de atividades previstas nos cronogramas de trabalho, junto ao Clube de Mães, Escola, Associação de Amigos do Bairro e no Centro Integrado de Ações de

⁽⁷²⁾ Quando fizemos as entrevistas com membros da comunidade, a Associação de Estudos e Ações Integradas de Saúde do Distrito de Chorão havia recentemente realizado uma reunião com o recém-impossado secretário municipal de saúde para cobrar do poder público o descaso para com o ambulatório do Distrito. Na ocasião, a Diretoria estava tentando localizar um contrato firmado entre comunidade e Prefeitura, no qual esta se comprometia em manter os trabalhos de saúde no Distrito, o que vem ocorrendo de forma bastante precária.

Saúde. As atividades desenvolvidas incluíam ações de saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde e o fomento à organização e participação comunitária.

Além dessas atividades, realizou-se o planejamento com a comunidade das atividades do CIAS, atividades de teatro, palestras, visitas domiciliares e confraternizações com a comunidade.

No decorrer desse processo foi realizada uma avaliação geral do Projeto junto às diretorias das entidades comunitárias, Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Ação Social, técnicos do CIAS, técnicos do projeto e comunidade. A sistemática da avaliação ocorreu através de relato das ações executadas, trabalho de grupos, que debateram os benefícios e as dificuldades do projeto, apontaram as atividades que não foram desenvolvidas, propuseram alternativas e formas de operacionalizá-las. Após essa etapa, foi realizada uma plenária, em que cada grupo apresentou suas discussões e conclusões.

Entre as principais questões levantadas, cabe citar o significado do CIAS, que efetivou-se como extensão de cobertura; o aprofundamento dos laços entre técnicos e comunidade; as dificuldades em avançar em trabalhos relacionados às condições de vida, organização e desenvolvimento da comunidade e a necessidade de trabalhar-se alternativas na área da produção para interferir na condição social da população.

A partir do segundo semestre de 1988, o Departamento desfaz o vínculo com a comunidade, fazendo-se presente apenas na realização de algumas atividades de estágio junto ao ambulatório e à escola do bairro.

Mesmo que o Projeto EZE se autodenominasse de “multiprofissional”, em nenhum momento se percebeu a existência efetiva de uma equipe interdisciplinar atuando

conjuntamente. O que percebemos foi a presença esporádica e casual de técnicos com formação na área da educação e das ciências sociais, especialmente.

Por outro lado, o término do Projeto e o conseqüente repasse ao poder Público Municipal dos serviços criados e dos profissionais envolvidos careceram de uma melhor articulação interinstitucional, visto que o poder público, na área da saúde, não apresentou em nenhum momento um projeto consistente de atuação, cujas conseqüências implicaram na descaracterização das atividades dos moldes em que foram concebidas e inicialmente desenvolvidas.

O término das atividades do Projeto EZE significa também o fim da implementação de grandes programas de extensão por parte do Departamento. Dessa forma, termina um ciclo de práticas que tem seu início em 1980 com a fundação da Escola de Enfermagem de Ijuí e com o trabalho realizado junto à comunidade de Aracy Cervis, práticas essas que visavam a estender às populações marginalizadas serviços de saúde pública com caráter educativo e preventivo.

4.3 Algumas Considerações Sobre os Projetos de Extensão do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da UNIJUI

Não queremos nesse tópico esgotar as discussões sobre a política de extensão do Departamento de Ciências da Saúde, mas sim levantar alguns pontos que julgamos constituir-se nas principais causas das dificuldades na implementação dessa política. Além disso, procuraremos compreender melhor as causas do esgotamento deste

tipo de proposição, ou seja, de realizar-se programas de extensão a comunidades desassistidas.

Em primeiro lugar, cabe destacar que o discurso dominante no Departamento atribui ao problema do financiamento a principal causa pela não realização de outros programas:

“... o discurso hegemônico dentro do Departamento é de que as coisas não seguiram acontecendo pela questão do financiamento. (...) Mas eu acho que passa por questões de ordem (...) metodológica e teórica.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 63).

Essa postura, de certa forma, revela dificuldades que o grupo que coordenava essas atividades tinha em avaliar de forma ampla e sistemática o conjunto de ações que estavam sendo implementadas. O esgotamento das fontes financeiras foi, certamente, um fator decisivo; contudo, outros fatores foram determinantes para a não continuidade dos programas de extensão, como por exemplo, as transformações político-jurídico-institucionais da área da saúde no Brasil, transformações essas dificilmente percebidas e explicadas pelo paradigma da Medicina Comunitária.

Além disso, existia no grupo do Departamento uma dificuldade concreta para a realização de uma auto-crítica, uma análise mais consistente dos projetos e práticas:

“... [havia] uma resistência nossa enquanto grupo de discutir essas coisas, e de olhar pra nossa prática. (...). [A tendência] é de projetar as coisas pra fora de nós se as coisas não funcionam, se as coisa não dão certo é por culpa de alguém: ou é da Reitoria, ou do Departamento, ou da Prefeitura, da gente ter dificuldade de dizer qual é a nossa participação nisso, o que nós temos a ver com isso.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 63).

Ademais, nos projetos de extensão não estão explicitados os parâmetros e instrumentos de avaliação das práticas, o que dificultou, inclusive, a percepção de seus impactos sobre a realidade. Isso, de certa forma, se refletia na qualidade dos relatórios enviados às agências financiadoras, que em geral eram descritivos e pouco analíticos:

“... quando nós fomos apresentar um relatório final pro EZE o que nós tínhamos pra mostrar? Nós tínhamos fotografias, coisas que nós fizemos, mas não tínhamos nenhum trabalho de reflexão sistematizado, nenhuma publicação, não tinha nada em relação à produção de conhecimentos.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 63).

A dificuldade de gerarem-se, nesses projetos de extensão, conhecimentos sistematizados fez com o grupo não conseguisse apreender os limites, as dificuldades, as potencialidades e as principais contribuições das práticas de extensão para com as demais ações do Departamento, em especial para a área do ensino.

O trabalho, dessa forma, constituía-se em construir ambulatórios, colocar serviços básicos a funcionar, ter um nível razoável de produtividade nesses ambulatórios, formar novos recursos humanos para a saúde, que se limitava a treinar agentes de saúde, e desenvolver ações visando o “desenvolvimento comunitário”, incluindo desde o repasse de informações, até a constituição de Associações Comunitárias.

Esse conjunto de atividades imprimia ao grupo uma dinâmica muito grande, levando o Departamento a um “ativismo acadêmico”, do qual faziam parte atividades de ensino, de administração acadêmica, atividades de extensão, de gerenciamento dos projetos, de representação política da área da saúde da Universidade etc.

A não sistematização das práticas, o fracionamento das ações dos projetos de extensão - em área rural e urbana, por exemplo -, aliados à falta de um “... espaço de reflexão, do pensar e pra que nós estamos fazendo isso e como nós estamos fazendo isso.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 69), fez com que a proposta na área da extensão ficasse estagnada, nos níveis teórico-conceituais e metodológicos, do contexto da área da saúde do final dos anos 70, ou seja, passados quase dez anos as proposições para a área da extensão continuavam a ser referenciadas sobre os mesmos discursos, mesmos objetivos, e os mesmos paradigmas. Isso também dificultou para o Departamento a elaboração e “venda” de outros projetos de extensão, pois “... a gente não se sustentava mais

teoricamente pra poder até vender um projeto.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUI, p. 63).

Além disso, algumas definições internas dos projetos, como por exemplo, o nome dos ambulatorios construídos, parecem também ser produto do acaso, e não resultantes de um processo de discussão. Quanto a isso, não encontramos qualquer referência que pudesse esclarecer por que em cada um dos projetos os serviços estruturados passam a ter denominações diferentes. Assim, no Projeto de Aracy Cervis a unidade construída chama-se Centro de Enfermagem de Aracy Cervis; no Projeto FORD simplesmente de ambulatorios e no Projeto EZE de Centros Integrados de Ações de Saúde.

No primeiro projeto, a denominação Centro de Enfermagem parece indicar o desejo e a necessidade de fortalecer-se a imagem do profissional enfermeiro, até então completamente desconhecido na região. O nome da unidade funcionaria como elemento de difusão da atividade de enfermagem.

No Projeto FORD, a troca de denominação das unidades de Centros de Enfermagem para ambulatorios pode significar, entre outros, que, passados alguns anos da ação da Escola de Enfermagem de Ijuí, a difusão das funções e responsabilidades assumidas pelo enfermeiro (e mesmo pelo nutricionista) já havia sido suficiente, não mais se fazendo necessária, de forma extensiva, a divulgação e a promoção desse profissional.

No Projeto EZE, a denominação de “Centros Integrados”, ao invés de Ambulatorios, pode ter sido em decorrência do processo de implementação das Ações Integradas de Saúde, que começa oficialmente no Rio Grande do Sul no mesmo ano de implantação do Projeto. Pode ser ainda, como o próprio nome do Projeto revela, uma intenção de fazer-se trabalhos através da constituição de equipe multiprofissional.

Dessa forma, não conseguimos encontrar respostas que pudessem revelar o porquê das distintas denominações das unidades construídas pelos projetos de extensão. Nem mesmo nos documentos primários da Pesquisa e no processo de entrevistas, essa questão foi resolvida. Em certa medida, as diferentes denominações das unidades de saúde revelam os principais conceitos teórico-metodológicos utilizados nos projetos e o contexto sócio-político em que suas práticas estão inseridas.

Outro ponto que merece destaque nesse sentido é o abandono irrestrito das unidades construídas. Em nenhum momento, o grupo estudou a possibilidade do Departamento ficar na coordenação de algum serviço:

“... a gente poderia ter feito tudo que se fez: doação da infra-estrutura, da Prefeitura assumir, mas o Departamento poderia ter assegurado, sei lá, a direção desses serviços, como existem outras experiências (...). Existiram formas da gente continuar dentro desses serviços e com efetivo poder de determinar a estrutura e funcionamento desses serviços.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUL, p. 63).

Por fim, quanto ao modelo tecno-assistencial implantado pelos serviços estruturados nos projetos, ele pouco se diferenciou daquele dos demais serviços existentes no município, passando a reproduzir

“... o modelo clínico de assistência (...), tudo aquilo que a gente negava por convicção até, a gente tinha convicção daquilo que falava, mas eu acho que a gente só conseguiu foi reforçar isso: (...) reforçar a demanda do hospital, (...) a idéia da necessidade do médico (...) Acho que a gente não conseguiu saltar por cima dessas coisas.” (Entrevista 20, Professor da UNIJUL, p. 71).

Mesmo assim, devemos salientar que a ação do Departamento nessa área serviu o município com uma rede de serviços de saúde, localizada em áreas estratégicas, visto que, até então, não havia tais serviços no sistema local de saúde.

Outro ponto a destacar é a decisão firme e corajosa do Departamento de investir nesse tipo de projeto, contrapondo-se à cultura dominante no município, tanto do

setor público como de outros segmentos, que concebia as práticas de saúde apenas em seu caráter restrito de reabilitação e cura.

4.4 A Política da Promoção de Eventos

O segundo momento analítico construído para o estudo da inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde é a política de promoção de eventos do Departamento de Ciências da Saúde. Este, como demonstramos anteriormente, desde o primeiro ano do funcionamento da Escola de Enfermagem de Ijuí, realiza uma série de eventos e encontros científicos, os quais se destinam a um conjunto diversificado de objetivos.

Grosso modo, pode-se dizer que esses eventos são derivados das três principais áreas que compõem a Universidade, ou seja, áreas de ensino, de pesquisa e de extensão. Dessa maneira, alguns eventos foram realizados em função da política de ensino, visando discutir a sua adequação aos perfis profissionais dos cursos, avaliar a qualidade do ensino e, ainda, promover a discussão de temáticas referentes a conteúdos técnicos da qualificação profissional.

Nos eventos da área de ensino, podem ser incluídos os Seminários Internos de Avaliação do Ensino, tanto do Curso de Enfermagem, quanto do Curso de Nutrição, os Seminários com Formandos e Egressos, os Seminários de Avaliação dos Estágios nas Instituições, os Seminários para Discussão dos Perfis Profissiográficos e os eventos com a participação direta de assessorias externas para a discussão das proposições de curso.

Na área da pesquisa, os eventos são raros. Na verdade, o Departamento, no período em estudo, não promoveu nenhuma atividade direcionada à discussão de linhas de pesquisa. Os eventos dessa natureza foram todos promovidos pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão⁽⁷³⁾, que, a partir do ano de 1983, promove mini-seminários internos para discutir a política de extensão e pesquisa. A partir de 1984, são realizados Seminários Internos de Pesquisa e Extensão, destinados a discutir, reformular as principais proposições na área da pesquisa e da extensão, assim como também para divulgar os principais programas existentes na Universidade e nos Departamentos.

O Departamento se fez presente nesses eventos e a preparação prévia do corpo docente, visando à participação neles, ocorreu através da realização de seminários internos e da produção de documentos para apresentação e discussão nos fóruns promovidos pela Universidade (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 79/80; 100/101; ProREP, 1986: 80/102).

Existe ainda um outro tipo de evento que se destina a um público/clientela mais externo à Universidade. O Departamento, já no ano de sua criação, promove a Semana de Atualidades Sobre Saúde. Esse encontro, realizado no final de 1980, propõe a discussão sobre várias temáticas e atrai o interesse da comunidade acadêmica e comunidade externa. Esse é o primeiro evento realizado pela área da saúde da UNIJUI e foi promovido em função da vontade política expressa do grupo que coordenava suas atividades, visto que um dos objetivos fixados pelo Departamento era a realização anual de eventos científicos e culturais. (EEI/FIDENE. Relatório Anual de 1981: s/p.; APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 13).

⁽⁷³⁾ Em 1984, por ocasião do novo Regimento dos Centros Integrados de Ensino Superior de Ijuí, foi criada a Direção de Extensão e Pesquisa (precursora da ProRPE), assim como também são criados os Colegiados de Extensão e Pesquisa nos Departamentos, os quais passam a ser unificados, mais tarde, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão - CEPE. (FIDENE/UNIJUI/ProRPE. A pesquisa e a extensão na UNIJUI, 1986).

Nos anos subseqüentes, são realizados novos encontros, que passam a ter a denominação de Encontros de Estudos de Enfermagem e Nutrição. Esses Encontros ocorrem entre anos de 1981 a 1983 e em 1986. Nos anos de 1984 e 1985 e após 1986 são organizados encontros específicos por curso, ou seja, Encontro de Estudos de Nutrição e Encontro de Estudos de Enfermagem.

Essa diferenciação significa que cada uma das áreas necessita construir espaços para discutir suas próprias especificidades, visto que particularidades começam a se expressar, em função da consolidação de suas identidades.

Os temas de interesse comum às duas áreas - Nutrição e Enfermagem - e do conjunto do Departamento - saúde - passam a ser discutidos em outro fórum que é organizado a partir de 1983. Neste ano, é realizado o Iº Seminário Regional de Saúde e Meio Ambiente - SRS.

A realização desse Seminário se inclui em uma política da Universidade, que passa a organizar encontros em áreas que considera estratégicas (MARQUES, 1984: 260/1). Em linhas gerais, essa proposta é resultante da ação da FIDENE com um conjunto diversificado de interlocutores e como sua necessidade enquanto uma instituição que pretende congrega o conjunto dos interesses sociais/regionais, apresentar-se como arena política, como fórum de debates que direcionam as discussões e o próprio desenvolvimento regional.

Como resultado do Iº Seminário Regional de Saúde, é criada a Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí - CISMI -, pioneira na região, consubstanciando-se na primeira entidade do município a congrega vários setores da área da saúde, que passam a reunir-se para discutir temas pertinentes à área, principalmente a articulação interinstitucional e a participação da população na gestão do setor da saúde.

Nos anos seguintes, com exceção de 1990, um ano conjunturalmente difícil para a UNIJUI e para o DCSa⁽⁷⁴⁾, são realizados os encontros subseqüentes. A temática abordada quase sempre dizia respeito a temas polêmicos e conjunturalmente presentes no setor saúde a nível nacional.

Esses seminários passam a ser para o Departamento a via mais estreita de relacionamento entre seus parceiros políticos, pois promove a discussão de temas de comum interesse e propicia contato com especialistas da área, em especial do meio acadêmico. Dispondo de apoio oficial da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente - SSMA/RS, sua abertura contava, na maioria das vezes, com a presença dos Secretários do Estado da pasta da Saúde, fazendo parte, dessa forma, da agenda política daquela Secretaria.

A temática discutida nos SRS acompanha a própria evolução política do setor da saúde. No primeiro encontro, a discussão travada centrou-se na problemática da qualidade dos serviços de saúde na região, o que possibilitou inventariar potencialidades, dificuldades e estrangulamentos do setor, visando à formulação de diretrizes gerais comuns para a área da saúde e à integração dos serviços existentes.

Nos demais encontros, a temática variou em função de interesses e prioridades apontadas por um conjunto de atores políticos reunidos em torno da Comissão Municipal de Saúde, assim como também, e principalmente, dos interesses políticos do próprio Departamento, promotor, em última instância, dos Seminários. Os temas geradores dos Seminários foram:

- 1984: a problemática dos defensivos agrícolas e a saúde;

⁽⁷⁴⁾ Nesse ano, a Universidade passa por uma profunda crise financeira, obrigando sua Direção a tomar sérias medidas restritivas. Uma delas, foi a aglutinação de áreas com o respectivo enxugamento da máquina administrativa. Isso ocorreu no início do segundo semestre de 1990, período em que tradicionalmente se realizam os SRS. Esse fato e a dificuldade em se obter recursos para a promoção do evento determinaram que o mesmo não fosse realizado nesse ano.

- 1985: as ações integradas de saúde;
- 1986: saúde e constituinte;
- 1987: a problemática do menor carente na região;
- 1988: a reforma sanitária;
- 1989: Lei Orgânica Municipal e a Saúde e o Meio Ambiente;
- 1991: a municipalização da saúde.

Como se pode notar, todos os temas, a partir de 1985, exceto o discutido no ano de 1987 - Problemática do Menor Carente -, são diretamente ligados aos interesses imediatos dos municípios e das populações, pois constituem-se de questões mais amplas da saúde, em especial, o que diz respeito à implementação de políticas de saúde, as quais afetam diretamente as realidades municipais. Nesse sentido, os Seminários Regionais de Saúde constituem-se em espaço de divulgação e de problematização dessas políticas, assumindo um compromisso pela disseminação de conhecimentos.

Esses eventos acabam, também, demandando uma série de atividades subseqüentes ao Departamento. Em 1984, por deliberação do Iº Seminário Regional de Saúde, é realizado o Seminário Regional de Administração Hospitalar, momento em que se discute a problemática da assistência hospitalar e se propõem medidas para assegurá-la à população. A viabilização dos hospitais da região enquanto empresas estáveis e, se possível, rentáveis é também assunto de pauta⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷⁵⁾ Esse seminário, apesar de ser demandado do Iº SRS, é articulado em torno de proposições e interesses pautados por administradores, provedores e proprietários de hospitais. A discussão visava à troca de experiência, tendo em vista a necessidade de se gerar alternativas para a crise do setor. A emergência do Plano CONASP, que disciplinaria os custos hospitalares e limitaria o campo de autonomia sobre as contas pagas pelo IAPAS, é debatida acaloradamente. Por outro lado, se produzia um certo consenso de que não se deveria deixar de assistir aos não previdenciários, pois estes "são clientes em potencial". Por fim, como resultado final do evento, articula-se um novo encontro para a formação de uma Associação Regional de Hospitais, o que nunca chegou a ocorrer. (DCSa/FIDENE. Relatório Do Seminário Regional de Saúde. 39p).

Sobre o Plano CONASP, ver OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1989: 291/301.

A temática de 1985 discutiu as Ações Integradas de Saúde - AIS. O Departamento, coordenador regional do Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde - PAPPS -, juntamente com a CISMI, promove um Seminário de Avaliação de Sistematização das Ações Integradas de Saúde. Participam desse encontro vários municípios da região, e a assessoria técnica do evento fica a cargo da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, que traz seu secretário para apresentar e discutir a experiência mineira de implantação das AIS.

Em 1986, o Seminário debateu o processo constituinte e a formulação de diretrizes para a área da saúde. Nesse evento, se produz uma série de recomendações, as quais resultam num documento oficial do encontro. Este é entregue em ato público - um novo seminário - a Deputados Constituintes da região, no qual estavam presentes mais de 600 pessoas de inúmeros municípios da região. Esse foi, sem dúvida, um ato de demonstração de força da capacidade de aglutinação de interesses de determinados setores sociais pelo Departamento.

Nos últimos três encontros, as temáticas persistem na sua atualidade conjuntural. A problemática da Reforma Sanitária, discutida no período de elaboração da Constituição Federal, propõe a atualização de profissionais, dirigentes e lideranças da área saúde, na perspectiva de pressionar os Deputados Constituintes da região para que estes defendessem os princípios reformistas do Movimento Sanitário Brasileiro. Em 1989, findado o processo constituinte, surge um novo campo de luta: a elaboração de Leis Orgânicas Municipais. O VII Seminário Regional de Saúde discute justamente esse momento político crucial e propõe a adoção de um documento coletivo regional unificado, que passa a ser instrumento de luta comum. Nesse período, a demanda por assessoria aos processos “constituintes municipais” é intensa.

Por fim, em 1991 é realizado o Seminário Regional de Saúde que discute o processo de Municipalização da Saúde, tendo em vista a realização da IX Conferência Nacional de Saúde - CNS. Esse encontro foi o primeiro a ser realizado no Rio Grande do Sul e contou com apoio direto - mais formal que real- da Comissão Executiva da IX CNS. A partir desse encontro, foi deflagrada na região a realização de vários encontros municipais e regionais para a discussão do tema.

Esses eventos - SRS - têm vários significados para o Departamento de Ciências da Saúde, e são justamente esses diversos significados que os qualificam como um momento analítico importante de apreensão da trajetória do Departamento e, conseqüentemente, da inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde.

Primeiramente, eles podem ser entendidos como um processo de busca de aliados externos às proposições do Departamento, da mesma forma, como momentos de exposição pública de suas preocupações e entendimentos quanto às questões da saúde.

Por outro lado, podem ser entendidos também como estratégia que visa legitimar as proposições da área da saúde da Universidade. A vinda de assessores, técnicos e autoridades de destaque nacional e especialistas nos assuntos pautados, para além de qualificar os debates, é necessária, na medida em que as proposições teórico-metodológicas adotadas pelo DCSa (saúde comunitária, saúde pública, participação popular, prevenção, educação em saúde, defesa do setor público etc) sofrem, no decorrer da história, duros embates políticos e ideológicos no cenário loco-regional.

Nesse sentido, basta ver, a título de exemplo, a intransigência da classe médica local no processo de implantação do Curso de Enfermagem e, mais tarde, no processo de criação do Curso de Medicina, ou ainda, na inviabilização do Hospital de Caridade de Ijuí (maior hospital da cidade) como campo de estágio, obrigando o Curso de

Enfermagem a buscar alternativas fora de Ijuí para realizar seus estágios curriculares. Dessa maneira, houve momentos na trajetória do Departamento, em que se fez imperiosa a necessidade de buscar-se forças políticas externas para legitimar as suas principais proposições.

Esses Seminários Regionais de Saúde são, por outro lado, momentos importantes de produção de saber e de disseminação de conhecimentos, imprescindíveis para a reciclagem do corpo docente e para a retroalimentação do ensino.

Além disso, os Seminários transformaram-se num espaço regional de reflexão sobre a área da saúde. Isso ocorreu tanto pela promoção de debates de assuntos pertinentes às realidades regionais, como também pelo estímulo aos municípios para apresentação e debate de suas experiências.

O que podemos observar nesse breve relato é que os SRS fazem parte de uma estratégia maior da Universidade de fazer-se presente nas principais áreas do conhecimento (saúde, administração municipal, agricultura, educação etc), através da promoção de eventos, transformando-se, ao mesmo tempo, em promotor de debates regionais e em seu orientador privilegiado.

Na área da saúde não foi diferente. O Iº Seminário Regional de Saúde consegue reunir pela primeira vez em Ijuí os diversos grupos e tendências que atuam em saúde (prestadores, usuários, trabalhadores em saúde, Universidade), para discutirem estratégias de integração interinstitucional.

Nos fóruns seguintes, a missão foi introduzir determinadas discussões (Reforma Sanitária, o Processo Constituinte e a Saúde, p. e.) e promover, entre o conjunto de interlocutores, determinados debates que, no todo, poderiam produzir transformações significativas na área da saúde dos municípios. Assim, os Seminários apresentam-se como

portadores de uma certa universalidade no campo da saúde, resgatando, de certa forma, a função de promover a “difusão de um cabedal de conhecimentos”, espírito maior da antiga Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ijuí - FAFI.

Contudo, apesar de discutir temáticas sempre atualizadas quanto à conjuntura setorial, os Seminários vão gradativamente transformando-se e, em muitos casos, alterando radicalmente seu significado e objetivos. É esse processo que passaremos a discutir a partir de agora.

4.4.1 Seminários Regionais de Saúde: origens e trajetória

O período em que emergem os Seminários Regionais de Saúde é bastante dinâmico no funcionamento da FIDENE, a qual já no início de 1981 aprova em Assembléia Geral a proposta de transformação da instituição em Universidade.

A partir de então, passam a ocorrer algumas transformações substantivas no seio do ensino superior da FIDENE, visando à implantação da UNIJUI. Em 1982, entra em vigor o Regimento Unificado dos Centros Integrados de Ensino Superior de Ijuí, o qual agrupa as quatro antigas Faculdades em cinco Centros, os quais serão desmembrados, em 1984, em seis Departamentos.

Nesse contexto de preparação à transformação em Universidade, intensificavam-se as atividades de um modo geral, e a área de extensão passa a ser um elemento importante de solidificação da atuação da Universidade na realidade sócio-política da região. (MARQUES, 1984: 259).

A partir de então

“Abriam-se novos campos para a extensão, de forma criativa e em articulações políticas mais amplas, com a realização de encontros e seminários para definição de ações conjugadas entre instituições e grupos. Aos seminários de âmbito municipal, nas áreas da administração rural, da Administração de pequenas e médias empresas, das cooperativas, dos sindicatos e da educação, *acrescentavam-se os seminários regionais*: de saúde (...); de administração municipal e desenvolvimento urbano com a deflagração do ‘Movimento para o Desenvolvimento Regional’ (...) e o seminário de educação de 1º e 2º graus...” (MARQUES, 1984: 260/1). (Os grifos são nossos.)

A perspectiva institucional de criação de fóruns regionais para discussão de alguns temas relevantes, como saúde, administração municipal, educação etc, transformava-se também em uma tentativa de alteração do discurso interno na Instituição e de suas práticas de intervenção. Até então - por volta de 1982 - a FIDENE tinha se transformado em uma arena política de resistência ao regime ditatorial, consolidando-se como uma instituição que defendia os direitos dos cidadãos e lutando pela democracia e em favor das causas de grupos minoritários. A partir de então, se

“... percebia que essa postura de resistência e de denúncia tinha passado, não serviria para a década de 90 (...), se percebia que as pessoas e as organizações tinham não mais que ser denunciadoras apenas, mas deveriam partir pra propostas: projetos, propostas, planos. (...) Esta questão é muito importante porque ela é o principal fundamento do trabalho da saúde ...” (Entrevista 08, Professor da UNJUI. p. 03).

A posição político-ideológica que colocava a instituição em posição de vanguarda determinava a composição de alianças com determinados setores sociais e o estabelecimento de “estado de conflito” com outros. De certa forma, a área da saúde da UNJUI é fruto desse confronto:

“Saúde na UNJUI nasceu de uma briga com os médicos. A vertente é conflito com os médicos, e fundamentalmente ela pegou fogo porque os médicos faziam uma série de besteiras com a população, e na medida em que a FIDENE percebeu isso e percebeu o jogo dos médicos, começou a consolidar o conflito com os médicos que teve uma repercussão espetacular. O conflito com o HCI foi fundamental pra dar a marca à FIDENE, da Saúde da FIDENE.” (Entrevista 08, Professor da UNJUI. p. 07).

Mas o confronto impossibilitava a Instituição desenvolver plenamente o seu mais novo discurso: o desenvolvimento regional. Assim, se tornava imperiosa a superação de alguns conflitos político-ideológicos para conseguir-se semear a idéia do desenvolvimento regional, a qual foi divulgada através do Movimento para o Desenvolvimento Regional⁽⁷⁶⁾ - MDR -, instrumento de consolidação dessa nova política:

“A mensagem que nós queríamos levar era o Desenvolvimento Regional, ou seja, a Universidade não só ligada ao sindicato, ligado ao empresário, ligada ao estudante, ligado a um profissional, ligada ao prefeito, mas mexendo e cutucando todas as articulações regionais e ela coordenando, e ela subsidiando. É isso desembocou no Movimento para o Desenvolvimento Regional...” (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 03).

Para tanto, era imprescindível que o discurso e a postura “fideniana” se transformassem. A opção unilateral pelas “classes subalternas” deveria dar lugar a um trabalho que abrangesse a pluralidade ideológica e política, trazendo para dentro da Universidade o conjunto dos interesses sociais:

“Então eu percebia (...) que a solução era a mesa redonda. (...) [A universidade] era o fórum do desenvolvimento, era o fórum da multi-visão, era o fórum das brigas - era normal brigar - e o lugar da briga ... não tinha outro lugar, não era a prefeitura, não era a associação comercial (...). Então eu percebia que ali era o novo papel da Universidade, e quanto mais fóruns se constituíam mais a Universidade, mais a FIDENE se consolidaria como Universidade, esse era o horizonte. (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 05).

É a partir das redefinições internas e resultantes dessas concepções, que é proposta em 1983 a realização do Iº Seminário Regional de Saúde. Contudo, internamente ao Departamento, o entendimento quanto às origens dos Seminários Regionais de Saúde não passa diretamente elas mesmas, limitando-se a entendê-los como uma postura da Universidade frente à desarticulação do sistema local de saúde:

⁽⁷⁶⁾ O Movimento para o Desenvolvimento Regional é originário do Seminário de Administração Municipal promovido pela FIDENE em setembro de 1983. Participaram do evento 14 municípios, destes, 11 optaram pelo MDR, mas apenas 7 permaneceram no Movimento até o final do primeiro ano.

“... então se fez justamente esse Seminário para buscar-se estabelecer uma estratégia de atuação comum entre as entidades (...). E aí se fez esse primeiro Seminário tentando articular um pouco isso. Parece que a questão de fundo era basicamente a questão do excesso de entidades trabalhando com a mesma clientela no meio rural.” (Entrevista 07, Grupo SRS. p. 14).

Além desse objetivo de integração das instituições que atuam no campo da saúde, os seminários, segundo membros do Departamento, se constituíam em um

“... espaço, propiciado pela Universidade, para que a chamada região, ou a sociedade (...) possa discutir temas relevantes, temas significativos da qualidade de saúde (...) com a pretensão de modificação da realidade imposta. (...) de ser um espaço institucionalizado, em que você possibilita trazer discussões atuais de saúde, fazendo reflexão pra criar impactos na realidade regional.” (Entrevista 07, Grupo SRS. p. 15/6).

Como se pode perceber, existem diferentes entendimentos quanto ao surgimento da idéia de criar-se Seminários Regionais de Saúde, derivadas das posições e inserções dos distintos atores no interior da estrutura universitária. Assim, dirigentes da Universidade entendem os SRS em sua dimensão mais estratégica, como um espaço de consolidação da própria Universidade. O pessoal da área da saúde tende a compreender os SRS em sua dimensão mais técnica, como a geração de uma espaço político de integração setorial, portanto com maior proximidade aos próprios objetivos da área da saúde da Universidade.

Por outro lado, alguns objetivos comuns são levantados por vários atores”:

“... gerar uma estratégia de saúde no contexto do desenvolvimento.” (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 08).

“... a Universidade nas outras áreas tinha uma tradição de intervenção e a saúde também tinha que ter a sua intervenção. Eu acho que os seminários surgem com essa pretensão também, de se fazer presente [na área da saúde].” (Entrevista 07, Grupo SRS. p. 16).

“... entendido que esse seminário era um momento de reflexão e de integração da região, chamando gente de outros lugares (...) e até uma certa obtenção de força para caminhar...” (Entrevista 03, Médico. p. 28).

Mesmo com essa uniformidade quanto aos objetivos dos Seminários, a sua realização decorre da ação política da FIDENE como um todo, a qual determina que o Departamento promova os seus encontros. Em outras palavras, estamos afirmando que o Iº Seminário Regional de Saúde teve suas origens na inserção da FIDENE no contexto sócio-político regional, e não na inserção direta do Departamento na área da saúde, mesmo porque a área da saúde da Universidade havia sido criada muito recentemente.

Pelo fato da demanda ser externa à atuação do Departamento, ou seja, não é produto direto de sua ação política, a coordenação dos primeiros Seminários vai ser exercida pelos Reitores da UNIJUI, numa demonstração explícita da impossibilidade do grupo do Departamento em coordenar tal processo político.

O Iº Seminário Regional de Saúde, em que foi discutida a integração dos serviços de saúde do município, reuniu uma diversidade muito grande de sujeitos políticos:

“... o primeiro Seminário de saúde é o grande fórum na verdade, não propriamente saúde. Nós botamos estudantes, prefeitura, cooperativa, sindicato, hospitais, pra que isso? Pra criar, vamos dizer, poder pra além do médico...”
(Entrevista 08, Professor da UNIJUI, p. 08).

Esse Seminário, para além dos seus resultados concretos, tem uma importância acessória: é o primeiro momento em que as instituições da área da saúde de Ijuí sentam juntas, para discutir problemas comuns, em especial as possibilidades de atuação conjunta.

Nesse primeiro encontro, como resultado concreto de suas discussões, é criada a Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí - CISMI. Esta passa a ser, a partir de então, a grande arena política da área da saúde do Município, o fórum de debates, de tomadas de decisões e de jogo político:

“... no primeiro seminário que foi realizado (...) se chamou mais entidades pra dentro, então se formalizou e se ampliou o contexto. Acho que assim que se deu essa questão. E o que estava se vendo já aqui? Aqui já se tinha claro que as

soluções não viriam de uma ou duas instituições, você tinha que buscar soluções integradas e dentro do Seminário efetivamente uma das moções aprovadas (...) é que em Ijuí teria que se avançar na consolidação da Comissão Municipal de Saúde...". (Entrevista 13, Dirigente de Cooperativa. p. 27).

Contudo, a criação da Comissão Municipal de Saúde não vai assegurar a orientação do Sistema Local de Saúde, a partir de pressupostos defendidos pelas entidades populares, pela Universidade e pela COTRIJUI. A Universidade, junto com seus interlocutores, foi capaz de gerar UM processo que culminou na criação da CISMI, mas não foi capaz de assegurar, desde o início, a sua condução política⁽⁷⁷⁾.

O fato de fazer-se sentar à mesa um conjunto diferenciado de sujeitos políticos para assegurar uma ação setorial sincronizada, não se constituiu em argumentação suficiente para produzir-se um consenso mínimo, mesmo porque

"... aquela idéia de reunir as entidades, meio ingênua no sentido de ser possível casar os interesses da Universidade, da Prefeitura, do INAMPS, da Cooperativa, da EMATER, do Sindicato, etc, essa questão esgota porque existem outros interesses, são interesses políticos, são interesses econômicos que se colocam (...) e aquele romantismo inicial não se estabelece porque há outras questões de fundo." (Entrevista 07, Grupo da Extensão. p. 20).

No contexto político em que se desenrolava esse processo, a área da saúde de Ijuí estava dividida, grosso modo, entre a ação de dois grupos políticos bastante distintos e antagônicos. De um lado, "a velha classe médica", composta pelos profissionais médicos mais antigos da cidade, que controlavam o poder político do setor, através do gerenciamento da quase totalidade das instituições públicas e privadas, como o INAMPS, a Unidade Sanitária do Estado, a Secretaria Municipal de Saúde, o Hospital de Caridade e, como não poderia deixar de ser, a Cooperativa Médica.

Por outro lado, uma composição política que unia Universidade, COTRIJUI, Sindicatos Urbanos, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, algumas lideranças

⁽⁷⁷⁾ A coordenação política da CISMI ficou a cargo do representante do INAMPS local.

populares (representantes de Associações de Amigos de Bairros e de Distritos Rurais) e algumas poucas instituições (EMATER, SESC etc), que defendia uma posição favorável à descentralização do poder de mando sobre as questões de saúde no município e pretendia promover um amplo processo de participação da população na gestão da área da saúde.

A decisão de criar-se a Comissão de Saúde do Município foi a primeira atitude política que visava à reversão do quadro existente, no qual o poder médico hegemônico, além de controlar as instituições, não sofria a fiscalização da população, privatizando, corporativamente, os espaços públicos do campo da saúde.

Apesar da criação da Comissão de Saúde do Município, que significou a possibilidade do conjunto das instituições intervirem no processo da saúde, o quadro setorial não foi alterado de forma substancial. Os três primeiros anos da Comissão foram bastante difíceis, principalmente porque a sua condução política ficou a cargo primeiramente do médico-chefe do INAMPS local e depois do Secretário Municipal da Saúde, ambos componentes do primeiro grupo:

“Ali [I^o SRS] foi uma arrancada que fundou a CISMI, a Comissão Municipal de Saúde. Mas como a Prefeitura estava nas mãos do Partido x, e o secretário de saúde do Partido x era um médico cirurgião, corporativista visceral, o processo andou, mas andou devagar. Depois entrou um outro doutor, que foi presidente da Cooperativa Médica, assumiu; mais político, frouxou mais, aí avançou um pouco.” (Entrevista 18, Médico. p. 60).

A condução política da Comissão, dessa forma, aconteceu à revelia do “grupo progressista”. A área da saúde da Universidade que deveria assumir a Comissão, dada a posição da FIDENE - promotora do evento - e sua força no interior da articulação do grupo oposicionista e do Seminário que formou a Comissão, encontrava-se, na ocasião, enredada por duas situações limitantes. Em primeiro lugar, se “... percebia na época, que, embora profissionais enfermeiras, enfermeiras do Departamento, nós não tínhamos quase

nenhuma independente de médicos⁽⁷⁸⁾. E se [amedrontavam] frente aos médicos. (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 09).

Em segundo lugar, a área da saúde da UNIJUI

“... não se sentia com personalidade e autoridade de comando. (...). O Departamento acreditava que o voto na Cismi era mais importante que a presidência da Cismi.”

(...)

“E não tinha a liderança na área da UNIJUI pra enfrentar isso na área da saúde. (...) Pra mim faltou o quê? Faltou a personalidade universitária na área da saúde. A maturidade universitária”. (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 10).

Contudo, essa posição deve ser relativizada. A área da saúde da Universidade recém completara três anos e não havia ainda se constituído integralmente, quer seja enquanto um “corpus acadêmico”, quer seja enquanto uma totalidade propositiva.

Assim, a não condução política do processo de comando da Cismi pelo Departamento, deve ser entendida no conjunto das situações contidas no contexto, que abrange desde o comando uníssono do grupo opositor sobre a totalidade das instituições públicas da saúde, até a imaturidade do Departamento enquanto ator político.

Esse quadro, contudo, vai ser alterado radicalmente a partir de 1986. Com a evolução do processo de discussão das questões da saúde no nível municipal (Ações Integradas de Saúde, o processo da 8ª Conferência Nacional de Saúde etc), crescem também os descontentamentos da população e das instituições oponentes à condução da Comissão pelo grupo médico hegemônico. Esse descontentamento pode ser explicado, de forma genérica, pelo caráter das reuniões plenárias, centralizadas e burocratizadas, pela impossibilidade de discutir-se assuntos de interesse da comunidade local (atendimento nas instituições, cobranças indevidas etc) e, principalmente, contra a estratégia dissimulada de evitar-se um processo democrático de discussões:

⁽⁷⁸⁾ Várias enfermeiras docentes do Departamento eram esposas de médicos que atuavam na cidade.

“Particularmente o que eu via nessa etapa e sentia das pessoas, eram muitas reuniões com poucos resultados práticos.” (Entrevista 03, Médico. p. 21).

“... ela se reunia esporadicamente (...) pra decidir os programas (...). Só que eram os programas (...) de combate ao piolho, de combate à sarna (...). É muito difícil porque quando se tentava abordar as questões de fundo, da questão do serviço, da problemática da saúde, ela não saía desse campo, de tentar se fazer programas de atenção de prevenção, do tratamento da água, no máximo se ia a este tipo de programa.” (entrevista 07, Grupo de Extensão. p. 15).

“Eu me lembro da época da CIMS (...) [que] o grupo que coordenava isso não admitia, na época, discutir problemas de cobranças: ‘Não, a CIMS é pra discutir mais a política geral.’” (Entrevista 09, Dirigente Sindical. p. 17).

Esse descontentamento culmina na eleição, em 1986, de uma nova coordenação da Comissão, quando se processa “uma virada de mesa”. Assume a coordenação um médico que pertencia, na ocasião, ao movimento de rearticulação do poder dentro do Hospital de Caridade de Ijuí - HCI. A vice-coordenação fica a cargo do Departamento de Ciências da Saúde, representando a UNIJUI.

Esse processo chega com atraso de quase quatro anos, pois a CISMJ, desde que fora criada, havia sido coordenada pelo grupo hegemônico da saúde no município, o qual era radicalmente contrário, grosso modo, ao processo de municipalização da saúde, processo esse que paradoxalmente motivou a criação da Comissão. A partir de então, começa a realizar-se todo um processo de rearticulação da Comissão:

“... primeiro organizar as reuniões (...). [Largamos] uma primeira circular (...) que (...) apresenta a coordenação, horários, datas, tudo direitinho, porque era um tal trocar reunião (...), o pessoal tava desmotivado pra participar.” (Entrevista 03, Médico. p. 25).

A partir de então, começam a ocorrer reuniões semanais da Coordenação e Assembléias Gerais mensais. O número de entidades filiadas à Comissão aumenta significativamente, e o Plano Municipal de Saúde é elaborado a partir do trabalho de várias comissões interdisciplinares, das quais participaram desde profissionais da saúde, docentes universitários até a população.

Contudo, nesse processo as tensões entre os grupos oponentes não diminuiu, ao contrário, os embates durante as Assembléias tornavam-se cada vez maiores, a tal ponto que a classe médica se retira da Comissão⁽⁷⁹⁾, denunciando que seus interesses não eram atendidos e que leigos estavam decidindo sobre questões de saúde no município. Por outro lado, o mesmo processo que ocorrera na Comissão de Saúde do Município em 1986, com a derrota do grupo médico hegemônico, vai acontecer dentro do Hospital de Caridade de Ijuí, com a eleição de uma nova diretoria, toda ela composta por médicos jovens, “com visão social”.

A partir dessa rearticulação do poder no interior do Hospital de Caridade de Ijuí, o grupo progressista da área da saúde passou a contar com mais um aliado: o Hospital, que “... começou a apoiar os movimentos que a FIDENE acompanhava sozinha. O grupo de saúde em Ijuí progressista passou a ter uma estrutura forte aliada, o Hospital.” (Entrevista 18, Médico. p. 59 e 62).

Esse processo todo, que relatamos de forma bastante rápida, que se iniciou a partir da realização do Iº Seminário Regional de Saúde, promovido pelo Departamento de Ciências da Saúde e pela UNIJUI, produziu uma profunda rearticulação do poder na área da saúde em Ijuí. O antigo grupo hegemônico da área da saúde local, outrora controlador de todo o processo decisório dessa área, foi desalojado de seus antigos núcleos de poder:

“... hoje os médicos não têm estruturas. Os médicos hoje (...) somente têm Cooperativa [Médica] hoje em Ijuí. Mas a cabeça corporativista só tem uma estrutura hoje que é UNIMED. E em 83, há dez anos atrás? Tinha todas, todas! Como inverteu o processo. O Secretário Municipal de Saúde hoje é um líder de bairro, presidente do Conselho de Bairros. Há dez anos atrás se admitia isso? Tudo começou em 1983 (Entrevista 18, Médico. p. 66).

⁽⁷⁹⁾ Para maiores detalhes, ver KOPF, 1992: 120.

Nessa trajetória de rearticulação do setor saúde do município, os grupos foram também se rearticulando. O Departamento, buscando seus aliados históricos (COTRIJUL, lideranças rurais e urbanas, sindicatos etc), formou um bloco de ação conjunta, principalmente nos momentos de acirramento do processo. O grupo antagônico, mesmo perdendo “as estruturas”, continuou a crescer com a cooptação de um bom número de médicos novos que chegava à cidade. Na definição de um membro do grupo “progressista” os antagonistas eram assim classificados:

“Ijuí é um exemplo de como uma classe médica voraz, elitista resiste à perda de poder de uma instituição como a nossa, resiste e continua resistindo.” (Entrevista 18, Médico, p. 65).

É esse processo de resistência mútua entre os diversos projetos para a área da saúde que garante a continuidade do desenvolvimento do setor saúde em Ijuí. As contradições geradas nesse processo é que vão determinar os novos embates, numa história em que não há vencidos nem vencedores.

Os Seminários Regionais de Saúde subseqüentes serão desenvolvidos no seio desse processo de disputa entre distintos projetos para a área da saúde do Município. Mas é somente a partir do ano de 1985, com a realização do III Seminário Regional de Saúde, que esse fórum vai afirmar-se como um espaço de discussão de temas pertinentes ao conjunto dos atores da área da saúde, em especial aos dirigentes municipais e trabalhadores da área, comprometidos com o processo de Municipalização da Saúde.

Excetuando-se os seminários ocorridos em 1984 (O problema dos agrotóxicos) e 1987 (A problemática do menor carente), todos os demais seminários trataram de temas de grande repercussão dentro dos municípios. A discussão desses “temas menores” nesses dois seminários justifica-se por dois motivos. No primeiro deles - II SRS - , o processo de realização de Seminários Regionais de Saúde encontrava-se ainda em uma

fase bastante inicial, e a escolha dessa temática - Agrotóxicos - ocorreu em função de um processo de mobilização da população local.

Naquele ano, a SUCAN - Superintendência de Campanhas - tinha a intenção de realizar uma campanha para erradicação do barbeiro, transmissor do Mal de Chagas, doença de baixa prevalência no Rio Grande do Sul, mas que nos últimos anos aumentara bastante sua incidência. Para tanto, propuseram - quase que categoricamente - como ação necessária à dedetização de todas as residências do município com BHC (hexaclorobenzeno), um agente organoclorado já proibido no Rio Grande do Sul⁽⁸⁰⁾.

Esse fato mobilizou a comunidade ijuiense contra a SUCAN, e o Departamento, junto com a Comissão de Saúde do Município, decide então discutir a problemática dos agrotóxicos e seus efeitos sobre a saúde.

No VI SRS, ocorrido em 1987, a justificativa para a discussão da Problemática do Menor Carente, certamente, partiu da dificuldade que o grupo de coordenação encontrou para a indicação de temática mais ampla. Esse período, do ponto de vista da conjuntura nacional, é marcado por intensos debates em torno da elaboração da Constituição Federal, e o Seminário anterior havia discutido sugestões e formulado documentos, os quais foram encaminhados para alguns Deputados Constituintes da Região.

Os demais Seminários, ao contrário desses, têm suas temáticas inseridas na conjuntura da área da saúde, e são promovidos em parceria entre Departamento e Comissão de Saúde do Município. Quanto à escolha dos temas, em sua grande maioria, foram decididos no interior da Universidade:

“... pelo geral dos Seminários, a minha impressão é que eles já vinham (...) de dentro do Departamento. (...) Por exemplo, (...) Seminário Regional “Reforma

⁽⁸⁰⁾ Através da Lei Estadual nº 7.747, de 22 de dezembro de 1982, que regulamenta o uso de praguicidas no Rio Grande do Sul.

Sanitária”, isso aqui é um Seminário que sai de dentro do Departamento. Não tinha como qualquer outra classe envolvida nesse processo tá com noções de Reforma Sanitária e falar daquele congresso de saúde que tinha acontecido em Brasília (VIII CNS). (Entrevista 03, Médico, p. 28).

“... quem definia [os temas] era nós, e nós temos que ter a honestidade suficiente pra dizer que nós definimos os temas que nós considerávamos fundamentais nessa proposta. Nós que demos a condução por nossa percepção da questão saúde no país. (Entrevista 07, Grupo da Extensão, p. 21).

A própria participação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde nesses Seminários parece ter ocorrido mais de forma a “emprestar o nome” do que efetivamente para contribuir com o processo de pensar e executar os Seminários:

“... eu nunca vi (...) o Conselho Municipal de Saúde se posicionando sobre os temas a serem discutidos, não só se posicionando, mas como conduzindo, como parceiro da articulação ou da proposta...” (Entrevista 07, Grupo da Extensão, p. 17).

A atuação da CIMS na condução dos SRS parece ter sido maior no período em que o Departamento assumiu a vice-coordenação da Comissão.

“[Naquela época] nós tivemos uma discussão maior de levar uma proposta da Universidade, a proposta do tema, na época surgia aqui na Universidade, mas se levava ao Conselho [e se fazia] uma discussão mais séria (...) porque me parece que depois dessa época ficava assim, se discutia dentro do Departamento e se levava pró-forma...” (Entrevista 07, Grupo da Extensão, p. 17).

Assim, os Seminários podem ser entendidos como um espaço em que a autonomia do Departamento é plena. Este, além de realizar a escolha dos temas, coordenava os eventos e convidava os assessores.

A divulgação e a articulação para a realização dos Seminários aconteciam, de forma geral, através da confecção de impressos e cartazes os quais eram distribuídos em áreas estratégicas dos municípios da Região, como hospitais, secretarias municipais de saúde, sindicatos etc. Apesar de seu caráter regional, não era comum realizar-se debates preparatórios com os interlocutores da região, os quais eram apenas convidados a fazer parte do coletivo e integrar-se às discussões.

De certa forma, isso fez com que os Seminários, passados alguns anos, fossem transformando gradativamente seus significados e objetivos, os quais caracterizavam-no como um espaço privilegiado de disseminação de conhecimentos, arregimentação de forças à proposição de municipalização da saúde e produção de novos interlocutores aliados às suas teses reformistas.

A falta de articulação externa para a realização dos Seminários fez com

“... que, com o passar dos anos a gente foi perdendo até os objetivos desses seminários, o Departamento foi perdendo isso, e talvez até a comunidade, que deveria ser clientela desses seminários, começa a perder um pouco da credibilidade nesses seminários. (...). [Hoje] acho que ficou muito naquela coisa de obrigação, do formal: todos os anos nós temos que realizar seminário regional e se realiza, mas não se tem claro que objetivos se quer, e que estratégia se deve usar.” (Entrevista 07, Grupo da Extensão. p. 16/7).

Mesmo com essas limitações, os Seminários constituíram-se num importante instrumento de ação política do Departamento, e isso pode ser verificado na temática discutida:

“[Em] 86, 87, 88 e 89, os temas dos Seminários [visavam garantir] que aqueles pressupostos colocados na VII CNS, a criação de um Sistema Único de Saúde, da democratização, da necessidade das leis, que a Carta Constitucional contemplasse a questão da saúde, o modelo de saúde e a forma de financiamento etc, todas as estratégias utilizadas através dos Seminários foram estratégias de fazer com que a região pensasse nesta lógica, que ela se convencesse que estas eram as questões fundamentais, que estas eram as questões relevantes, e, portanto, nós teríamos que marcar presença enquanto região, enquanto município, também na perspectiva do Estado, também se colocar como uma força na construção da Reforma Sanitária dentro do Estado, e eu acho que os Seminários conseguiram, de certa forma, mostrar para fora essa questão.” (Entrevista 07, Grupo da Extensão. p. 21).

Por outro lado, se os Seminários passam por um momento de crise interna, este momento de crise não pode ser descolado da crise porque passa o Sistema de Saúde como um todo, colocando o Movimento Sanitário Brasileiro, no qual pode ser inserida a proposição desses seminários, num estado de impotência frente a esse contexto político produzido, principalmente, pela política contraditória dos mandatários nacionais, que

priorizam a área social em seus discursos, mas a nível prático reduziam substancialmente seus recursos (MÉDICI & MARQUES: 1994).

Contudo, apesar de considerarem-se esses fatores externos como causas importantes da perda da capacidade aglutinadora dos Seminários Regionais de Saúde, há de se considerar também a não reflexão do Departamento sobre esse importante fórum de debates e, conseqüentemente, a não utilização de estratégias para a reversão desse quadro.

4.4.2 Seminários Regionais de Saúde: resultados e avaliações

Como verificamos acima, os Seminários, após um período de afirmação inicial, apresentam-se como um elemento estratégico na ação política do Departamento. Contudo, passados alguns anos, entram em um período de “crise interna”, crise esta influenciada tanto pelo contexto externo - a crise geral da saúde - como pelo contexto interno - a perda dos objetivos fundamentais dos Seminários e sua desarticulação política no interior do próprio Departamento.

Gostaríamos de levantar, para concluir essa discussão, duas outras questões. As contribuições que esses Seminários trouxeram para o Departamento e verificar, se possível, possibilidades e alternativas de dissolução desse “estado de crise”.

Quanto às contribuições, para além das que já foram identificadas, a mais importante é, sem dúvida, referente ao problema metodológico. O Iº SRS “... dotou a área da saúde com metodologia antiga da FIDENE...” (Entrevista 08, Professor da UNIJUI, p. 10).

Isso implica dizer que a FIDENE, através de seus docentes mais antigos, experimenta a metodologia de “ação participativa/pesquisa participante”⁽⁸¹⁾ na área da saúde. Com esses seminários, principalmente os dois iniciais e também o Seminário Regional de Administração Hospitalar, a área da saúde passa a usar estratégias na realização de encontros acadêmicos, que, em geral, utilizam painéis de assessores, intercalados com trabalhos de grupos, plenárias e produção de textos síntese. O objetivo maior dessa metodologia é a produção de conhecimento a partir do universo de experiências dos participantes, os quais deixam a atitude passiva de “participantes do evento”, para constituírem-se em “realizadores do evento”.

Essa metodologia vem sendo usada em todos os Seminários, caracterizando-os, de certa forma, como um momento de produção de conhecimento e de disseminação de informações.

Outra contribuição importante dos Seminários ao Departamento foi o acesso que eles proporcionaram a determinados “centros de referência” na área da saúde. Isso ocorreu, principalmente, pela formalização de convites a assessores de instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde - OPS; o Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IMS/UERJ; a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP; a Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ; a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP; a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais; a Universidade de Brasília, entre outras.

A partir do estabelecimento de contatos com esses organismos, foi possível divulgar a proposta do Departamento de Ciências da Saúde para além das fronteiras do estado do Rio Grande do Sul e, conseqüentemente, ter acesso a um nível bastante

⁽⁸¹⁾ Sobre pesquisa participante e suas várias tendências e denominações no Brasil e na América latina, ver: SILVA e SILVA, 1986.

diferenciado de elaboração teórica sobre as questões de saúde, municiando os docentes do Departamento com novos referenciais e metodologias.

Por fim, uma terceira contribuição é a referente à inserção do Departamento no Sistema Local de Saúde. Através dos Seminários, o Departamento conseguiu reunir uma grande diversidade de atores sociais envolvidos no problema da saúde, ou seja, conseguiu, de fato, transformar a Universidade num fórum de debates, numa arena de disputa de projetos, demonstrando que a Universidade, na área da saúde, possui capacidade de mobilização e produção de consensos através do estabelecimento de processo dialógico.

Da mesma forma, os Seminários se constituíram em instrumentos de uma maior inserção do Departamento de Ciências da Saúde no contexto regional, abrindo espaços para uma atuação mais qualificada na região. Além disso, contribuíram decisivamente no processo de qualificação das discussões realizadas pela área da saúde da Universidade. Isso se deu, principalmente, através da inserção dos debates na universalidade do conhecimento humano, propiciado pela atuação de assessorias externas, em geral interdisciplinares, as quais, a partir de suas sistematizações sobre as temáticas, extrapolavam as discussões do nível concreto, estabelecendo relações entre a problemática da área da saúde e o contexto maior no qual o setor está inserido.

Buscando uma avaliação, podemos acrescentar ainda que os Seminários Regionais de Saúde com o passar dos anos, perderam muito do seu significado, tanto internamente à Universidade, quanto externamente, para o conjunto de seus participantes, potenciais e reais.

Do ponto de vista interno, os Seminários são organizados a partir da escolha de um professor coordenador e um auxiliar, os quais dispõem de aproximadamente dois

créditos (60 horas/aula) cada um, para dedicar-se ao Seminário. Esse tempo é irrisório, dado o volume de ações que demanda o encontro, pressionando para que as coordenações não executem nada além daquilo que é mínimo necessário para realizá-lo.

Isso implica, por exemplo, em processar os seminários apenas sob a ótica do Departamento, porque não se torna possível realizar quaisquer movimentos externos de articulação e discussão prévia dos temas. Com isso, a própria dinâmica dos seminários é alterada, pois o público tem dificuldades de acompanhar as discussões e, conseqüentemente, de interferir sobre os debates e discussões, os quais ficam reduzidas aos membros da Universidade.

A reversão dessas dificuldades poderia ocorrer pela adoção de uma postura política diferenciada do Departamento frente aos Seminários Regionais de Saúde, os quais, além de privilegiados do ponto de vista administrativo, deveriam fazer parte de um processo maior de intervenção da Universidade na área da saúde, ou seja, deveriam passar a fazer parte de um projeto de intervenção nessa área. Quanto a este projeto, seguindo a sugestão de um dos entrevistados, é imprescindível que se

“... (a) fortifique a Comissão Municipal de Saúde, porque aí você tem um mínimo de instituições articuladas; (...), (b) deveria ter uma revitalização das forças populares e (c) [criar-se um programa de saúde pública capaz de] revitalizar o relacionamento de um grupo em torno de um programa novo”. (Entrevista 08, Professor da UNIJUI. p. 12).

O próprio grupo do Departamento, que falou sobre os Seminários Regionais de Saúde durante a entrevista para a Pesquisa, indica como solução para o impasse em que se encontram os Seminários e como alternativa de construção de um projeto maior de intervenção do Departamento na área da saúde,

“... compor aliados, (...) definir a nossa região de atuação, [e buscar] os Conselhos Municipais de Saúde (...) [como] os nossos principais aliados na condução dos Seminários Regionais de Saúde. Até tentando romper um pouco

com o estigma que nós temos de sermos muito teóricos com relação às questões de saúde.” (Entrevista 07, Grupo da Extensão. p. 23).

Esse processo de rearticulação dos Seminários Regionais de Saúde deveria passar, necessariamente, pela discussão das temáticas a nível do Conselho Municipal de Saúde, o qual deveria tornar-se efetivamente co-partícipe do processo. Para além dessa organização no município de Ijuí, se faz necessário buscar a integração de outras entidades nos municípios da região que vêm participando desses encontros.

Com essa articulação político-pedagógica, os Seminários Regionais de Saúde resgatariam a sua importância enquanto instrumentos de integração política dos defensores do processo de municipalização da saúde e enquanto momento político de produção de consensos, disseminação de informações e de conhecimentos e constituição de uma frente regional orgânica em defesa da saúde pública.

4.5 A Política de Criação de Cursos da Área da Saúde

O último momento analítico que estruturamos para estudar a inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde é referente à política do Departamento de Ciências da Saúde para a criação de novos cursos.

Estamos entendendo por novos cursos todos aqueles que foram criados posteriormente aos primeiros dois cursos de graduação, ou seja, a partir da criação do Curso de Enfermagem e Obstetrícia e do Curso de Nutrição. Tal entendimento se deve, basicamente, ao fato de que esses primeiros cursos constituem-se na base fundamental da área da saúde da Universidade e são, portanto, matrizes geradoras dos demais cursos criados pelo Departamento.

Os novos cursos criados pelo Departamento possuem, dessa forma, como referencial e modelo, os Cursos já existentes, os quais, por sua vez, são responsáveis por inúmeros acúmulos teóricos e metodológicos, utilizados na composição dos projetos e na execução das novas proposições.

No decorrer da trajetória do Departamento de Ciências da Saúde, podemos verificar a criação de três novos cursos, os quais diferenciam-se entre si por proporem-se a formar recursos humanos em três diferentes níveis, ou seja, formação secundária, de pós-graduação e de graduação.

Os três cursos criados são o Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, que, nesse trabalho, chamaremos de “Curso de Auxiliar de Enfermagem”; o Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Saúde Pública, que denominaremos de “Curso de Especialização”; e o Curso de Medicina.

4.5.1 O Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem

Na ordem cronológica, o primeiro novo curso criado pelo Departamento de Ciências da Saúde foi o Curso de Auxiliar de Enfermagem. O projeto desse Curso foi elaborado no ano de 1987, sendo aprovado pela Secretaria de Educação e Cultura do Rio Grande do Sul - SEC/RS - no ano seguinte⁽⁸²⁾, através da Portaria 16924, publicada no Diário Oficial em 18/10/1988. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 141).

Com a aprovação do Curso de Auxiliar de Enfermagem da UNIJUI pela SEC/RS, o Departamento de Ciências da Saúde ficou habilitado a realizar cursos por um

⁽⁸²⁾ Tendo por base o Parecer nº 841/88 do Conselho Estadual de Educação.

prazo de cinco anos, quando então, no caso da Universidade continuar interessada em prosseguir com a experiência, o curso deveria ser novamente avaliado por técnicos da Secretaria de Educação e Cultura⁽⁸³⁾.

A decisão do Departamento em criar o Curso de Auxiliar de Enfermagem ocorreu por conta de três distintas situações, todas elas interligadas.

Em primeiro lugar, em função de uma Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN -, transformada em lei (LEI 7.498/86), que determina um prazo máximo de dez anos para que todos os trabalhadores da área da enfermagem obtivessem uma titulação mínima de Auxiliar de Enfermagem.

Dessa forma, por força de Lei, dá-se início ao processo de pressão a uma grande massa de trabalhadores da enfermagem, constituída, em sua grande maioria, de atendentes de enfermagem, quer dizer, sem uma formação mínima para prestar assistência de saúde à população. A partir de então, esses trabalhadores da saúde passam a buscar alternativas para a sua permanência no mercado de trabalho.

Por conta disso, os próprios Conselhos Regionais de Enfermagem passam a estimular e fomentar a formação de auxiliares de enfermagem, e nesse sentido, são criadas três distintas modalidades de formação. A primeira constituía-se na promoção desses trabalhadores desqualificados em Auxiliares de Enfermagem, desde que tivessem mais de dez anos de serviço. Essa promoção ocorria através da realização de prova de conhecimentos na área:

“Então as provas que eles aplicavam eram as mais banais possíveis, quer dizer, iam lá, sorteavam uma técnica e o indivíduo demonstrava sua habilidade, seu conhecimento e passava a ser qualificado como Auxiliar de Enfermagem.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 29).

⁽⁸³⁾ O projeto do Curso foi novamente remetido ao Conselho Estadual de Educação em 1994.

Uma segunda modalidade de formação de Auxiliares de Enfermagem constituía-se na realização de cursos rápidos, em geral nos próprios locais de trabalho, supervisionados por profissionais enfermeiros, que avaliavam o desempenho de seus trabalhadores, através da observação sistemática e da realização de provas. Em geral, essa estratégia foi implementada por hospitais de médio e grande portes que possuíam uma massa muito grande de trabalhadores de enfermagem desqualificados.

Essa estratégia mostrou ser uma alternativa bastante interessante para os empregadores, que normalmente se eximem de responsabilidade para com a formação e desenvolvimento de recursos humanos. Era viável também para a maioria dos trabalhadores, que em geral recebem baixos salários e têm de enfrentar jornadas de trabalho bastante longas, muitas vezes duplicadas por trabalhos prestados em mais de um contrato, ou pela realização de “plantões”.

Contudo, essas duas alternativas tornaram-se medidas apenas paliativas, visto que pouco interferiram na qualificação dos trabalhadores, que continuavam tendo o mesmo nível de conhecimento e habilidade, só que agora com o título de Auxiliares de Enfermagem:

“... uma das preocupações também que os serviços nos colocavam na época era essa, daqui a pouco o funcionário que era um atendente no hospital ia a Porto Alegre num fim de semana, fazia uma prova e voltava com o título de Auxiliar de Enfermagem e o hospital tinha necessariamente que aceitar esse elemento, enquadrá-lo, quando era um cara que não tinha qualificação, não tinha mudado, qualitativamente e pro hospital não representava mudança nenhuma.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem, p. 29).

Dessa forma, essas alternativas de qualificação conseguiam apenas, de forma cartorial, enquadrar os recursos humanos desqualificados dos hospitais às novas exigências legais. Por outro lado, em primeiro lugar, elas não contribuíam para o aumento do número de novos auxiliares de enfermagem, visto que só se habilitava quem já era

trabalhador da enfermagem. Em segundo lugar, impossibilitavam um processo de profissionalização digno para os trabalhadores dessa área, pois não se constituíam verdadeiramente em cursos formadores.

Como alternativa a essas duas modalidades, havia uma terceira estratégia: a estruturação de cursos profissionalizantes com um número mínimo de horas/aula. E foi justamente por essa alternativa que o Departamento de Ciências da Saúde optou para intervir na formação de Auxiliares de Enfermagem.

Um segundo motivo, para além da Lei, que pressionou o Departamento a criar o Curso de Auxiliar de Enfermagem, é o seu compromisso com a qualidade da assistência à saúde prestada à população, principalmente nos hospitais da região. O contato com as realidades hospitalares, principalmente através da realização de estágios, denunciava aos docentes do Departamento a baixa qualidade da assistência, a qual tinha como fator determinante principal a baixa qualificação do pessoal de enfermagem.

Assim, o Departamento, através do Curso de Enfermagem, sentia-se compromissado a intervir nessa área. Além disso, por um período de quase três anos, entre 1984 e 1986, o UNIJUI sediou a Delegacia Regional do Conselho Regional de Enfermagem - COREN/RS, a qual promoveu nesse período um amplo processo de mobilização na região quanto ao mercado de trabalho da enfermagem, exigindo o cumprimento da legislação em vigor que determinava a contratação, em cada local de prestação de serviços de saúde, de pelo menos um enfermeiro graduado.

Nesse trabalho promovido pela Delegacia Regional do COREN/RS, pode-se constatar a dura realidade dos hospitais da região, em sua grande maioria de pequeno porte, que possuíam um reduzido número de enfermeiros em seus quadros, constituindo-se a grande maioria dos trabalhadores de atendentes de enfermagem.

Em pesquisa realizada pela Unidade de Fiscalização de Ijuí (COREN/RS, 1984), dos 74 hospitais que estavam em funcionamento em 1984, apenas 35,13% tinham em seus quadros enfermeiros, que constituíam 2,96% da força de trabalho de enfermagem; e a categoria dos atendentes de enfermagem perfazia 76,60% do total da força de trabalho, sendo que, do total de hospitais consultados, 54,06% não tinham nem ao menos auxiliares de enfermagem e 31,08% tinham apenas atendentes de enfermagem no seu quadro funcional.

A Pesquisa, além de demonstrar o grave quadro da assistência prestada na rede hospitalar da região, explicitou uma demanda potencial desses hospitais por profissionais qualificados, alertando o Departamento para a necessidade de intervir na formação de recursos humanos de nível médio, sustentáculo da assistência à saúde na área hospitalar:

“A gente se sentia no compromisso de formar; era uma responsabilidade que a gente sentiu...”.

“Eu acho que hoje nós sentimos na obrigação moral de continuar oferecendo o curso (...), a gente sente que essa mão-de-obra precisa ser formada, quer dizer, é uma maneira de começar a melhorar a qualificação da assistência de enfermagem, a gente ajudar na formação dessa categoria profissional” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 29 e 33)

Por fim, uma terceira e definitiva situação, que motivou o Departamento a criar o Curso de Auxiliar de Enfermagem, foi a solicitação de duas profissionais de enfermagem de Ijuí⁽⁸⁴⁾, para que o Departamento implantasse um curso de auxiliar de enfermagem que elas haviam elaborado.

Através da Universidade, esses profissionais imaginavam conseguir o apoio e o respaldo necessários, visto que sozinhos não conseguiriam dar conta da formação, e tendo em vista também que outras instituições não aceitaram a proposta:

⁽⁸⁴⁾ Uma delas, ex-chefe de enfermagem do Hospital de Caridade de Ijuí, e outra ex-aluna dos cursos de Enfermagem e Nutrição.

“... elas tinham elaborado a proposta de um curso, e teriam na época negociado com o Colégio das Freiras e outras instâncias (...). O Colégio das Freiras há pouco tinha fechado o Curso Técnico de Enfermagem (...) e não topou; e aí elas vieram pra nós (...) mas a proposta delas era criar dentro do Departamento um Curso de Auxiliar de Enfermagem. Aí se começou a discussão de que, primeiro, uma vez o Curso dentro do Departamento, ele era do Departamento, não seria de 10 pessoas externas. Elas queriam na verdade montar um cursinho, uma escolinha delas.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem, p. 29 e 33).

O fato do Departamento ter criado o Curso, após a investida das alunas criou um certo “mal estar” entre as partes, pois o grupo externo proponente sentiu-se traído pela Universidade. Contudo, o Departamento defendia-se dizendo que já havia discutido anteriormente a criação de um curso semelhante e de que a proposta apresentada por elas não encontraria viabilidade técnica e legal:

“... se tomou a decisão de que nós assumiríamos o Curso de Auxiliar de Enfermagem (...) e aí começamos a fazer os estudos, via os pareceres, porque a proposta que elas trouxeram era uma proposta que não tinha nada a ver com os pareceres da Secretaria de Educação do Estado. Aí nós (...) começamos a trabalhar em cima dos pareceres e montar uma proposta de curso.”
 “... a proposta delas (...) não vinha ao encontro de aspectos sociais da formação, da qualificação da mão-de-obra, que a graduação vinha tendo; não era na mesma direção; simplesmente formar mão-de-obra por formar.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem, p. 33 e 24/5).

Assim, como podemos verificar pelas passagens acima, a proposta apresentada pelo Departamento objetivava a formação de recursos humanos para a saúde. A área da saúde da Universidade entendia a necessidade de formação de recursos humanos em saúde como uma necessidade social, como uma estratégia de qualificação da assistência através da realização de cursos que se adequem à realidade e às especificidades do contexto regional.

A partir disso, o Departamento começa a formular a sua proposta de formação de auxiliares de enfermagem, obedecendo às exigências legais estabelecidas pela Secretaria de Educação do Estado, como por exemplo o número máximo de alunos em sala de aula, o caráter supletivo do curso, a carga horária mínima (1210 horas/aula), mas,

ao mesmo tempo, acrescentando as especificidades da formação de profissionais de saúde pela UNIJUI. Assim, são acrescidas ao currículo duas novas disciplinas, que são Saúde e Sociedade e Saúde Pública, na parte teórica e estágio em Saúde Pública.

Essas duas disciplinas determinam a principal característica do curso, que é oferecer uma formação integral aos alunos, capacitando-os para atuar tanto no hospital como em áreas de saúde pública:

“Então nós partimos do pressuposto que esse curso teria que possibilitar (...) um mínimo de informação e conhecimento, (...) principalmente, com a preocupação que se tinha que esse profissional pudesse ser absorvido não só pela rede hospitalar, mas que tivesse experiência, ou possibilidade de trabalhar na rede pública, e por isso em termos de currículo do curso se introduziu disciplinas de Saúde Pública, Saúde e Sociedade, pra possibilitar que esse aluno tivesse um mínimo de visão, de compreensão (...) de sociedade e aí como a saúde se coloca dentro disso, pra poder interferir na saúde pública com um pouco mais de clareza dessas condições.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 27/8).

Além dessa formação voltada para uma visão integral da área da saúde, o curso visava fazer o aluno “refletir sobre sua prática e sobre o sistema de saúde.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 28). Isso seria possível através da transferência de conhecimentos mínimos para os alunos, pois o fato de a Universidade ter encampado a proposta de criar o curso, comprometia este a ser de qualidade.

Esse nível de exigência, advindo da experiência do Departamento na formação de profissionais da área da saúde em nível de graduação, acrescido à inexperiência dos docentes na formação em nível médio, fez com que o primeiro curso apresentasse uma sobrecarga de conteúdos, exigindo bastante empenho dos alunos, que em avaliação do curso revelavam esse problema, sugerindo a redução da carga horária, ao mesmo tempo em que reconheciam a qualidade do curso e a dedicação dos professores. (APONTAMENTO DOS RELATÓRIOS DO DCSa, 1994: 152).

A estrutura e funcionamento do curso trouxeram, também, uma nova dinâmica de funcionamento do ensino para o Departamento. O curso de Auxiliar de Enfermagem teve suas disciplinas agrupadas de maneira a serem ministradas de forma intensiva. Dessa forma, com o término de uma disciplina, iniciava-se imediatamente outra, e assim sucessivamente, até que o bloco de disciplinas teóricas terminasse, o que, em média, correspondia a 50% do tempo do Curso. As aulas teóricas aconteciam diariamente, em geral no turno da tarde, com a realização de quatro horas/aula por dia.

Após o término das aulas teóricas, tinham início os estágios, os quais eram desenvolvidos na rede pública de saúde e no Hospital de Caridade de Ijuí nas áreas de Saúde Pública, Introdução à Enfermagem, Enfermagem Materno-Infantil, Enfermagem Médica e Cirúrgica. O curso, nessa dinâmica, demoraria em torno de 12 a 14 meses para terminar.

Essa proposta de realização de cursos por um período tão longo e, conseqüentemente, exigindo grande dedicação dos alunos, pode significar, em uma primeira avaliação, a estruturação de um curso de forma equivocada em relação à realidade dos trabalhadores da área de enfermagem e do contexto da área da saúde.

Quanto aos trabalhadores da área da enfermagem, o contingente sem qualificação é tão grande que seria necessária uma infinidade de cursos de auxiliar de enfermagem para proporcionar uma oportunidade de qualificação para todos. Por outro lado, desse contingente, um grande número não possui sequer o primeiro grau completo, condição *sine qua non* para freqüentar-se um curso de auxiliar de enfermagem.

A esses problemas, podem ser acrescentados os baixos salários da maioria dos trabalhadores da área da saúde de nível médio e elementar. Essa situação salarial, a princípio, impossibilitaria que um grande contingente de trabalhadores freqüentasse os

curso, em sua grande maioria oferecidos por instituições privadas. Outro problema acessório é o descompromisso generalizado das instituições de saúde para com o desenvolvimento de seus recursos humanos.

Considerando-se esse contexto sócio-político caótico e perverso em que estão inseridos os trabalhadores da saúde de nível médio e elementar, a explicação para a criação de um curso de Auxiliar de Enfermagem, através de uma proposta tão complexa como a pretendida pelo Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI, pode ser respondida a partir de três distintos argumentos.

Em primeiro lugar, cabe lembrar, o Departamento decidiu criar o Curso tendo em vista as pretensões de um grupo externo que intencionava formar auxiliares de enfermagem a partir de uma proposta pedagógica que foi considerada “de baixa qualidade”. Dessa forma, o Curso a ser criado pela Universidade, em contraposição àquele, teria de ser de boa qualidade.

Qualquer proposta que viesse de encontro a essa premissa não justificaria o investimento na formação de recursos humanos de nível médio, mesmo porque o Departamento, pertencendo à Universidade, reúne condições favoráveis para apresentar um Curso à altura das exigências da formação de auxiliares de enfermagem no contexto do Sistema Único de Saúde.

Em segundo lugar, o curso não se destinaria única e exclusivamente a qualificar atendentes de enfermagem adscritos à área hospitalar, mas sim, também, objetivaria formar novos auxiliares de enfermagem, profissionais praticamente inexistentes no mercado de trabalho. Dessa forma, pela experiência acumulada pelo Departamento na formação de graduados para a área da saúde, o Curso de Auxiliar deveria, cumprindo com

sua função estratégica, formar profissionais em condições de responder os desafios de transformação do sistema de saúde.

Por fim, o grupo de articulação do Curso de Auxiliar no Departamento, mesmo tendo conhecimento e consciência da realidade sócio-política em que os profissionais de nível médio da área da saúde estão inseridos, tomou a decisão de que não abriria

“... mão de formar 40 ou 45 alunos com aqueles conhecimentos que nós considerávamos mínimos, para ser um auxiliar de enfermagem, conhecimentos que eram indispensáveis para quem fosse assumir papel de auxiliar de enfermagem.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 29).

Dessa forma, o Departamento opta por direcionar a formação de auxiliares de enfermagem, mesmo num contexto bastante complexo e difícil, no sentido de garantir a qualidade dos profissionais, através do oferecimento de um curso de duração média (aproximadamente 12 meses), período em que o aluno teria uma “vivência acadêmica mínima”, e uma formação global que integra as dimensões técnica, crítico-reflexiva e educativa.

Com a estruturação do Curso, o Departamento pretendia produzir impactos tanto sobre a qualificação dos trabalhadores da saúde, como também sobre a oferta de auxiliares de enfermagem, aumentando a sua disponibilidade no mercado. A inexistência relativa de profissionais qualificados no mercado de trabalho constituía-se em álibi frequentemente utilizado por parte dos empregadores, para o não cumprimento da legislação vigente, contratando, dessa forma, profissionais desqualificados, e, conseqüentemente, com baixos salários, ao invés de profissionais com habilitação legal e técnica.

Desde o ano de implantação do Curso em 1989, até 1991 (último ano investigado nessa Pesquisa), tiveram ingresso quatro turmas de auxiliares de enfermagem. A primeira turma iniciou em janeiro de 1989; a segunda, no primeiro semestre de 1990; a terceira, no segundo semestre desse mesmo ano, e a quarta turma, em outubro de 1991.

A primeira turma era constituída, basicamente, por atendentes de enfermagem, oriundos do maior hospital de Ijuí, o Hospital de Caridade. Para a realização desse primeiro curso, a demanda de interessados foi bastante grande:

“Nós tivemos uma procura bastante acentuada pelo curso. Na época daria, tranquilamente, pra fazer umas três turmas.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem, p. 25).

Quanto ao financiamento do curso, o primeiro foi financiado pelos próprios alunos, que, com o pagamento de suas mensalidades, mantiveram o curso. Os professores da parte teórica e dos estágios de saúde pública eram do Departamento, e na impossibilidade desses assumirem os estágios na área hospitalar, foram contratadas enfermeiras do Hospital de Caridade, as quais foram responsáveis pela supervisão direta dos estágios.

Para a realização da segunda turma, aconteceram algumas mudanças significativas no curso. Pelo fato deste manter em seus quadros docentes do Departamento, os custos da segunda turma elevaram-se bastante, praticamente inviabilizando a sua realização, visto que a clientela potencial não teria condições de sustentar um curso tão caro.

A situação obrigou a procura de alternativas, pois o curso tinha uma demanda bastante grande, demonstrando a potencialidade da proposta. Diante disso, e também em função da necessidade do Hospital de Caridade de Ijuí em contratar auxiliares

de enfermagem para a suas novas instalações⁽⁸⁵⁾, nasce a proposta de realizar-se um consórcio entre HCI e UNIJUI:

“E com a necessidade do Hospital contratar ... e daí assim: como o custo era muito alto, praticamente o curso se tornou inviável, não ia sair a turma. Daí surgiu a idéia de se negociar com o Hospital de Caridade.”

(...)

“... se chegou à conclusão de que o que mais custava para os alunos era a divisão dos grupos, a forma como eram divididos os estágios, e aí o HCI propôs que eles pagassem os enfermeiros pra supervisão dos estágios. E aí a responsabilidade da UNIJUI seria com o bloco teórico, com a parte teórica do Curso.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 26).

A partir de então, se viabilizou a realização de novas turmas. O HCI, dada a sua posição de co-financiador do curso, garantiu vagas na turma para seus profissionais. Os demais alunos que não eram oriundos do Hospital, mas que acabavam por beneficiar-se do subsídio dado pelo HCI, teriam “... após ter concluído o curso, que ficar pelo menos dois anos trabalhando no HCI, a partir daí poderiam seguir a diante.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 26).

A partir dessa segunda turma, o próprio perfil dos alunos começou a transformar-se. Na primeira turma, a grande maioria dos alunos constituía-se de atendentes de enfermagem, e, nas seguintes

“... inverteu: se na primeira turma tinha 98% dos alunos que eram atendentes de enfermagem, na segunda inverteu; teve (...) que 50% da comunidade externa e 50% de atendentes. reduziu bastante o número de atendentes participantes.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 26).

A postura do Hospital de Caridade de Ijuí de associar-se à Universidade para garantir a continuidade do curso de auxiliar de enfermagem é decorrente de duas

⁽⁸⁵⁾ O Hospital de Caridade de Ijuí estava na ocasião executando o projeto “Terceiro Bloco”, com o qual seriam acrescidos à área física do Hospital mais 8 mil metros quadrados, aumentando a capacidade em mais 140 leitos, perfazendo um total de 400 leitos. Dessa forma, com a implantação gradativa de novos serviços no “terceiro bloco”, havia a necessidade de contratação de novos profissionais, e a Direção do Hospital estava comprometida em não contratar atendentes de enfermagem, mesmo porque a ação fiscalizatória do Conselho Regional de Enfermagem estava vigilante com tal situação.

situações. Em primeiro lugar, da filosofia de trabalho da instituição que até 1983 investia 2% de seu orçamento em recursos humanos, ou seja, em atividades de educação continuada, treinamentos, Curso de Auxiliar de Enfermagem etc. (Entrevista 18, Médico, p. 62).

Além desse compromisso político do HCI, a pressão exercida pela Lei 7.498/86 foi determinante no estabelecimento do consórcio. Com o investimento no curso de Auxiliar de Enfermagem, o Hospital conseguiu interferir sobre dois grandes problemas: a formação de novos profissionais para seus quadros e a capacitação de sua força de trabalho em enfermagem.

Para a Universidade de Ijuí, a consolidação do Curso de Auxiliar de Enfermagem também trouxe uma série de benefícios, os quais podem ser considerados impactos diretos do curso no Departamento de Ciências da Saúde. Em primeiro lugar, o Curso de Auxiliar se constituiu, nesse período investigado (1980/1991), na atividade da área do ensino que apresentou maior demanda de alunos para o Departamento. A procura de interessados em frequentar os cursos tem sido sempre superior à oferta de vagas, fato esse nem sempre verificado nos cursos de Enfermagem e Nutrição, assim como também no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública.

Dessa forma, o Curso de Auxiliar tem se tornado um instrumento efetivo de ocupação do tempo dos professores, melhorando o seu aproveitamento, otimizando a força de trabalho do próprio Departamento. Além disso, este, para a realização de novas turmas do Curso, necessitou contratar alguns professores em regime hora/aula, trazendo, dessa forma, mais docentes para o seu quadro.

Um segundo impacto verificado, mesmo que ainda sob forma empírica, é o retorno de alunos egressos do Curso de Auxiliar para o Curso de Enfermagem e Obstetrícia:

“... existe uma preocupação muito grande de trabalhar bem o Curso de Auxiliar de Enfermagem, pra conseguir alunos pro curso de graduação. E isso até tá acontecendo, a gente não tem levantamento disso, mas já tá acontecendo do pessoal estar terminando o curso de auxiliar, ou seja, fazendo os estágios do Curso de Auxiliar e já cursa o primeiro semestre do Curso de Enfermagem.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 26).

Um outro impacto que o curso produziu pode ser verificado na mudança significativa da qualidade dos recursos humanos do próprio Hospital de Caridade de Ijuí:

“... eu percebo na Unidade que estou fazendo estágio agora, na Cirúrgica tem um atendente de enfermagem, enquanto que em 87/88 o número de atendentes de enfermagem era o inverso, tinha uma ou duas auxiliares, uma técnica e restante todos atendentes de enfermagem. Então, empiricamente, (...) o número de auxiliares hoje atuando dentro do Hospital de Caridade é muito maior, eu diria que está aí em torno de 90%. (...) Se você for ver todos os auxiliares que está lá são nossos auxiliares.” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem. p. 26).

Por fim, ainda como impacto do Curso, mesmo que de difícil verificação, podemos considerar, ainda que hipoteticamente, a contribuição desses novos profissionais para com a qualidade da assistência prestada à população e a do Curso no enfrentamento da problemática do ensino de nível médio na área da saúde.

Sem dúvida esse último constitui-se na grande contribuição do Departamento para com a formação de recursos humanos para a saúde, porque o ensino em nível secundário não tem recebido a atenção devida, quer seja das agências formadoras, quer seja do Sistema Nacional de Saúde. Dessa maneira, mesmo constituindo-se em uma experiência que em média forma não mais que 40 novos profissionais por ano, o Curso de Auxiliar de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI aponta um caminho para a realização de profissionalização digna para o grande

contingente da força de trabalho de enfermagem desqualificada, introduzida no mercado de trabalho por força de interesses acima do bem público e o do compromisso com a saúde da população.

A avaliação do curso quanto a sua articulação interna no Departamento, por outro lado, revela alguns problemas.

O Curso de Auxiliar de Enfermagem está diretamente ligado à área de Enfermagem e, embora constitua-se num programa oficial do Departamento, as suas especificidades e objetivos o aproximam sobremaneira ao grupo docente do Curso de Enfermagem. Dessa forma, o conjunto dos professores do Departamento não tem uma relação de compromisso direto com o Curso, o que não ocorre nem mesmo entre o conjunto de professores do Curso de Enfermagem, visto que somente os docentes que executam atividades junto ao Curso de Auxiliar de Enfermagem acabam envolvendo-se com este de forma mais orgânica, comprometendo-se com processos avaliativos e com a própria condução pedagógica do Curso.

As implicações pedagógicas desse “desinteresse” do conjunto dos professores pelo Curso vão ser verificadas na organicidade do Curso de Auxiliar de Enfermagem no interior do Departamento, pois, em realidade, acaba tornando-se um programa em que os professores do Departamento apenas executam atividades de ensino para preencher suas horas de trabalho. Da mesma forma, corre o risco de tornar-se uma atividade “levada à diante” por professores hora/aula, ou seja, docentes desvinculados da rotina acadêmica e sem um comprometimento maior com a Universidade e, por consequência, com o Departamento e com o próprio curso.

Esse fato é caracterizado pelo grupo que discutiu o Curso na entrevista para a Pesquisa como um processo de “lateralização do programa”, ou seja “... o Curso de

Auxiliar anda correndo lateralizado [dentro do Departamento].” (Entrevista 10, Grupo Auxiliar de Enfermagem, p. 34). Isso implica dizer que o Curso tem uma inserção marginal na Unidade e passa a ser considerado como uma atividade secundária, de menor importância. Esse fato vai determinar o surgimento de algumas dificuldades. Primeiramente, se o grupo do Departamento não considera o Curso como uma atividade fundamental de sua vida acadêmica, ele não vai ser alvo da atenção coletiva e, conseqüentemente, de discussões e debates político-pedagógicos, ficando essas questões restritas a um pequeno número de professores que nele trabalham, em grande parte hora/aula, e ao Coordenador do Curso, que passa a ser então o docente responsável, quase que única e exclusivamente por ele.

Com isso o programa como um todo corre o risco de perder seus referenciais orientadores, e sua proposta geral tende a ficar estagnada ao contexto de sua primeira formulação, não retroalimentando-se dos resultados de um processo avaliativo crítico e de uma constante vigilância teórico-reflexiva.

Da mesma forma, a não constituição de um *corpus acadêmico* efetivo e orgânico ligado ao Curso, dificulta a constituição de um colegiado interno que tenha por tarefa principal o acompanhamento do seu desempenho didático-pedagógico, introduzindo mudanças quando necessário.

Assim, se torna imprescindível, para que o Curso alcance com efetividade seus objetivos, um tratamento distintivo dele no interior do Departamento. Esse tratamento diferenciado, a partir de suas especificidades, passa pela fixação e ampliação de seu quadro de docentes, tornando-o perene e à altura das exigências teórico-metodológicas da formação a nível secundário; e pela constituição de um Colegiado de Curso, responsável

por sua condução pedagógica, retirando o ônus dessa responsabilidade exclusivamente do Coordenador de Curso.

A partir disso, o Curso tenderá a constituir-se num programa efetivamente relevante para a vida acadêmica do Departamento, da mesma forma que a qualificação da formação de auxiliares de enfermagem tenderá a melhorar. Esse fato torna-se uma exigência constante, pois os desafios da implantação do Sistema Único de Saúde impõem, cada vez mais, a necessidade de profissionais capacitados técnica e politicamente.

A incorporação do Curso de Auxiliar de Enfermagem, como um programa de relevo ao projeto estratégico do Departamento, permitirá atacar algumas questões levantadas pelo corpo docente e discente, como o problema do caráter intensivo do curso, a inadequação de alguns conteúdos, a inexistência de um núcleo interdisciplinar para discutir-se a formação do auxiliar de enfermagem face às exigências do SUS, entre outras.

Por fim, cabe destacar que mesmo com essas dificuldades e problemas levantados quanto ao Curso, a experiência do Departamento em investir na formação de profissionais de nível médio tem trazido várias contribuições para o corpo docente e para o próprio Departamento. Essas contribuições são verificadas no aumento do quadro de professores, no ingresso no Curso de Enfermagem de egressos do Curso de Auxiliar de Enfermagem e no próprio desafio de trabalhar com a formação em nível de 2^o grau, a qual exige do Departamento uma reformulação em suas práticas didáticas e metodológicas.

4.5.2 O Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Saúde Pública

O segundo curso criado pelo Departamento nesse período é o Curso de Pós-Graduação “Lato Sensu” em Saúde Pública. O projeto desse Curso foi elaborado em 1988, e a primeira turma já começou suas atividades a partir de março de 1989.

A realização de um Curso de Especialização em Saúde Pública já era aspiração antiga do Departamento; contudo, antes de 1987, a Universidade não encontrou as condições ideais para a sua implementação. Os motivos que levaram o DCSa a investir na formação de sanitaristas podem ser reunidos em três grupos. Em primeiro lugar, os Cursos da área da saúde (Enfermagem e Nutrição) são cursos criados

“... com ênfase grande na área de Saúde (...) comunitária, ou saúde pública, e então já se começou a trabalhar disciplinas no currículo discutindo essas áreas, incorporando essas áreas em disciplinas e (...) projetos, (...) isso foi nos dando uma certa motivação especial...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 01).

Dessa maneira, um Curso de Especialização em Saúde Pública viria aprofundar os referenciais e conceitos teórico-metodológicos utilizados pelo Departamento em atividades de ensino e de extensão, tornando-se assim o curso de especialização em um “desdobramento natural” das atividades já implementadas.

Por outro lado, as práticas executadas, em especial de extensão, aproximavam bastante o Departamento com as realidades dos municípios da região, de tal forma que

“... se sentia uma demanda toda em relação aos grupos que a gente trabalhava, fosse aqui do município ou da região, e que seria uma área que teria um campo muito grande de se trabalhar, pela própria trajetória aqui do Departamento que desenvolveu muitas atividades de extensão na época.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 01).

Essa proximidade e o contato com as realidades municipais na área da saúde, acopladas aos referenciais adotados pelo Departamento, que vinculam as discussões sobre o processo saúde/doença aos seus determinantes estruturais, fez surgir dentro do Departamento “... uma sensibilidade particular para discutir questões mais amplas relacionadas à questão saúde (...). Então [a área de saúde pública] é uma área que tinha muito haver com a vida do Departamento. (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 02).

O curso de especialização, dessa forma, se constituiria em um instrumento metodológico para a realização de discussões mais aprofundadas, mais verticalizadas em relação as amplas questões do campo da saúde. Soma-se a essas motivações, o compromisso da UNIJUI e do Departamento de Ciências da Saúde com o processo de Reforma Sanitária, que se traduz no

“perfil profissiográfico de seus cursos de Enfermagem e Nutrição (...), na produção e democratização de conhecimentos; no desenvolvimento de atividades de extensão (...); na integração institucional (...); [e na participação] da reestruturação do sistema de saúde [local] através de sua atuação junto à Comissão Interinstitucional de Saúde do Município...” (BONFADA & KOPF, 1988: 2).

Mesmo assim, esse conjunto de motivações não foi suficiente, antes do final da década de 80, para efetivar a proposta de criação do curso de pós-graduação, pois “... o Departamento não se sentia maduro, acho que não havia um consenso no Departamento de que era o momento.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 02).

Se, por um lado, o Departamento não se achava em condições de criar uma área de pós-graduação “Lato Sensu” em saúde pública; por outro lado, também não havia, até então, uma conjuntura na área da saúde que propiciasse a implementação de tal atividade. Esse contexto vai ser transformado significativamente a partir de meados da

década de 80, quando a importância social e política do campo da saúde aumenta, atingindo seu ponto máximo com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A partir de então, começam a ocorrer importantes alterações jurídico-legais no campo sanitário e a experimentação de várias propostas de transformação das práticas de saúde, experimentações essas efetivadas no contexto dos municípios brasileiros. No Rio Grande do Sul, a partir da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS - (Decreto 94.657, de 20/07/1987), tem início efetivo o processo de municipalização da saúde, quando ocorre a assinatura dos primeiros termos de adesão dos municípios ao SUDS. Este

“... representou uma mudança radical no sistema de saúde vigente. O INAMPS perde seu papel de prestador de serviços (tanto direto quanto indireto) e torna-se basicamente um órgão controlador e co-financiador do sistema de saúde. A prestação de serviços passa a ser efetuada de forma descentralizada pelos estados e municípios; o planejamento passa a ser realizado de forma descentralizada, buscando maior resolutividade, universalização, regionalização, hierarquização e integralidade das ações de saúde.” (JOVCHELOVITCH, 1993: 52).

Contudo, apesar dessa política favorável à municipalização da saúde a partir da implantação do SUDS, não podemos esquecer que estavam em curso experiências em vários municípios do Estado, as quais, em sua maioria, tiveram início, a partir de 1982, com a eleição de executivos municipais comprometidos com a área da saúde. Na região de Ijuí, certamente o município de Ajuricaba é o melhor exemplo disso. (BRASIL, 1989).

Mas é a partir do processo de implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que se começa a verificar com mais intensidade o envolvimento do poder público municipal no processo de democratização da área da saúde:

“... o Curso foi projetado em 87/88, bem na época da implantação do SUDS, (...), foi uma época de (...) *boom* em termos de mobilização, e até de recursos financeiros, então se encontrava uma certa facilidade, tanto de obter apoio, como de sensibilização do pessoal, porque estavam começando a vivenciar as modificações (...) no dia-a-dia, nos serviços...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 03).

A implantação do “novo sistema sanitário” demanda a capacitação de quadros técnicos da área da saúde nos municípios, principalmente porque implica em processo de descentralização das decisões e, conseqüentemente, da gestão dos sistemas municipais de saúde. É nesse contexto que o Curso de Especialização do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI encontra justificativa para a sua criação, pois

“A reformulação porque passa o setor saúde, visando a implantação da Reforma Sanitária, requer uma nova política de desenvolvimento de recursos humanos. Isto implica na capacitação dos profissionais de saúde, voltados para o compromisso social de mudança na qual o processo educativo contemple o entendimento da saúde como resultado de um processo de determinação social.” (BONFADA & KOPF, 1988: 2).

A partir daí, o Departamento começa a realizar uma série de movimentos táticos visando a formação de um movimento político-institucional de apoio a criação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Para tanto, mobiliza os gestores regionais da saúde, os Delegados de Saúde da Região, e outras liderança do campo da saúde, a Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente - ESP/SSMA-RS -, para apresentar e discutir a proposta de implantação do Curso.

Nesses encontros chegou-se à conclusão de que a proposta era viável, autorizando-se, de certa forma, a Universidade a pensar um projeto para o Curso. Esse projeto é apresentado em uma reunião em que se encontravam representados a SSMA/RS de Porto Alegre, de Ijuí e de Santa Rosa, a ESP/RS, o INAMPS de Cruz Alta e a UNIJUI, e, após breves discussões, a proposta é aprovada:

“... nesse período a gente teve um apoio grande da Secretaria de Saúde do Estado. Particularmente através da Escola de Saúde Pública tivemos várias reuniões com Delegados de Saúde (...) pra discutir justamente a participação do pessoal dos serviços no curso e também em termos de apoio. Apoio em forma de intercâmbio, seja de professores ou de material, como de apoio formal no sentido de se formalizar um convênio com Secretaria de Saúde do Estado. (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 03).

O passo seguinte foi a formalização do apoio da Escola de Saúde Pública da SSMA/RS ao Curso, a qual participou na condição de co-promotora. Com isso estavam dadas as condições técnicas e políticas para a efetivação do Curso. Do ponto de vista político, a SSMA/RS comprometia-se a liberar seus funcionários para cursarem a especialização, condição imprescindível para a sua realização. Do ponto de vista técnico, a Escola de Saúde Pública cedia docentes e a SSMA/RS patrocinava algumas bolsas de estudos para os alunos.

Este curso, estabelecido em consórcio com a Escola de Saúde Pública da SSMA/RS, tinha por objetivo geral “capacitar profissionais de nível superior como sanitaristas”, os quais se tornariam capazes de analisar os determinantes do processo saúde-doença; planejar e gerenciar serviços de saúde; organizar e programar atividades de saúde pública na implantação do SUDS e de sistemas locais de saúde; executar atividades de desenvolvimento de recursos humanos e de educação em saúde; e desenvolver atividades de proteção, promoção e recuperação da saúde e de proteção e recuperação do meio ambiente. (BONFADA & KOPF, 1988: 3/4). Dessa forma, o sanitarista formado pela UNIJUI estaria apto a atender às necessidades de redimensionamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde a partir das peculiaridades regionais. (BONFADA & KOPF, 1988: 2/3).

Do ponto de vista metodológico, o Curso intenta ainda estimular a capacidade reflexiva, crítica e criativa do aluno, através da organização do ensino em atividades teóricas e práticas, as quais estariam dimensionadas à realidade dos serviços de saúde da região. Outro ponto a salientar é a concepção de sanitarista adotada, considerados “agentes educadores” os promotores de mudanças a partir de sua inserção nos serviços de saúde.

Inicialmente o Curso foi concebido em torno de seis áreas temáticas^(*), das quais emergiam doze disciplinas, num total de 660 horas (BONFADA & KOPF, 1988: 4). Contudo, no primeiro curso, foram realizadas 725 horas/aula, sendo que destas, as 15 horas iniciais foram de atividades de integração, e as 120 horas finais de “atividades de integração curricular”, destinadas à elaboração dos Trabalhos Monográficos.

O corpo docente proveio, em sua maioria, da Escola de Saúde Pública do Estado (áreas mais “técnicas” da saúde) e da UNIJUI, principalmente nas áreas das Ciências Sociais, Estatística, Administração e Orientação Monográfica. Alguns docentes eram próprio do Departamento de Ciências da Saúde, que participavam como assistentes em disciplinas ministradas pelos professores da Escola de Saúde Pública e de outras instituições, como a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ -, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS -, da COTRIJUI etc.

O processo de seleção, para todas as turmas ingressantes, constava de prova escrita, versando sobre as principais áreas^(**) da saúde pública, análise de *curriculum vitae* e entrevista.

A realização do primeiro curso do Pós-Graduação “Lato Sensu” em Saúde Pública ocorreu durante uma conjuntura de transformação da área da saúde no setor público. Isso fez com que o Curso encontrasse apoio fora dos espaços da Universidade, não somente junto à Secretaria de Saúde do Estado e a sua Escola de Saúde Pública, mas também junto aos poderes públicos municipais, as Delegacias Regionais de Saúde e à ASSEDISA - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais da Saúde. Esse apoio

(*) Ciências Sociais, Metodologia da Pesquisa; Quantificação dos Problemas de Saúde; Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde; Saúde Ambiental; e Educação em Saúde.

(**) Saúde e Sociedade; Epidemiologia e Quantificação em Saúde; Ecologia e Saneamento; Planejamento e Administração dos Serviços e Saúde.

materializou-se na divulgação do curso, na liberação dos profissionais para frequentá-lo, até a cedência de professores e auxílio financeiro.

Essa conjuntura favorável e esses apoios dados ao Curso foram determinantes na caracterização da primeira turma, quase toda ela composta por trabalhadores da saúde, adscritos às Secretarias Municipais de Saúde e à própria SSMA/RS.

Contudo, o mesmo não aconteceu para a realização do segundo curso. Já no ano seguinte - 1990 -, a coordenação do Curso e o Departamento iniciam as tratativas para promover um novo curso, mas houve mudanças radicais tanto na postura da SSMA/RS e das próprias Delegacias Regionais e Saúde, quanto das Secretarias Municipais. A mudança demonstrou-se tão radical que o segundo curso não foi realizado no ano de 1990.

A mudança no quadro político da área da saúde no Rio Grande do Sul se deve, entre outros, pelas dificuldades encontradas pelos municípios e pelo próprio Estado em efetivar o processo de municipalização da saúde. Ainda no primeiro ano de implantação do SUDS, já aparecem dificuldades no processo de descentralização da saúde, as quais vão agudizar-se nos anos seguintes. Os problemas com o financiamento, a centralização técnico-política sobre o INAMPS (MENDES, 1993), as dificuldades da descentralização das ações com repasse de encargos aos municípios sem uma previsão orçamentária clara e a baixa capacidade tecno-administrativa da maioria dos municípios, geraram um processo bastante conturbado (CAMPOS, 1990), colocando a maioria dos técnicos da saúde, e em especial os executivos municipais, em uma situação defensiva.

Isso tudo vai produzir impactos diretos sobre o curso, pois a continuidade da articulação interinstitucional, que resultou nos apoios para o Curso, dependia de uma conjuntura favorável, ou seja, de otimismo, de perspectivas frente ao processo de

municipalização da saúde. Soma-se a esse quadro conjuntural complexo e incerto a “entrada em cena” do Governo Fernando Collor de Mello, o qual

“... perseguiu coerentemente com o seu ideário neoliberal e com sua estratégia de estabilização econômica, um ajuste nas contas públicas a partir de cortes centrados, prioritariamente, nos gastos sociais.”

(...)

‘A partir de 1990 interrompeu-se a evolução ascendente do gasto social observada desde o início da Nova República, demonstrando claramente a ausência de prioridade conferida pelo atual Governo a essas políticas.’ (MARQUES & MÉDICI, 1994: 07).

Além dos cortes orçamentários na área da saúde (30,68% apenas nos dois primeiros anos do “Governo Collor”), o Governo Federal voltou a usar com intensidade o que passou a ser denominado de “descentralização tutelada”, ou seja, passou a firmar convênios diretamente entre a esfera federal e as prefeituras, controlando clientelisticamente os recursos repassados aos Estados e Municípios. Com isso, o processo de descentralização foi completamente invertido, pois não se baseava em princípios, projetos e programas, mas na “capacidade representativa” dos Estados e dos Municípios.

O Rio Grande do Sul, na ocasião, era oposição ao Governo Federal e, por isso, teve “baixa capacidade representativa”, que, entre outros, ajudou a complicar o processo de municipalização da saúde no Estado. Apesar dessa complicação política, nesse período o Rio Grande do Sul conseguiu dar prosseguimento ao processo, pois, mesmo com a saída do presidente do INAMPS, integrante do movimento sanitário brasileiro, o Estado manteve a superintendência regional, dando continuidade à política de descentralização e municipalização da saúde. (JOVCHELOVITCH, 1993: 53).

Mesmo assim, o processo de descentralização da saúde não se mostrava tão fácil e nem imune às pressões políticas como se imaginava, e retrocessos começaram a ser percebidos na área da saúde, a qual pode ser diagnosticada com uma “síndrome”, dado o volume de variáveis complicadoras:

“... grande parte das atividades que antes eram realizadas pelo Estado, através das Secretarias Estaduais, passa a ser realizada pelas Secretarias Municipais e esse período é um período complicado, porque (...) na verdade nunca se efetivou (...) uma municipalização de fato. (...) o pessoal ficou meio que perdido nisso tudo (...), eles passaram a assumir uma série de atividades (...) e nem todos tinham quadros, não conseguiram compor seus quadros de acordo com as novas responsabilidades, e ao mesmo tempo, a Secretaria de Saúde do Estado (...) retirou um pouco (...) [o] apoio, não digo só financeiro, mas de assessoria, de intercâmbio junto aos níveis locais (...) [e] isso, de repente, se reflete no Curso...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 04).

Acrescenta-se a esse quadro qualificado de “síndrome”, a falta de preparo e compromisso de muitos dos gestores públicos municipais, pois

“... nem todos os secretários que assumiram na região estavam efetivamente - e isso a gente sente até hoje - conscientes da importância de seus quadros terem essa oportunidade de participar do curso, de se instrumentalizar pra uma nova situação.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 04).

Esse quadro todo fez com que se perdesse a nitidez frente ao cenário do processo de municipalização da saúde no Rio Grande do Sul, trazendo uma nova realidade para o Departamento que incidia diretamente na perspectiva de realização do segundo curso de Pós-Graduação em Saúde Pública:

“... então foram duas coisas que apareceram de novo: os alunos não tinham como ser liberados, e também tinham que pagar um curso mais caro...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 04).

Isso obrigou ao Departamento a realizar uma série de transformações dentro do Curso, o qual deveria adequar-se a essa nova realidade política e institucional da área da saúde. As alternativas encontradas promoveram a redução da carga horária do Curso, a rearticulação dos módulos temáticos e a proposição de um novo calendário para as aulas, que passaram a ocorrer nos finais de semana:

“ [Diante] da disponibilidade pra frequentar o Curso, uma vez por semana (...) se levantou a proposta de modificar a estrutura de carga horária do curso (...), se optou por [reduzir a] carga horária de 725 horas pra 525 horas, isso implicou em mudanças em algumas áreas que eram importantes, pra tentar adequar essa carga

horária em disciplinas menores, pra dar conta de trabalhar os conteúdos.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 06).

Outra alternativa foi solicitar à CAPES bolsas de estudos para os alunos:

“... se enviou o projeto do Curso pra CAPES (...) [e] se conseguiu 27 bolsas de estudos [que] davam pra subsidiar quase que 80% de todas as mensalidades de todos os alunos.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 06/07).

As medidas tomadas para adequar-se a proposta do curso ao contexto do processo de municipalização da saúde podem ser assim sintetizadas:

“... foram essas as medidas tomadas: busca de financiamento fora da Secretaria, no caso através da CAPES, e essa proposta de alterar a estrutura [do Curso], com redução da carga horária e também adequação do cronograma.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 07)

Por outro lado, agora não se contava mais com o apoio formal da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente - SSMA/RS -, e dessa forma perdia-se o vínculo com os trabalhadores da saúde adscritos à área pública, tornando mais difícil a sua sensibilização para realizar o curso, que além de exigir um tempo relativamente grande para frequentar-se as aulas, tinha de ser pago.

A perda do contato direto com os trabalhadores da saúde via Secretarias Estadual e Municipais de Saúde fez com que não ocorresse a nova turma, pois o Departamento chamou um novo processo de seleção de candidatos, mas as vagas não foram preenchidas. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 161).

Esse fato alertou à necessidade de promover-se novas mudanças no curso, que se resumem na redução da carga horária e na adequação do cronograma de aulas às possibilidades dos alunos. A partir dessas alterações, foi chamado um novo processo seletivo, quando então se conseguiu o número mínimo de alunos para efetivação do mesmo.

Devido às alterações do contexto político-institucional, acima descrito, o perfil da nova turma, em relação à primeira, foi completamente alterado:

“... aquela clientela que era inicialmente (...) do serviço público pro primeiro Curso, pro segundo mudou completamente. A gente tinha acho que dois terços dos alunos do segundo Curso eram profissionais liberais. Não eram profissionais dos serviços públicos...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 06)

Dessa forma, o Curso, que inicialmente tinha por objetivo qualificar recursos humanos para enfrentar os desafios de implantação de um Sistema Único de Saúde, não consegue captar sua clientela preferencial, dedicando-se a instrumentalizar, em sua grande maioria, profissionais liberais, muitas vezes distanciados dos serviços públicos de saúde.

O Curso, apesar dessas mudanças internas, teve seu prosseguimento, e essa segunda turma ingressou na Universidade em outubro de 1991, para cursar treze disciplinas, que totalizavam 488 horas/aula ministradas durante finais-de-semana. (RELATÓRIOS do DCSa, 1994: 168).

Cabe ainda discutir outras três questões relacionadas ao Curso da Pós-Graduação: qual o seu significado; e a sua importância para o Departamento; e como se avalia a sua articulação dentro da área da saúde da Universidade.

O Curso de Especialização dentro do Departamento é entendido como um “espaço privilegiado” de discussões de temáticas pertinentes à área da Saúde Coletiva e como um espaço importante de produção de conhecimento, principalmente relacionado às experiências na área da saúde a nível loco-regional (Entrevista 06, Grupo PG/Saúde Pública. p. 11).

A partir desse entendimento, podemos verificar algumas de suas contribuições para com os processos de municipalização na Região e para com o próprio Departamento.

Em primeiro lugar, partindo da estruturação das disciplinas da Especialização no enfoque da Saúde Pública, as questões da Saúde Coletiva passam a ficar mais presentes no interior do próprio Departamento, perpassando o conjunto de suas relações didático-pedagógicas, ou seja, a saúde coletiva deixa de ser de interesse exclusivo de um grupo de sanitaristas para incluir-se como uma preocupação coletiva do grupo do Departamento.

“Mesmo que o Curso demore pra acontecer (...) ele deixa permanecer dentro do Departamento (...) algumas coisas específicas, a idéia da questão do Coletivo (...) acaba sendo tratada pelos cursos (...) e pelo grupo de professores, (...) a gente acaba levando pro colegiado pequeno (...) as discussões que se passam por aí, mesmo que não é de interesse de todos os professores, mas acaba passando aí pra dentro a discussão.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 09)

Em segundo lugar, vinda de docentes de outras instituições, transforma-se em uma possibilidade ímpar de troca de conhecimentos, de acesso dos professores do Departamento com uma diversidade bastante grande de sistematizações e estudos da área da saúde pública. Isso faz com que haja, em terceiro lugar, um processo constante de retroalimentação do grupo, que tende a problematizar as suas questões teóricas e a confrontá-las em discussões e debates que se tornam mais freqüentes durante o período de vigência das disciplinas da Especialização.

Em quarto lugar, a vinda de alunos dos municípios da região faz com que aumente significativamente o intercâmbio entre esses municípios e o Departamento, que passa a ter uma proximidade maior com essas realidades e a formalizar, mesmo que tenuemente, contatos com técnicos e dirigentes da área da saúde da região. Mesmo porque

o Curso se constitui em um espaço importante para a construção de conhecimentos, e as monografias impõem-se como instrumentos de discussão e de sistematização das experiências locais em saúde:

“... a produção que é feita (...), [a] investigação que os alunos desenvolvem (...) [pelas] limitações que se tem ainda para realizar pesquisa, acaba sendo uma das poucas formas de se viabilizar a produção científica (...); acho que a atividade de produção tá ainda muito restrita à formalização de trabalhos em cursos, então ainda é uma pesquisa pequena que se faz, mas pelo menos tá se produzindo conhecimento, tá se produzindo conhecimento de experiências regionais particularmente, tá se sistematizando, está se analisando essas experiências.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 08)

Por fim, podemos observar que o Curso de Especialização se efetiva como instrumento de qualificação do próprio corpo docente do Departamento. Nessas duas turmas implantadas nesse período, seis professores do Departamento obtiveram o título de Sanitarista.

Quanto à articulação do Curso no interior do Departamento, percebe-se alguns problemas, todos eles semelhantes ao que já foi levantado na discussão do Curso de Auxiliar de Enfermagem.

O Grupo do Departamento que discutiu, durante a entrevista, a Especialização, observou que o Curso ainda não está “incorporado como rotina” à vida acadêmica do Departamento. Isso se deve, principalmente, à não realização consecutiva de novas turmas⁽⁸⁶⁾, fazendo com que o mesmo não se efetive como uma atividade regular, enraizada na dinâmica acadêmica.

⁽⁸⁶⁾ A partir de sua criação em 1989, o Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública só foi realizado em duas ocasiões (1989 e 1991). Posteriormente foram realizadas outras tentativas de instalação de novas turmas, as quais foram frustradas pela “falta de interessados”. A última tentativa foi realizada em 1994, quando foram aprovados 21 alunos para o novo curso, mas menos de dezoito confirmaram o interesse efetivo em matricular-se, fazendo com que se sustasse a realização do Curso.

Esse número de alunos, apesar de ser significativo, é demasiado pequeno para cobrir os custos do curso, fazendo com que as mensalidades tornem-se excessivamente caras. Para ter-se uma idéia, o custo per capita com uma turma de 18 alunos, mesmo contando-se com 50% dos professores do Departamento como docentes do curso, fica ao redor de 250 reais ao mês, preço esse bastante elevado, considerando-se a realidade salarial dos profissionais da saúde da região.

Outro fato que explica a não vinculação do Curso ao dia-a-dia do Departamento é a dependência de docentes de fora da instituição. Professores visitantes, se por um lado enriquecem as abordagens do Curso e as vivências no Departamento, por outro lado, descomprometem o conjunto dos docentes a ter uma atitude crítico-reflexiva frente ao Curso. Além disso, a ausência do professor no cotidiano do Curso impede a realização sistemática de discussões, de um processo de

“... troca, do poder trocar; na coordenação do Curso de Enfermagem [por exemplo], os professores trocam, discutem disciplinas. Isso em relação aos cursos de especialização (...) é coisa pro coordenador, até porque nós não temos todo o corpo de professores conosco...” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 12/3).

O Grupo se queixa, ainda, que dentro do Departamento as pessoas que mais se interessam pelo Curso são os docentes com formação de sanitaristas. Isso determina que o curso seja relegado a uma

“... posição marginal, pelo formal, como responsabilidade formal, por ele não ser regular talvez, não tá incorporado como rotina, que é diferente dos cursos de graduação, que entra uma turma e sai outra. (...) hoje é muito claro ver o comprometimento dos professores como um todo (...) em relação aos cursos de graduação, do que em relação ao curso de especialização.” (Entrevista 06, Grupo do PG/Saúde Pública. p. 12)

A partir desse conjunto de informações e relatos, podemos verificar que existe dentro do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI uma certa dificuldade do grupo assumir coletivamente o conjunto das atividades implementadas. Isso se deve a vários motivos, como por exemplo, o número de atividades em relação ao número de professores, à política de administração de pessoal, a qual exige que cada professor assuma várias e diferentes disciplinas em cada semestre letivo, e aos projetos e interesses pessoais de cada professor.

Mas achamos que um fator que interfere decisivamente nesse quadro é a dificuldade, dos membros do Departamento, de pensarem a área da saúde em seu conjunto. Contudo, exigir que cada sujeito integrante do DCSa interfira de forma indistinta em todas as atividades implementadas é uma proposta sem nenhuma exequibilidade. Não é isso que imaginamos.

O DCSa se constitui enquanto instituição acadêmica por operar seu objeto - a área da saúde - em várias dimensões. As três áreas clássicas de intervenção da Universidade - ensino/pesquisa/extensão - são operadas pela especificidade do projeto político-pedagógico do Departamento, o qual dá unidade e coesão a sua ação institucional.

Assim, cada uma das práticas executadas articula-se e compõe o universo maior de intervenção do DCSa. Pensar o todo, dessa forma, significa apreender essa unidade e essa dinâmica interrelacionada do conjunto das ações.

O aprimoramento do projeto de intervenção do DCSa viabilizaria a compreensão por seus sujeitos da derivação de cada uma de suas práticas. Um projeto de intervenção de um coletivo, por outro lado, é resultante dos desejos, necessidades, aspirações, intensões, projetos, perspectivas de futuro e uma infinidade de outros elementos, do conjunto de seus sujeitos políticos.

Com a construção de um projeto global de intervenção, as distintas práticas (cursos, pesquisas, extensão, eventos etc) passariam a ser entendidas como ações pertinentes a um todo, o qual, composto por essas partes, determinaria um processo de significação diferenciado a cada uma delas, as quais se transformariam em matrizes para a reformulação desse todo, ou seja, o próprio Departamento.

Isso tornaria possível romper as barreiras do enclausuramento de cada sujeito em sua atividade específica. O estabelecimento de relações com outros sujeitos

apenas por necessidade de operar o seu objeto, cederia lugar a um processo de intercomunicações subjetivas, com o qual torna-se possível a transformação de objetos de trabalhos isolados em instrumentos coletivos de trabalho.

4.5.3 O Curso de Medicina

O último curso que foi criado pelo Departamento de Ciências da Saúde no período em estudo foi o de Medicina.

O contexto no qual emerge o Curso de Medicina é bastante diferente da realidade dos dois primeiros cursos, constituindo-se num cenário completamente distinto. As diferenças podem ser observadas sob vários aspectos, mas elas se tornam mais visíveis, quando se analisam as dificuldades enfrentadas para a implantação dos Cursos. O Curso de Auxiliar de Enfermagem teve como principal dificuldade a sua aprovação legal, visto que sofria de sucessivos entraves burocráticos impostos pela Secretaria Estadual de Educação. Já o Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública teve como principais dificuldades a conjuntura do processo de Municipalização da Saúde, os limites financeiros da Universidade para poder apoiá-lo efetivamente e um público incerto.

O Curso de Medicina, por outro lado, sofreu um pesado e complicado embate político-ideológico por parte da corporação médica organizada, principalmente, em torno da Associação Brasileira de Medicina (AMB) e Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS).

O Curso de Medicina já fazia parte das aspirações da Universidade e do Departamento de Ciências da Saúde desde algum tempo. Tanto a Universidade como o

Departamento julgavam imprescindível a complementação do projeto pedagógico e estratégico da área da saúde, o que significava, entre outros, a criação do Curso de Medicina:

“... muitas vezes em contatos Reitoria-Departamento, se ventilava a criação do Curso de Medicina, mas ainda como uma hipótese não de curto prazo, mas de médio prazo. No entanto, contatos com a comunidade e especialmente após notícias de que mesmo com os Decretos em vigor, aqueles que proibiam a criação na área do Direito, da Tecnologia e na área da Saúde, (...), muitas universidades estavam, em base em sua autonomia, criando cursos nessas áreas, nós voltamos a discutir.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 53).

A área da saúde já contava então com os cursos de Enfermagem e Obstetrícia, de Nutrição, o Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem, e o Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, sendo necessária, na perspectiva de ampliar-se os horizontes pedagógicos e o projeto político-estratégico da área, a formação de profissionais médicos.

Apesar de já haver-se pensado em criar um curso de medicina na UNIJUI, o surgimento das discussões que determinaram a sua criação, ocorreu de forma muito rápida, tomando de surpresa a grande maioria da comunidade acadêmica. O próprio Plano Estratégico da UNIJUI, aprovado pelo Conselho Universitário em 1990, não previa, entre os cursos novos a serem criados até o ano 2000, o Curso de Medicina. É somente no Plano de Expansão da UNIJUI, datado de 10 de outubro de 1991, que aparece formalmente o Curso de Medicina.

A aprovação da criação do Curso de Medicina pelo Conselho Universitário vem ao encontro, dessa forma, dos interesses políticos do Departamento de Ciências da Saúde e da Reitoria da UNIJUI, visto que, na data de criação do Curso, o processo de discussão recém havia iniciado^(*).

(*) O primeiro encontro entre Reitoria e Departamento, no qual decidiu-se por criar o Curso, ocorreu em 20 de setembro de 1991.

Por essas informações, podemos observar que houve a deflagração, dentro da Universidade, de um processo de discussão bastante rápido, que culminou com a criação de um Curso de Medicina.

A criação do Curso de forma tão rápida foi, sem dúvida, determinada por acontecimentos que ocorreram no cenário político, em que está inserida a UNIJUI, os quais levaram seu corpo dirigente a tomar uma “atitude política corajosa”, criando o Curso, mesmo que sem discussões acadêmicas mais aprofundadas, rompendo, dessa forma, com a tradição da Universidade no processo de criação de novos cursos.

O acontecimento que produziu a deflagração desse processo foi a descoberta da intenção da Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ - de criar um Curso de Medicina:

“Cruz Alta bolou o curso de medicina e (...) ligou pro MEC pegando informações de como é que ela ia fazer pra fazer um Curso de Medicina, e aí passaram essa informação pra Ijuí; (...) Veio lá de cima de Brasília a proposta pra que se fizesse um curso de medicina aqui, pra então não aprovar Cruz Alta e aprovar Ijuí.” (Entrevista 16, Médico. p. 45).

“O Curso de Medicina foi uma idéia ousada, forte, decidida de forma muito rápida, sem pensar. E eu fui contatado no pátio da FIDENE pelo Sr. Reitor, depois de uma reunião de que Cruz Alta iria lançar um Curso de Medicina e que a ** havia descoberto que iria ser lançado dali 10 ou 15 dias.” (Entrevista 18, Médico. p. 63).

O pequeno prazo entre a criação do curso - outubro de 1991 - e a previsão de seu início - março de 1992 - deixa claro que a discussão dentro da Universidade foi deflagrada por razões de ordem político-estratégicas. Não foi decorrência, dessa forma, de um processo, tendo base na tradição da UNIJUI na criação de novos cursos, para o qual se promove uma ampla discussão com a comunidade universitária e com a comunidade externa, principalmente com os profissionais da área e suas entidades representativas.

“... a Reitoria se mobilizou, internamente num primeiro momento, discutindo com Departamentos, mas assim rápido, uma mobilização rápida, até foi questionado na época por que não houve aquele tempo, aquele ritmo acadêmico nosso de discutir as coisas lentamente, mas foi uma mobilização muito rápida, devido aos prazos

(...). Então discutindo com a comunidade, com pessoas que estavam no poder político e que tinham influências na comunidade e internamente, se decidiu fazer um processo rápido.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 53).

Dessa forma, por mais que a Universidade tenha discutido anteriormente, mesmo que superficialmente, a criação do curso de medicina não ocorreu como resultado de um amplo e maduro processo de discussão. O que se observa é que se levou em conta, quase tão somente, aspectos da ação estratégica da Universidade, visto que outras instituições de ensino superior da região e do Estado do Rio Grande do Sul aspiravam, também, criar cursos semelhantes. Entre essas, uma delas encontrava-se na região de Ijuí, a Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ - da vizinha cidade de Cruz Alta⁽⁸⁷⁾.

“E teve um dado, que não podemos ignorar também, que essa intenção de universidades buscarem a criação de cursos nessa área, independentemente dos Decretos, estava fazendo com que instituições aqui da região, como por exemplo Cruz Alta, querendo criar o curso de medicina...” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 53).

Contudo, parece ter sido a UNICRUZ a instituição que primeiro pensou na possibilidade de criar o Curso, fato esse que chegou posteriormente a UNIJUI, detonando um processo rapidíssimo de discussões e decisões. As duas Universidades, por “competirem” na mesma área geopolítica, iniciaram a discussão de seus cursos de medicina para além de seu projeto pedagógico, incluindo os cursos em seus Planos Estratégicos.

“E o Sr. Reitor * me consultou se o Hospital fechava junto, porque não dava pra deixar a UNICRUZ lançar.” (Entrevista 18, Médico. p. 64).

Dessa forma, o discurso político-institucional das duas Universidades, encabeçado principalmente por seus Reitores, deixava explícito que, para as pretensões

⁽⁸⁷⁾ Na ocasião da instalação do Curso de Medicina pela UNIJUI, a outra pretendente da região não gozava, ainda, do *status* de Universidade, o que criou uma série de dificuldades a seu corpo diretivo, visto que a Carta de Universidade é que permite a autonomia para a criação de cursos de nível superior pelas instituições de ensino.

futuras das duas instituições, o fato de apenas uma delas constituir o curso de medicina fazia com que a outra corresse o risco de tornar-se uma instituição menor, ou seja, deixaria a sua rival - política e de mercado - em situação de vantagem. Assim está estabelecido um novo elemento do cenário da criação do curso de medicina da UNIJUI, a competição com a UNICRUZ.

Por outro lado, a bem da verdade, as diferenças não eram apenas em nível de disputa estratégica no campo da política e de mercado. A diferença fundamental podia ser verificada, também, na perspectiva filosófica da formação de novos médicos⁽⁸⁸⁾. Enquanto a UNIJUI se preocupava em distinguir-se através de uma formação de profissionais a partir dos moldes do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, o mesmo não se podia verificar nas intenções da UNICRUZ, que fazia incluir seu Curso de Medicina no conjunto dos outros cursos já em funcionamento, tornando-se, para além disso, numa real oportunidade de aferimento de *status* à instituição e de possíveis, mas duvidosos, retornos financeiros:

“... a UNIJUI entendeu (...) que a nossa história na área da saúde, as perspectivas, a filosofia da instituição nessa área, faziam com que a gente tivesse que tomar uma decisão corajosa pra não perder um espaço que entendíamos que era nosso, que uma instituição sem tradição na área estava muito menos capacitada a enfrentar um desafio desses do que a UNIJUI.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 53).

Uma terceira pretendente a criar um Curso de Medicina foi a Universidade Luterana do Brasil - ULBRA -, situada na região metropolitana de Porto Alegre. Dispondo de suficientes recursos financeiros - ao contrário da UNIJUI -, a ULBRA iniciou o processo de criação do seu Curso de Medicina de uma forma bastante distinta da UNICRUZ e da UNIJUI.

⁽⁸⁸⁾ Embora não tivéssemos acesso aos documentos da UNICRUZ, as argumentações públicas dos dirigentes da universidade deixavam claras essas diferenças. O mesmo pode ser verificado nos discursos das lideranças das instituições representativas dos médicos.

Na ocasião em que a ULBRA manifestou publicamente seu interesse em criar um Curso de Medicina, ela já havia construído um Hospital Universitário e tinha incorporado a seus quadros vários profissionais médicos. Contudo, faltava-lhe uma história pregressa consistente na área da saúde que a habilitasse a lutar por uma formação de médicos que se justificasse no contexto atual do Sistema Nacional de Saúde. Além disso, essa Universidade está situada numa área geopolítica que tem, pelo menos, três Escolas de Medicina^(*).

Porém, o processo de criação do Curso de Medicina pela ULBRA, apesar de incluir-se nesse contexto, é um pouco posterior aos processos de Ijuí e de Cruz Alta e, de certa forma, aquela Universidade dependia das deliberações jurídico-políticas do processo da UNIJUI, o primeiro a ser levado a “julgamento” pelo Conselho Nacional de Saúde, para aproveitar-se de uma situação de jurisprudência e, dessa forma, obter ganhos jurídico-legais e implantar o seu Curso.

Mesmo nesse cenário bastante complexo e obscuro e apesar das fortes pressões externas e mesmo de algumas internas, a UNIJUI decide não retroceder e cria o Curso de Medicina⁽⁸⁹⁾, instalando uma Comissão Interdisciplinar Interna⁽⁹⁰⁾, encarregada da elaboração dos estudos necessários e de dar início ao processo de implementação do curso. O cronograma da Universidade previa o Concurso Vestibular para o Curso já para o verão de 1992.

(*) Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul; Faculdade de Medicina da PUC/RS; FFFCMPA, todas elas situadas em Porto Alegre, distante não mais que 20 quilômetros de Canoas, sede da ULBRA.

⁽⁸⁹⁾ No PLANO DE EXPANSÃO DA UNIJUI, de outubro de 1991, está contida a criação do Curso de Medicina.

⁽⁹⁰⁾ Composta pela Pró-Reitora de Ensino, dois professores do Departamento de Ciências da Saúde, um médico contratado e um professor da área de Ciências Sociais. Além dessa Comissão formalmente composta, vários professores da Universidade e profissionais médicos de Ijuí colaboraram, mesmo que esporadicamente, com os trabalhos da Comissão.

Outro elemento que aparece no cenário da criação do curso de medicina é a ação corporativa das instituições médicas. As instituições representativas dos médicos de Ijuí, Região e do Estado (por vezes instituições de abrangência nacional) se mobilizavam para inviabilizar os cursos.

“A classe médica já era, vamos dizer assim, por tradição contra os novos cursos, pelas próprias posições políticas a nível estadual e nacional, já era contra criação de novos cursos de medicina. A Associação Médica principalmente liderava essas posições. Então quando veio a público a idéia da UNIJUI criar o Curso de Medicina, foi uma faísca de fogo no meio da gasolina, porque explodiu mesmo.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 54).

“A classe enlouqueceu, agrediu...” (Entrevista 18, Médico. p. 64).

“Então a AMRIGS se posicionou logo frontalmente contra porque não estava se cumprindo a Lei, não estava passando pelo Decreto.” (Entrevista 16, Médico. p. 43).

Ao mesmo tempo em que se negavam a realizar qualquer evento para a discussão das propostas dos cursos, as instituições médicas faziam o jogo da mobilização da classe contra os cursos de Ijuí e de Cruz Alta, em especial de Ijuí devido ao potencial da proposta e do renome da UNIJUI. A justificativa que apresentavam para a não criação dos cursos baseava-se na inexistência de mercado para novos profissionais e no incremento à “natalidade médica”, que iria pauperizar ainda mais os profissionais que já estavam no mercado.

“Nós já temos 80 escolas de medicina no Brasil. Então isso aí tá implicando na qualidade da formação desse profissional que tá saindo das escolas médicas, e tá refletindo no mercado de trabalho desse profissional. Então o que quer se prevenir? Quer se prevenir o aviltamento profissional e conseqüentemente o erro médico, que decresce a qualidade do atendimento médico em geral no Brasil.” (Entrevista 16, Médico. p. 43).

Outro argumento utilizado de forma sistemática pelas entidades médicas era a relação de causalidade direta entre a crise da área da saúde e o número de profissionais médicos no mercado, estabelecendo uma relação, mesmo que duvidosa, entre crise da saúde e aumento do número de médicos no mercado:

“... vamos parar e ver o que tá acontecendo no Brasil. Porque a gente tinha assim poucas escolas, daí houve aquele enxame e aí tá no caos que tá a saúde hoje.” (Entrevista 16, Médico, p. 47).

A partir da manifestação da opinião contrária das entidades médicas, formou-se um impasse político-institucional bastante grande, que foi capaz de mobilizar a população organizada, os meios de comunicação, autoridades do ensino e corporações de profissionais da saúde da Região e do Estado.

Mesmo assim, a Universidade, entendendo que possuía a condição de autonomia universitária para criar cursos e gozando de amplo apoio da comunidade loco-regional e de profissionais médicos de Ijuí, mesmo sendo um grupo minoritário (que assessoravam a Comissão do Curso), decide dar andamento ao projeto e confirma o vestibular para o início de 1992, marcando o início das aulas para março do mesmo ano. Até porque a Universidade entendia que a instalação de um processo de revalorização do profissional médico, apregoado intensamente pelas entidades médicas, não derivaria, exclusivamente, de uma inserção liberal do profissional no mercado de trabalho, mas, também, através de uma formação acadêmica estruturada a partir de um perfil profissional que “... vem justamente enfrentar as deficiências e distorções constatadas e contribuir para a revalorização da profissão médica, valorização essa aferida pela sua contribuição social.” (UNIJUI, 1991: 60).

Contudo, o processo de discussão e de embates sobre a proposta continuava cada vez maior. Enquanto a corporação médica chamava para si o direito de deliberar sobre a criação de novos cursos, chamando para o Conselho Nacional de Saúde - CNS - essa responsabilidade, permanecia o impasse sobre a interpretação de um artigo constitucional, o qual justamente apresenta essa questão. A Constituição brasileira, artigo 200, inciso III, diz que

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

(...)

III) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde"; (BRASIL, 1988).

Nesses termos, o CNS chamava para si o direito de deliberar sobre o Curso de Ijuí. A UNIJUI, através do Departamento de Ciências da Saúde, que lutara longos anos para a criação de instâncias de administração indireta do Estado, reconhecia a legitimidade de tal Conselho, porém relutava contra o seu caráter eminentemente corporativo.

Na ocasião, o presidente do Conselho^(*) era, coincidentemente, o futuro Ministro da Saúde e pretendente a uma vaga no Conselho Federal de Educação - CFE -, o qual, sob a influência da corporação médica, já havia tomado uma posição contrária ao Curso, faltando, por fim, fazer o "lobby" dentro do Conselho Nacional de Saúde e mesmo dentro do Conselho Federal de Educação para sacramentar tal decisão apriorística.

A estratégia de ação política das entidades médicas constituía-se de vários movimentos táticos. A mobilização do conjunto da categoria acontecia por meio das Associações Médicas das regiões. A população era informada de suas posições pelo uso sistemático dos meios de comunicação de massa pelos principais dirigentes da categoria. Na esfera política, aconteceu uma grande articulação, que envolvia desde a mobilização do Conselho Nacional de Saúde, amplamente ocupado pela categoria médica, até a realização de um processo de mobilização dentro do Conselho Federal de Educação e do próprio Ministério da Saúde:

"... a gente soube mais tarde que a mobilização inclusive para que o Dr. ** assumisse uma cadeira no Conselho Federal de Educação, teve muito a ver com o nosso Curso."

(...)

"[Até então ele] não era membro [do CFE], e como tinha duas vagas pra serem preenchidas na época, em seguida ele foi conduzido como membro do Conselho Federal de Educação e depois, obviamente, em *off*, vários conselheiros disseram que o motivo mais forte que fez ele aceitar, dada todas as atribuições que ele

(*) Por mais paradoxal que possa ser, ocupando uma vaga de representante da "sociedade civil".

tinha na área, e ele não precisava do CFE pra uma projeção nacional, ele já tinha. Ele já estava cotado pra Ministro da Saúde. Tanto que ele aceitou e logo em seguida que foi negado, dado o parecer negativo no Conselho Nacional de Saúde, em seguida ele se afastou do CFE, entrou em licença, cumprida a missão ele entrou em licença e foi pro Ministério.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 55).

A posição do Ministério da Educação e Cultura nesse processo não foi passiva. O MEC, através da Secretaria Nacional de Educação, por força da pressão das entidades médicas, entendia como necessária a apreciação da proposta do curso pelo Conselho Nacional de Saúde, na medida em que este Conselho deveria, por força constitucional, expressar a sua opinião quanto à criação de novos cursos na área da saúde.

Dessa forma, numa artimanha de “engenharia política”, a Secretária Nacional de Educação, uma renomada antropóloga da maior Universidade do País, se propõe a intermediar o processo de conflito de atribuições entre a Universidade de Ijuí, possuidora de autonomia universitária, que lhe garantia, entre outros, o direito de criar cursos de forma independente, e o Conselho Nacional de Saúde, que reclamava para si o julgamento da “necessidade social dos cursos na área da saúde”.

Em inusitada visita^(*) a Ijuí, a Secretária Nacional de Educação propõe ao Conselho Universitário da UNIJUI uma estratégia política para a aprovação oficial do Curso junto ao MEC: a UNIJUI comprometia-se a solicitar a apreciação do Projeto do Curso pelo Conselho Nacional de Saúde, e o Conselho Federal de Educação e o Ministério de Educação e Cultura comprometiam-se em aprová-lo. O pacto estava formado, e a Universidade fora convencida da eficiência de tal estratégia que iria, no final do processo, dar conta dos interesses de todas as partes envolvidas:

“... a aceitação nossa de ir aos Conselhos com o nosso processo se deveu a uma negociação com o MEC, porque como estava na vigência daqueles Decretos, e a mobilização jurídica da AMRIGS e dos órgãos médicos enfim, estavam responsabilizando o MEC, por causa do vestibular que estava marcado.”
(...)

(*) Até então, a Secretária Nacional de Educação do Governo Collor não havia sequer visitado o estado do Rio Grande do Sul.

[E então] houve a promessa explícita do MEC, que assumia a responsabilidade de agilizar, para que entrasse na pauta em seguida do CNS e entrando na pauta em seguida no CFE, e com o apoio do MEC.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 58 e 59).

Nesse momento, um novo processo se inicia. O Conselho Nacional de Saúde instala uma Comissão de Avaliação do Projeto do Curso de Medicina da UNIJUI, a qual visita a Universidade acompanhada por uma Comissão formada por membros do Conselho Estadual de Saúde. Após essa visita, o Conselho Nacional de Saúde solicita à Comissão do Conselho Estadual um parecer manifestando a sua posição.

Em sessão plenária do Conselho Estadual de Saúde, o Curso de Medicina da UNIJUI é aprovado, e ao Parecer é incluso um “voto em separado” da Associação Médica do Rio Grande do Sul - AMRIGS:

“Então houve um voto em separado do representante da AMRIGS, contrário, e esse voto em separado não era dele como conselheiro, era o voto que ele simplesmente repassou como intermediário da AMRIGS, e isso foi questionado, porque o Conselho Estadual de Saúde era um colegiado, não era lá o somatório de representantes de órgãos e instituições. Mas acontece que em função da falta de normas internas, porque era a primeira vez que isso acontecia, a decisão da mesa do Conselho Estadual de Saúde, foi de anexar esse voto em separado, esse parecer da AMRIGS; anexou esse parecer que foi junto pra Brasília. Então isso foi uma variável complicadora.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 57).

A Comissão do Conselho Nacional de Saúde que visitou a UNIJUI, por outro lado, não chegou, sequer, a elaborar um Parecer explicitando sua posição, tornando públicas as suas conclusões após o estudo do Projeto^(*) e a visita a Ijuí. Isso fez com que, na Sessão Plenária do Conselho Nacional de Saúde, não houvesse uma discussão aprofundada sobre a proposta da UNIJUI para a criação de um curso de medicina e com que a maioria dos Conselheiros ignorassem as questões de mérito da discussão, questões essas que a Universidade jogava suficientes para reverter a tendência de não aprovação do Curso:

(*) Cada membro das duas Comissões ganhou um “dossiê” da Universidade e materiais referentes ao Curso, entre esses o seu Projeto completo.

“... o presidente [do CNS] simplesmente fez com que cada membro da Comissão apresentasse o seu parecer na plenária. Ele não providenciou que essa Comissão que veio aqui se reunisse previamente e desse um parecer da Comissão. (...) O * era Presidente da Comissão e fez chegar a conclusão de que não havia unanimidade, e que como não havia unanimidade então cada um deveria expor na plenária.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 57/8).

Essa estratégia de não se elaborar um parecer conclusivo fez parte de uma

“... estratégia ma-qui-a-vé-li-ca, porque ao expor no plenário, em primeiro lugar, nem todos os conselheiros que aqui vieram tinham condições de apresentar a visão global da proposta (...). Segunda variável complicadora, a maioria dos membros do Conselho Nacional de Saúde novos, era a sua primeira reunião, então não tinham tradição de exame, de análise de nenhuma situação similar. Então eles novos, os conselheiros despreparados pra apresentar um parecer; a apresentação do parecer oral. (...). O único que preparou, porque tinha uma intenção de voto declarada contrária, foi o **, foi o primeiro que falou e condicionou a apresentação de todos os demais.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 58).

Contudo, antes mesmo dessa sessão plenária final, aconteceram lances decisivos do jogo político que buscava apoios favoráveis e contrários à proposição da UNIJUI. O jogo político processou-se com a realização de pressões, de parte à parte, sobre os conselheiros, mas logo de início o grupo da Universidade percebeu que a força política da corporação médica era incontestavelmente superior. Além disso, a coordenação do Conselho Nacional de Saúde realizou algumas artimanhas casuísticas, como por exemplo, a retirada da pauta de discussão e votação do Curso da data prevista, alegando a necessidade de uma apreciação do Conselho Estadual de Saúde, pois era sabedora que para a próxima reunião já haveria assumido um novo Conselho (troca de conselheiros), sustando, por dizer, a articulação política da Universidade e seus aliados.

Passado esse período, o Curso entra em pauta de discussão no Conselho Nacional de Saúde e é derrotado, dando o indicativo de que o acordo com a Secretária Nacional de Educação não se efetivara conforme o estabelecido:

“... até entrar na pauta foi cumprido o compromisso, mas o MEC não foi representado lá (plenária do CNS) pela pessoa dela, que tinha se comprometido de pessoalmente ajudar a defender; então ela mandou um substituto, esse

substituto desconhecia o processo e votou com a maioria, no caso com o pessoal do INSS ...'

(...).

'... nós fomos criteriosos, nós seguimos, cumprimos os compromissos, e o próprio MEC não cumpriu a parte que lhe tocava, ou seja, de apoiar e ajudar a defender a proposta, porque a dona ** veio aqui, ela verificou *in loco* as condições de funcionamento do curso, ela deu declaração pública em Ijuí de que ela apoiava a proposta...'. (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 59).

Por outro lado, o Conselho Nacional de Saúde acabou por cumprir uma posição apriorística da categoria médica, afirmando-se, naquele momento, devido à fragilidade do processo de sua institucionalização que ainda se encontrava bastante incipiente, como um poder centralizado, com contornos casuísticos, corporativos e antidemocráticos bastante nítidos, colocando-se acima das decisões locais, regionais e estaduais, contrário aos interesses de boa parte da comunidade da região de Ijuí e de uma de suas mais atuantes instituições, a FIDENE/UNIJUI.

Da mesma forma, o Conselho Nacional de Saúde não foi suficientemente capaz de reconhecer um processo de articulação regional e institucional promovido pela UNIJUI, colocando o seu Curso de Medicina na "vala comum" dos novos cursos pretendidos por outras universidades brasileiras, negando-se mesmo a discutir o curso para além das questões colocadas pela ação corporativa:

"... nós fomos muitos ingênuos, a ponto de que pessoas nos terem dito que nós éramos ingênuos ao pensarmos que alguém iria ler, ou tivesse lido o nosso projeto.'

(...)

'Até isso ficou muito claro na plenária do CNS, isso ficou muito evidenciado, deu pra ver que ninguém tinha lido o documento e se baseavam em quê? Numa decisão a priori da Associação Médica Brasileira e do Sindicato Médico, de que nenhum curso de medicina deveria ser criado no Brasil.' (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 61/2).

Dada essa derrota política, a UNIJUI decide não implantar o Curso, sustando o efeito do Concurso Vestibular que tinha aprovado cinquenta candidatos,

adiando, assim, seu projeto de instalação do curso de medicina⁽⁹¹⁾, mediante a solicitação por parte do Reitor para que o mesmo não fosse apreciado pelo MEC.

O fato de ter-se retirado de pauta junto ao MEC a apreciação do Curso de Medicina da Universidade de Ijuí deve-se a dois motivos principais. Em primeiro lugar, a derrota dentro do Conselho Nacional de Saúde desmobilizou o grupo de articulação estruturado pela UNIJUI, o qual incluía um conjunto de forças políticas de Ijuí e da Região. Em segundo lugar, a solicitação da não inclusão do Curso na pauta, de certa forma, oficializou o fim da articulação no interior da própria Universidade, que acabou desfazendo a Comissão de trabalhos e estudos, não dando continuidade a um processo interno de estudos e investigações:

“... a equipe deixou de trabalhar continuamente. Ela, de certo modo, interrompeu suas atividades e, ao interromper, o processo não foi levado adiante (...). [Os sucessivos pedidos de retirada de pauta] não foram seguidos de decisões internas fortes: mantemos uma equipe, mantemos a decisão de lutar pela implantação do curso ou vamos deixar em banho-maria. Então a não definição clara, explícita, tanto politicamente, quanto tecnicamente fez arrefecer os ânimos...” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 60).

Por outro lado, o desenlace desse processo coincidiu com o fim do segundo mandato daquela reitoria, e a tomada de decisões implicava no assumir compromissos que necessitavam, imprescindivelmente, de forte vontade política do novo grupo dirigente. Esse fato fez com que o grupo que atuava na direção da Universidade decidisse por deixar para a próxima gestão a tomada de decisões, fazendo com que se solicitasse ao MEC o adiamento da discussão e votação do Curso.

Contudo, após a posse da nova gestão, o novo reitor reiterou junto ao MEC o pedido de adiamento da votação. Essa nova solicitação de adiamento significa que o

⁽⁹¹⁾ O mesmo aconteceria com as outras duas instituições. A UNICRUZ tem seu curso embargado em data próxima à da UNIJUI. A ULBRA, que decide entrar no processo após o desfecho do caso da UNIJUI, tem seu curso embargado em 1994, às vésperas de iniciarem as aulas do novo curso.

processo interno de discussão não foi retomado e que não existe, a curto prazo, interesse do Departamento de Ciências da Saúde e da Reitoria em comprometer-se em retomar o processo.

É necessário ressaltar, ainda, que a não aprovação do Curso junto ao Conselho Nacional de Saúde deveu-se a um conjunto de situações e de fatos condicionantes, conforme relatamos acima. Contudo parece que foi imprescindível para tal desfecho a criação súbita do Curso dentro da Universidade, a qual, por desconhecer as relações político-ideológicas em que se inseria a formação médica tradicional, não conseguiu produzir sequer uma ação concreta de aglutinação de forças da corporação médica, reivindicando para si, por exemplo, o compromisso de mudanças na formação profissional, através da apresentação e discussão de um nova possibilidade pedagógica.

Assim, o Curso nasceu como uma idéia arrojada, mas, por forças de contingências externas, a idéia, antes arrojada, tornou-se, a curto prazo, uma idéia enfraquecida, quer seja pela ação ultra-corporativa das entidades médicas, quer seja pelo descompromisso do conjunto da comunidade acadêmica, “tomada de susto” pela criação do Curso.

Outro fato determinante foi a necessidade de fazer-se alianças e acertos políticos com a Secretaria Nacional de Educação. A Universidade não encontrou alternativas, por sua debilidade financeira e política, de apresentar uma contra-proposta à altura do momento político que se configurava, acatando, quase como vitória antecipada, a proposição vinda de uma articulação proposta por um órgão oficial, diretamente ligado a um modo de fazer política identificado com o governo central, o governo Collor.

Devido à magnitude das decisões e dos impactos promovidos pela ação da Universidade a partir da criação do Curso de Medicina, os dirigentes da Universidade e

mesmo da Comissão Interdisciplinar do Curso não foram capazes de produzir cenários alternativos e, a partir desses, prever estratégias e táticas específicas. Confiou-se na estratégia da Secretaria Nacional de Educação, que mais tarde revelou-se salvadora, apenas, de sua própria situação, visto que, também, sofria de fortes pressões e não apenas políticas, mas jurídico-legais.

4.5.3.1 O Curso de Medicina da UNIJUI: sua proposta geral e a articulação no interior do DCSa

O Projeto do Curso de Medicina, apresentado pela Comissão Interdisciplinar do Curso, constitui-se num documento que visa não apenas apresentar o Curso, mas sim articulá-lo dentro de uma proposição maior, incluída na história, trajetória e compromissos da Universidade de Ijuí.

O Projeto do Curso inicia com a apresentação da Universidade e da região onde ela está inserida, demonstrando a sua riqueza e a diversidade cultural e a ação política e pedagógica da FIDENE/UNIJUI em seus quase 35 anos de ação. A justificativa para a criação do Curso baseia-se em três aspectos a ele relacionados, que são o estudo do ensino da medicina no Brasil, a existência de uma clientela regional potencial, culminando com a apresentação das condições e perspectivas da formação de profissionais médicos na UNIJUI.

Quanto ao ensino da medicina, o texto trata de caracterizar a crise que atravessa o ensino universitário em geral e o ensino médico em particular, apresentando duas faces da crise na formação médica: a crise interna às universidades, diagnosticada

pela própria comunidade acadêmica; e a crise externa, denunciada pelo conjunto da população, que tem demonstrado seu descontentamento com as infrações à ética, a desatenção com a clientela e aos erros médicos. (UNIJUI, 1991: 21). Outra relação feita é a desvinculação do ensino médico com as atuais proposições do Sistema Único de Saúde e o seu descompromisso, generalizado, para com os princípios da Reforma Sanitária.

O quadro apresentado pretende revelar a crise do ensino médico, apresentando a proposta do Curso da UNIJUI como uma alternativa a essa crise:

“O propósito da escola médica em relação a seu produto final, ‘de compromisso com a formação de um profissional técnica e eticamente preparado para atender aos problemas prioritários da comunidade’, formação essa ‘vinculada à equidade nos cuidados à saúde, à prestação humanizada de serviços de saúde e ao custo que isto representa para a sociedade’, tem de ser resgatado.” (UNIJUI, 1991: 23).

A partir da caracterização do ensino médico, da verificação de uma grande clientela potencial para o Curso, e tendo por base a tradição da Universidade da área da saúde, propõe-se criar o Curso de Medicina

“... que pretende ocupar um espaço ainda não preenchido na Universidade de Ijuí e na região de sua influência e, por extensão, também no Estado do Rio Grande do Sul e no País, dado o caráter diferenciado da sua proposta global da Universidade na área específica da Saúde...” (UNIJUI, 1991: 38).

A proposta geral do Curso pretende combinar a formação “integral do médico”, visando transformá-lo num profissional, ao mesmo tempo, competente tecnicamente e engajado com a problemática sócio-política do país, com o “fortalecimento da área da saúde” da Universidade.

O Curso, de forma genérica, tinha por objetivos:

“- habilitar médicos para o exercício da Medicina , enfatizando a competência técnica, a formação geral a partir da realidade epidemiológica da população, a formação humanística e a capacitação intelectual para uma postura voltada ao comprometimento social;”
 “- propiciar aos estudantes de medicina (...), amplo espaço para debater as grandes questões da medicina e da saúde da população (...), com vistas à

formação de um médico situado e engajado no processo histórico de transformação da sociedade brasileira ...'

'- fortalecer e qualificar ainda mais a UNIJUI na área da saúde (...), engajada na comunidade e integrada com os serviços públicos de saúde, com outras instituições, entidades e órgãos com objetivos e finalidades afins." (UNIJUI, 1991: 38).

Essa proposta geral converge em premissas básicas que orientam a formação pretendida pela UNIJUI e na estruturação de um "novo perfil médico". A partir de premissas norteadoras, que se constituem em princípios orientadores do Curso e da construção de um perfil profissional voltado para um compromisso com a vida e com a saúde, espera-se que o médico formado pela Universidade seja:

"... um profissional competente tecnicamente;"

"... um agente comprometido com a realidade sócio-epidemiológica do país e particularmente da região;"

"... capaz de trabalhar a partir do conceito de integralidade;"

"... capaz de compreender o indivíduo no coletivo e o coletivo no indivíduo;"

"... capaz de prestar uma assistência humanizada;"

"... um profissional comprometido com o processo de Reforma Sanitária Brasileira;" (UNIJUI, 1991: 60/2).

Ainda quanto ao curso de medicina da UNIJUI, é importante salientar outros dois pontos, que são a sua "Dimensão Pedagógica" e a "composição e estrutura curricular".

A dimensão pedagógica⁽⁹²⁾, que compreende a organização do curso, o currículo, a sua semestralização e o perfil profissional dos egressos, visa organizar a formação do médico através da integração curricular e de uma postura científica frente ao conjunto das ciências. A formação deve garantir que o profissional seja

"... capaz de orientar-se nos campos de sua atuação, onde os conhecimentos científicos possam ser interpretados e transformados em consciência reflexiva do necessário sob o ponto de vista prático, a técnica convertida em instrumento da praxis reflexiva dos homens em sociedade. Desta forma, a formação importa conjugar em unidade o conhecimento elaborado teoricamente e na forma técnica e o consenso racionalmente produzido, sobre os valores da vida e da profissão." (UNIJUI, 1991: 40/1; MARQUES, 1991: 1).

⁽⁹²⁾ Para maior aprofundamento da questão, ver: MARQUES, Mário Osório. A dimensão pedagógica do Curso de Medicina. Ijuí: UNIJUI, 1991. Mimeo, 5p.

Para a efetivação dessa formação profissional diferenciada, que compreende a técnica como um instrumento de interpretação e de atuação no mundo concreto das relações sociais, compreendida, portanto, enquanto um meio de explorar a vida em uma infinidade de possibilidades, as disciplinas do currículo devem agrupar-se segundo “dimensões intercomplementares e intercomunicantes”:

- “a) a dimensão técnica, visando a instrumentalizar o exercício da profissão com os avanços das forças produtivas e tecnológicas respectivas, na área das competências específicas;
 - b) a dimensão hermenêutica e crítico-reflexiva, dimensão cultural e sócio-política, visando a proporcionar critérios para a construção consensual dos valores e normas, da consciência e compromissos profissionais, critérios para análise das situações no contexto das práticas e para a definição das políticas de ação coletiva;
 - c) a dimensão educativa, para a comunicação e o diálogo, para a participação democrática nas ações coletivas, para a organização e condução das atividades grupais e associativas, para a liberdade e ousadia da expressão da subjetividade.”
- (UNIJUI, 1991: 40/1).

A articulação desse conjunto de dimensões vai determinar uma visão integradora e dinâmica de currículo, sendo ele produto das opções dentro de um universo de possibilidades. Essas possibilidades, contudo, são limitadas pela imprescindibilidade de um currículo mínimo estabelecido pelo Conselho Federal de Educação, o qual deixa em aberto, contudo, possibilidades de arranjos e rearticulações.

No currículo do Curso de Medicina da UNIJUI, as disciplinas ficaram adscritas a quadro áreas temáticas: as Ciências Humanas, responsável por 5,10% do total de horas; as Ciências Básicas da Área Médica, que totalizam 23,53% das horas; a Saúde Pública, que detém 6,67% das horas; e Ciências Médicas, que compreendem 44,70% do total das horas/aula do Curso. Além disso, 19,61% das horas são destinadas a atividades de estágios e 0,39% para atividades de Educação Física e Desporto.

A divisão estanque do currículo do Curso em áreas temáticas, disciplinas e percentuais de horas/aulas é superada pela integração curricular:

“É na unidade da dinâmica curricular que ganham forma as diversas áreas do saber, não no soberbo isolamento delas como se auto-suficientes e, muito menos, no enclausuramento em disciplinas que compartimentam os conhecimentos.” (UNIJUI, 1991: 43).

A proposta curricular foi produto de uma articulação interdisciplinar construída no interior da Universidade e efetivada no âmbito da Comissão do Curso. A sua articulação no interior do Departamento de Ciências da Saúde, e mesmo entre os profissionais médicos, encontrou, contudo, algumas dificuldades.

Em primeiro lugar, a interrelação entre o Curso de Medicina e Departamento ocorreu através do entendimento de que o Curso era do Departamento, e não se constituiria, dessa forma, num programa isolado e independente do conjunto dos programas da área da saúde. Não seria, assim, uma Faculdade isolada, mas faria parte como um programa integrado ao Departamento.

Apesar disso, devido à complexidade da tarefa de fazer um curso tão polêmico em tão pequeno espaço de tempo e por uma equipe bastante elementar^(*), o processo de discussão e de implementação do curso ficou à margem do Departamento.

Os professores indicados pelo Departamento para comporem a Comissão tiveram inúmeras dificuldades de fazer-se presentes no interior do Departamento, que nem mesmo sediou a Comissão, localizada na área física da Reitoria, bastante distante da área da saúde. Esse fato determinou o surgimento de uma série de críticas e pressões do corpo de professores do Departamento, que se sentia alijado do processo e, dessa forma, impossibilitado, efetivamente, de contribuir no processo.

^(*) O adjetivo utilizado se refere ao tamanho da equipe e à especificidade da formação de seus integrantes.

Contudo, a localização da comissão no prédio da Reitoria não foi propriamente uma novidade. Para a criação de cursos novos, tem sido praxe levarem-se os trabalhos das comissões para o interior da Reitoria, com o objetivo de centralizar as discussões, e, dessa forma, otimizar-se tempo e recursos, além de contar-se com o integral apoio político e logístico do corpo dirigente maior da Instituição. As pressões do Departamento se faziam sentir maiores em função, também, da legitimidade do Curso, criado por pressão da Reitoria, que convenceu o Departamento da importância da tomada rápida de decisões devido à conjuntura externa.

Não se trata agora de julgar se a decisão foi correta ou não, pois a leitura da situação e do cenário político que foi realizada pela Reitoria, pelo Departamento e pelo próprio Conselho Universitário da UNIJUI, concluiu pela criação do Curso. Trata-se de compreender as implicações que essa decisão prematura determinou.

Sem dúvida, a pressão da corporação médica introduziu um novo componente aos trabalhos da Comissão: a defesa pública da Instituição e da proposta do Curso.

“Então, além da tarefa de construir a proposta, nós tínhamos que ao mesmo tempo ir buscando estratégias para não romper, pra não conflitar ainda mais.”
(Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 54).

A ação uníssona e fortemente articulada das entidades médicas produziu um efeito catalisador sobre o conjunto da classe médica, principalmente dentro das escolas de medicina. Isso determinou que a Universidade encontrasse grandes dificuldades para encontrar parceiros qualificados para a interlocução :

“... no momento que nós buscávamos os parceiros, todos eles ficavam retraídos, com receio de se expor.”
(...)
“... quando a gente buscava essa parceria (...) com cursos de medicina já consolidados (...), a gente percebia no primeiro momento do contato que as

peçoas já tinham preconceito em nos ouvir..." (Entrevista 12, Grupo Medicina, p. 55).

Essa dificuldade em estabelecer canais de comunicação não aconteceu apenas no contexto acadêmico, mas também entre as entidades médicas, que se negavam a discutir a proposta e realizavam uma campanha de desvalorização da Universidade, não distinguindo, na sua ação, a instituição Universitária da proposição do Curso, atacando indistintamente tanto um como o outro.

Isso determinou que a Universidade encontrasse dificuldades em completar a Comissão do Curso como desejava, ou seja, acrescentar a ela profissionais médicos de renome no meio acadêmico. Todos os fóruns de discussão propostos tiveram de ser transferidos: a coerção e o "patrulhamento corporativo" sobre os profissionais médicos foram plenamente exitosos.

A partir de então, dados os momentos definitivos que se aproximavam - vista da Comissão Verificadora, sessão plenária do Conselho Nacional de Saúde etc, a Comissão foi reforçada por mais dois membros indicados pelo Departamento de Ciências da Saúde, mas, mesmo assim, a tensão criada pelos seus docentes, que criticavam a condução dos trabalhos por não estar diretamente inserida no Departamento, não foi alterada.

Esse fato não se modificou até o final dos trabalhos da Comissão, que, isolada e pressionada pela complexidade das tarefas e dos desafios do futuro próximo, não alterou sua forma de trabalho, hipótese aliás não discutida.

A qualidade da Comissão^(*), quanto à especificidade da formação acadêmica dos membros, foi outro ponto bastante contestado pela corporação médica, em especial as entidades instaladas no município:

“... que eu sei a ** e o *, que é um colega nosso, que é um colega que veio do interior (...), que depois que saiu da faculdade não fez nem residência, então ele não tem experiência de como tem que ser um serviço universitário de pós-graduação, pra formar o profissional. (...). Aquela assessoria técnica não houve.” (Entrevista 16, Médico. p. 46).

Contudo, essas situações de contingência não foram geradas pelo interesse da Universidade, ao contrário, foram resultantes da intransigência das entidades médicas que, refugiando-se no argumento de que se estava realizando uma ampla avaliação do ensino médico no Brasil⁽⁹³⁾, não encontrou disposição política para discutir a proposta da Universidade.

A Universidade, por outro lado, conhecedora desse processo avaliativo, intencionava justamente discutir o ensino médico e apresentar uma proposta alternativa, mas houve “... uma falta de sensibilidade para ouvir e entender qual era exatamente a dimensão que a gente propunha...” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 56).

Essa situação toda que impossibilitou a discussão e implantação de uma proposta nova determinou um sentimento de frustração nos docentes envolvidos na comissão, pois

“... tínhamos muitas condições de iniciar um curso alternativo nessa área, pra ensinar pra muitas instituições consolidadas como se faz um projeto efetivamente vinculado ao atendimento primário na área da saúde, envolvendo a comunidade, quer dizer, uma associação íntima entre teoria e prática (...). Quer dizer, se ao invés de proibir, coibir, de complicar, as associações médicas tivessem se unido num grande projeto, nós teríamos já um modelo referência para a tal avaliação dos cursos de medicina que não sei quantos anos as instituições falam e as organizações médicas também, e que até hoje não está acontecendo. Continua se

(*) A Comissão do Curso de Medicina era formada por dois membros do Departamento de Ciências da Saúde (enfermeiros), um cientista político, um médico, além da vice-reitora de graduação. Dessa comissão, participavam ainda, de forma mais direta, outros profissionais como pedagogos e médicos.

⁽⁹³⁾ A “Avaliação das Escolas Médicas do Brasil” foi promovida e coordenada pelo CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Para maiores detalhes, ver: CINAEM, 1992.

formando médicos nos parâmetros que eles mesmos condenam e nada de novo foi feito.” (Entrevista 12, Grupo Medicina. p. 56).

A partir da exposição e das discussões que realizamos a respeito do Curso de Medicina da Universidade de Ijuí, podemos chegar, mesmo que rapidamente, a algumas conclusões.

Em primeiro lugar, a criação do Curso pela Universidade não foi resultante de um processo orgânico de discussão interna, que o caracterizaria como efetivamente integrado à dinâmica universitária (Entrevista 02, Professor UNIJUI. p. 18/9). Isso, de certa forma, comprometeu a sua legitimidade interna e externa à Universidade. Esse fato, adicionado à posição apriorística das entidades médicas de serem contrárias à criação de novos cursos, detonou um processo de disputa bastante complexo pela hegemonia de projetos distintos. Esse processo determinou algumas limitações ao trabalho da Comissão do Curso, como por exemplo, a busca de interlocuções qualificadas e a realização de um trabalho dialógico mais intenso com o conjunto da comunidade acadêmica, em especial, com o Departamento de Ciências da Saúde.

Mesmo assim, a Comissão foi capaz de elaborar um projeto consistente, com o qual pretendia “convencer” as entidades e autoridades da importância do Curso, principalmente, como um marco referencial para a avaliação dos cursos existentes. Contudo, esse processo de discussão não foi possível, sendo o julgamento do curso no Conselho Nacional de Saúde embasado fundamentalmente em critérios políticos.

A não aprovação do Curso pelo Conselho Nacional de Saúde demonstrou a fragilidade da composição política costurada com o MEC e a conseqüente desmobilização interna, encerrando, por sucessivos pedidos de adiamento de votação no Conselho Federal de Educação, o processo interno de estudo e discussões sobre a implantação do Curso de Medicina.

Os impactos políticos para a Universidade foram bastante grandes. Até então, a FIDENE/UNIJUI não havia experimentado tamanha derrota política, a qual impossibilitou a complementação do projeto político-pedagógico da área da saúde da Universidade e, conseqüentemente, do Departamento de Ciências da Saúde.

4.6 Recompondo Analiticamente o Processo Após a Discussão das Políticas de Extensão, de Promoção de Eventos e de Criação de Novos Cursos

A visualização do conjunto das práticas, organizadas posteriormente em categorias analíticas, possibilitou verificar, mesmo que superficialmente, algumas matrizes teóricas que têm orientado e constituído o Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI.

A reconstituição das políticas de extensão, de promoção de eventos e de criação de novos cursos, e sua análise, através do estabelecimento de um processo polifônico, constituiu na tarefa mais importante desse trabalho, que recompôs, por meio de descrições e análises, a trajetória do Departamento de Ciências da Saúde, para compreender a ação político-ideológica e pragmática da UNIJUI no campo da saúde.

Para a construção dos momentos analíticos específicos do estudo da inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde, optou-se por realizar um movimento metodológico de composição - decomposição - recomposição, o qual nos permitiu, através da visualização da totalidade do processo, conferir significação relativa a cada uma das partes, subtraindo-se das discussões aquelas que adjetivamos como menos prescindíveis ao estudo.

As três categorias de análise construídas - políticas de extensão, promoção de eventos e criação de novos cursos - por reunirem aspectos bastante diversos em relação às práticas executadas pelo Departamento, contemplam uma variedade bastante grande e importante das ações por ele executadas no período em estudo.

A **política de extensão** (em particular os três grandes projetos de extensão - Aracy Cervis, Projetos FORD e EZE) pode ser compreendida como um instrumento de emancipação do Departamento e de desenvolvimento de sua opção política, ideológica e metodológica, construída desde a gênese da Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI -, precursora do DCSa da UNIJUI. É também o momento de solidificação e de retroalimentação de outras práticas, como a pesquisa e o ensino.

Pode ser considerada também como a consagração de uma política “de universidade aberta”, que se habilita a captar e implementar ações, a partir de demandas dos grupos sociais que historicamente elegeu como interlocutores privilegiados.

A **política de promoção de eventos** (em particular os Seminários Regionais de Saúde) se constitui em momento particular da construção de um amplo processo dialógico de interlocução com determinados sujeitos políticos. Nesse sentido, busca demonstrar e consolidar posições em determinados terrenos políticos, teóricos e metodológicos.

Os eventos acadêmicos são momentos importantes para a visualização dos temas pautados para o debate. Neles verificam-se, também, os sujeitos preferenciais com quem esses diálogos são travados. Explicitam as preocupações teórico-conceituais e políticas, projetam perspectivas e qualificam o Departamento como um interlocutor privilegiado no campo da saúde da macrorregião de Ijuí.

Por fim, a **política de criação de novos cursos** (o curso de Auxiliar de Enfermagem, de Especialização em Saúde Pública e o Curso de Medicina) apresenta-se como a demonstração, pelo Departamento, do interesse em aumentar seus horizontes de intervenção, buscando novos instrumentos e capacitação para dar conta de seu projeto político-estratégico.

A criação de novos cursos, um processo complexo e dinâmico, constitui-se na demonstração de vontade política da área da saúde da UNIJUI em intervir sobre realidades cada vez mais amplas e, com o desenvolvimento de suas práticas acadêmicas, cada vez mais complexas. Pode ser entendida também como o enfrentamento e o assumir de desafios, quer sejam demandados internamente, quer sejam impostos pela ação de agentes externos.

A partir do estudo desses três momentos significativos da trajetória do DCSa, podemos realizar algumas análises no sentido de construir-se sínteses. Buscaremos, com isso, dar início ao processo de reintegração do objeto em estudo na perspectiva teórico-metodológica da pesquisa.

O processo de recomposição analítica do objeto se processa pela junção do conjunto das conclusões parciais realizadas e pela convergência simultânea, sobre essas, dos referenciais teórico-metodológicos, mediados pelo “olhar interessado” e parcial do investigador sobre o objeto de pesquisa.

O Departamento de Ciências da Saúde, enquanto organismo que integra a Universidade de Ijuí, vai ao longo do tempo consolidando sua maturidade institucional, tanto pela experimentação de um conjunto de práticas, que significa a verificação empírica de suas opções político-metodológicas, como pelo embate político direto no campo da

saúde com um conjunto diversificado de sujeitos sociais, aliados ou adversários às suas teses fundamentais.

Desde sua gênese, apresenta uma proposição política fortemente influenciada pela tradição da UNIJUI. A integração com o contexto loco-regional e a interação político-pedagógica com sujeitos sociais constituíram-se nos instrumentos mais importantes na determinação de sua identidade institucional.

Dessa forma, a integração orgânica no contexto dos municípios da região, como um dos elementos importantes na construção da identidade institucional, determinou a estruturação de um conjunto de práticas e um arcabouço teórico-metodológico específico. Em função disso, é possível verificar-se que as práticas direcionadas para ações concretas no contexto regional, por um longo período de tempo, constituíram-se nas ações mais importantes do Departamento.

Podemos afirmar, nesse sentido, que a política de extensão do Departamento foi crucial para o desenvolvimento e afirmação da área da saúde da Universidade. Através da implementação de projetos que visavam estender serviços de saúde a populações desassistidas, em um primeiro período, e depois através da experimentação da área de assessoria a municípios e instituições e participação no Conselho Municipal de Saúde de Ijuí, o DCSa adquiriu importante experiência político-pedagógica.

Os projetos de extensão, além de dotarem o DCSa com metodologia de trabalho (participativa), introjetaram-no no mundo das relações sociais concretas. Isso, de certa forma, ajuda-nos a compreender as razões pelas quais pouco se verifica a presença de pesquisa no Departamento. Esta significa um certo recolhimento, distanciamento, mesmo que temporário, do contato com a realidade social.

O processo de pesquisa, por outro lado, significa também o exercício da atividade acadêmica por excelência, ou seja, através da pesquisa, a Universidade⁽⁹⁴⁾, enquanto um sujeito social que interage com outros sujeitos, identifica-se como um ser que possui especificidades próprias, distinguindo-se dos demais, os quais, por sua vez, também constituem-se como sujeitos

Contudo, essa é, talvez, uma das principais características diferenciadoras do DCSa enquanto Unidade Acadêmica. Sua ação, no período investigado, não ficou restrita a ações tidas como “comuns às universidades”. Dessa forma, sua atuação pedagógica não se limitou a formar recursos humanos para a saúde e a realizar ações de caráter eminentemente acadêmico.

O caráter regional e comunitário da UNIJUI imprimiram à sua área da saúde uma dinâmica interna bastante distinta. Embasada em um modelo de saúde advogado pelos preventivistas ligados à Saúde Comunitária, o corpo técnico-docente do DCSa estruturou a área da saúde como um “espaço político” de formulação de proposições para o campo sanitário loco-regional, e uma “arena política” de fomento às discussões e de alianças para a reformulação da área da saúde na macrorregião de Ijuí.

Constituiu-se em um espaço político enquanto instituição que agrega um grupo de técnicos reunidos pelo compromisso de “formar recursos humanos de forma diferenciada”. Ou seja, profissionais da saúde com formação contextualizada e compromissados com a problemática sócio-epidemiológica da população.

Nesse sentido, o DCSa da UNIJUI passa a constituir-se enquanto um sujeito político, que, na qualidade de “detentor de saberes”, qualifica-se como formulador de proposições para o setor sanitário. A formulação de propostas não se configura na

⁽⁹⁴⁾ Para aprofundar a discussão sobre a pesquisa, ver DEMO, 1990.

formalização precisa de uma proposta de intervenção. Posiciona-se mais no nível doutrinário, filosófico e como agente defensor de proposições em defesa de um processo democrático de municipalização da saúde.

Dessa forma, o DCSa consegue aglutinar em torno de sua ação um amplo conjunto de setores sociais, interessados em promover transformações no campo sanitário. Seus interlocutores mais presentes constituem-se em sindicatos de trabalhadores, associações comunitárias, a COTRIJUI e alguns segmentos de trabalhadores da área da saúde, especialmente não-médicos.

Constitui-se, assim, num espaço político de aglutinação de forças do campo popular e em um sujeito político capaz de produzir respostas aos desafios demandados pelo processo de reforma sanitária em curso na região de sua atuação.

O Departamento de Ciências da Saúde apresenta-se também como “arena política”. Além de constituir-se num espaço de formulação de propostas e de aglutinação de força política em prol do processo de reforma sanitária, o DCSa é um lugar de interlocução, de debates e de disputa de diferentes projetos de orientação do sistema sanitário.

Movido pela estratégia da UNIJUI de chamar para si a responsabilidade de discutir temas de relevância pública em áreas estratégicas, o DCSa promove um conjunto de práticas destinadas a debater e a formar opinião sobre a problemática da saúde. Nesse sentido, os Seminários Regionais de Saúde são elementos fundamentais dessa política.

Nesses eventos (que também reúnem cursos e jornadas acadêmicas), participa um amplo conjunto de sujeitos políticos, os quais debatem seus projetos e propostas para o campo sanitário. Assim, o DCSa se inscreve também como uma área

pública, não estatal, direcionado ao debate da problemática da saúde, especificamente a saúde na área pública.

Outra característica importante do DCSa enquanto um espaço acadêmico é o caráter e a proposta político-pedagógica de seus novos cursos. Os três novos cursos analisados (Auxiliar de Enfermagem; Especialização Saúde Pública e Medicina) constituem-se em propostas profundamente relacionadas ao contexto político-institucional do campo da saúde coletiva.

Fugindo do padrão convencional de formar recursos humanos para a área da saúde a partir de uma hipotética inserção espontânea no mercado de trabalho, orientada por esse, o DCSa intervém no sentido de direcionar a colocação de seus egressos no mercado. Podemos observar isso, entre outras, pelo chamamento para o debate de instituições e sujeitos políticos com capacidade de contratação de profissionais.

Assim, instituições públicas lotadas na região, presidentes de cooperativas, sindicatos e hospitais, lideranças e dirigentes municipais de saúde são convidados a conhecer a proposta do DCSa para a área da saúde e a discutir perspectivas de enfrentamento da problemática do campo sanitário.

A partir dessa estratégia, vários municípios, cooperativas, pequenos hospitais começam a contratar enfermeiros e nutricionistas, e os municípios a promover concursos públicos para contratação desses profissionais⁽⁹⁵⁾, praticamente desconhecidos na região antes da ação do DCSa.

Esse direcionamento decorre, também, da própria dinâmica do mercado em âmbito regional. O setor público, principalmente a nível municipal, com a implementação

⁽⁹⁵⁾ De acordo com estudos recentes quanto aos investimentos públicos na área da saúde, o município tem sido o maior responsável pela ampliação dos recursos da saúde e, conseqüentemente, pela absorção de mão-de-obra. Sobre isso, ver: MÉDICI, 1993: 26/32.

do processo de Municipalização da Saúde, foi (e tem sido) o principal responsável pela absorção da mão-de-obra egressa dos cursos do Departamento de Ciências da Saúde^(*).

Essa ação do DCSa denota, por outro lado, um entendimento diferenciado quanto ao papel social e político da Universidade. Esta para além de constituir-se em depositário e produtor de conhecimentos e de sujeitos capacitados e habilitados, constitui-se também em instituição orientadora e definidora do projeto de desenvolvimento sócio-político e cultural da região em que está inserida. Esse entendimento, conforme já discutimos anteriormente, faz parte do projeto inicial da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, a FAFI, precursora da UNIJUI.

Com isso podemos afirmar que o DCSa, no decorrer do período investigado, construiu, implementou e realinhou seu projeto de intervenção através da execução de um conjunto diverso de práticas, as quais constituíram-se em ação político-pedagógica sincronizada, caracterizando a área da saúde da UNIJUI enquanto sujeito político.

A ação integrada do DCSa pôde ser visualizada na estruturação de cursos, baseados, em um primeiro momento, em concepção de saúde de origem funcionalista e, posteriormente, em um entendimento histórico-estrutural do processo saúde-doença, com os quais se pretendia formar profissionais compromissados com a realidade sócio-epidemiológica. Contudo, sua ação não se limitou a atividades estritamente acadêmicas, implementando um conjunto de ações que visavam a intervir diretamente no cenário político-institucional do campo sanitário regional, abrindo campo de intervenção para seus egressos e aglutinando forças políticas de sustentação às suas proposições.

(*) Não existe qualquer investigação a esse respeito. Esta afirmação baseia-se em verificação empírica dos docentes do DCSa.

O projeto de intervenção do DCSa no campo da saúde, verificado através do processo de implementação de suas práticas não é, contudo, percebido espontaneamente no cotidiano de suas relações. A ação político-estratégica, percebida em geral de forma fragmentada, pode ser percebida em sua totalidade, no entanto, através de estudo e análise das práticas em uma perspectiva dialética.

Essa foi uma das tarefas dessa pesquisa, e em especial, da discussão desses três grupos de práticas, com os quais esperamos ter demonstrado a riqueza do processo de intervenção da UNIJUI no campo da saúde, suas orientações e transformações e, mesmo que superficialmente, suas perspectivas.

5 PERIODIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIJUI

Conforme descrevemos na seção 2.1.3, relacionada ao terceiro nível de sistematização, a divisão da trajetória do Departamento de Ciências da Saúde em quatro períodos foi realizada a partir da análise das fontes primárias de pesquisa, as quais revelaram, num primeiro nível analítico, um conjunto heterogêneo e complexo de informações.

Dessas informações, resultou a compilação de um documento que denominamos “Apontamentos dos relatórios anuais do DCSa/UNIJUI - 1980 - 1991”, além de inúmeros registros que realizamos nos “cadernos de tese”, uma espécie de Diário de Pesquisa. Foi a partir do estudo do conjunto dessas informações que se tornou possível periodizar a trajetória do Departamento.

Periodizar implica, principalmente, em visualizar momentos de ruptura e de emergência de novos conceitos e práticas. Esse movimento, segundo ROBERTO MACHADO (1978), “... é inseparável da conceituação do objeto de investigação, não podendo, portanto, ser pensado de modo prévio ou apriorístico. Define-se à medida em que se desenvolve o trabalho de pesquisa.” (MACHADO, 1978: 18).

Esse movimento metodológico indicado por MACHADO (1978) é o que procuraremos realizar a seguir.

5.1 Primeiro Período (1980/83): a experimentação

• Introdução

O primeiro período da trajetória do DCSa, ainda Escola de Enfermagem de Ijuí (entre 1980 e 1983), é caracterizado por uma grande preocupação com as questões internas da própria área da saúde da Universidade.

A ação do corpo dirigente e docente direciona-se no sentido de reafirmar opções teóricas e políticas, principalmente em relação à atenção primária de saúde, ou seja, a ênfase a saúde preventiva e a importância da participação da população no processo de gestão da saúde, e de salientar a importância do profissional enfermeiro para o sistema de saúde. (MARQUES, 1984: 222/3; GOMES, 1976).

Para tanto, busca-se apoio interno, no contexto da Universidade, que mantém um forte apoio à emergente área da saúde; e externo, através da vinda de assessores, que contribuem com as discussões sobre as proposições teórico-metodológicas da área da saúde. É, também, momento em que se dialoga intensamente com determinados sujeitos sociais, fazendo com que a Escola gradativamente consolide a sua presença na vida política do Município e da Região.

Nesse período, tem início de forma muito evidente a experimentação no campo da extensão, dando continuidade aos marcos conceituais e teóricos que se vêm

presentes desde o início do Departamento. Essa experimentação vai solidificar as bases teórico-metodológicas da Escola e contribuirá para a construção de uma grande Política de Extensão, a qual vai caracterizar o segundo momento.

Nele são realizadas ainda várias atividades de avaliação, principalmente na área do ensino, como também na área de extensão. São estabelecidos, igualmente, intercâmbios com várias instituições que mantêm Cursos de Enfermagem e de Nutrição e programas de desenvolvimento comunitário vinculados à área da saúde.

• Principais práticas desenvolvidas no período

A Escola de Enfermagem inicia suas atividades no dia 03 de março de 1980, com a recepção dos alunos da primeira turma do Curso de Enfermagem e o início das aulas. O Curso de Enfermagem é reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em abril de 1983, ano da formatura da primeira turma de alunos.

O Curso de Nutrição vai ser implantado em 26 de agosto de 1981. Seu reconhecimento pelo Conselho Federal de Educação vai acontecer somente no período seguinte⁽⁹⁶⁾.

Nesse primeiro período vão ser realizadas várias atividades de fomento ao ensino, as quais se direcionam em dois sentidos principais.

Em primeiro lugar, a **vinda de assessorias externas**, tanto para discutir a proposta dos Cursos, como a própria filosofia da Escola. As assessorias mais importantes estão vinculadas às Universidades Federais que mantêm cursos de Enfermagem e de Nutrição, com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, através da Escola de

⁽⁹⁶⁾ Em setembro do ano de 1985, no ano da formatura da primeira turma, o curso de Nutrição é reconhecido oficialmente pelo Conselho Federal de Educação.

Enfermagem “Ana Nery”, a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade Federal de Goiás, na área da Nutrição.

Outra assessoria importante nesse período é de um profissional médico que faz parte da coordenação do Serviço de Saúde Comunitária da COOPERALFA de Chapecó, Santa Catarina. Através desse contato, professores da Escola de Enfermagem de Ijuí vão visitar a experiência da COOPERALFA, a qual vai motivar e inspirar o grupo a experimentar alternativa semelhante em Ijuí.

Em segundo lugar, promove-se a **realização de seminários, cursos e avaliações da proposta pedagógica da Escola de Enfermagem**, dentre os quais cabe destacar: Curso de Metodologia de Pesquisa de Campo; Curso de Metodologia de Enfermagem, realizados no ano de 1980; Seminário para discussão do perfil profissional do enfermeiro e ação pedagógica do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, realizados em 1981; Curso de metodologia do ensino; Seminário sobre desenvolvimento da comunidade; Seminário de avaliação do ensino, realizados em 1982; Seminário de integração de disciplinas; Seminário de avaliação da ação pedagógica, realizados em 1983.

Todos esses eventos têm por objetivo qualificar o quadro de docentes da Escola; discutir, avaliar e promover mudanças nos currículos; discutir e construir os perfis dos profissionais formados pela Escola (perfis profissiográficos) e debater a própria intervenção da Escola na área da saúde, através da discussão das atividades executadas, principalmente ligadas às atividades de estágio.

As principais práticas da Escola, nesse período, derivam das atividades de ensino, principalmente as de estágio, que proporcionam à Escola a possibilidade de participar de uma série de ações com outras instituições. Nesse sentido, a ação da EEI/FIDENE com o Departamento de Educação e Comunicação da COTRIJUI é bastante

intensa. Nesse primeiro período, são realizadas uma série de palestras junto aos Núcleos de Senhoras e Filhas de Associados da COTRIJUI, as quais versam sobre temáticas sugeridas pelas participantes desses núcleos, como por exemplo socorros de urgência, planejamento familiar, hipertensão, entre outros. (Relatórios do DCSa, 1994: 35).

Ainda em relação às atividades em conjunto com a COTRIJUI, mais três grupos de atividades vão ser estabelecidos nesse período. Em primeiro lugar, as atividades junto à Comunidade de Aracy Cervis. Esse trabalho, como dito antes, constitui-se na implantação, embora que parcialmente, do Projeto de Medicina Comunitária da COTRIJUI, e a Escola vai desenvolver durante todo esse primeiro período atividades de promoção à saúde, principalmente palestras, formação de agentes de saúde e a estruturação de um serviço básico de saúde, denominado “Centro de Enfermagem de Aracy Cervis”.

Em segundo lugar, a Escola vai desenvolver atividades junto à “Casa de Saúde Bom Pastor”, as quais ocorrem em três sentidos: assessoria na instalação do hospital, administração dos serviços de enfermagem e realização de práticas de ensino através de estágios curriculares.

Por fim, em terceiro lugar, um conjunto de atividades isoladas, como por exemplo, apoio às atividades desenvolvidas pela COTRIJUI no município de Ajuricaba, onde foi realizada uma pesquisa junto a 347 famílias de produtores rurais em seis localidades interioranas; assessoria ao Setor de Comunicação e Educação na discussão do Projeto de Medicina Comunitária; treinamento de agentes de saúde (Ajuricaba) etc.

Nesse período, que compreende os anos de 1980 a 1983, são realizados também os primeiros eventos científicos da área da saúde da UNIJUI. O primeiro deles é promovido já no final de 1980 e se chamava “I Semana de atualidade sobre saúde”. Esse primeiro evento foi realizado a partir de uma temática bastante ampla, a qual incluía desde

planejamento familiar, saúde comunitária, multinacionais da saúde, nutrição, até economia.

Essa Semana de Atualidades é transformada nos anos seguintes em “Encontros de Estudos de Enfermagem e Nutrição”, que se caracterizam, ainda, por discutir, num mesmo evento, temas bastante diversos, ou seja, esses eventos têm por finalidade trazer para a Universidade a diversidade do enfoque sobre a saúde, apresentando como sua principal característica o caráter informativo.

Um segundo tipo de evento promovido nesse período se diferencia justamente nesse sentido, quer dizer, vai centrar a discussão em temáticas específicas, tendo por finalidade aprofundar as discussões num sentido vertical, ao contrário daqueles outros, que se direcionavam num sentido horizontal.

Esses eventos são os “Seminários Regionais de Saúde” - SRS. Em junho de 1983 vai ser realizado o I Seminário Regional de Saúde^(*). Esses Seminários serão motivados por outros interesses e, além do caráter informativo, vão transformar-se em instrumentos de ação política do Departamento, principalmente pela eleição de temáticas presentes de forma marcante na conjuntura da área da saúde. Constituir-se-ão, também, em instrumentos privilegiados de articulação político-institucional, pois através deles o Departamento trará a Ijuí aliados que estão em instituições de nível nacional para referendar e debater suas proposições e opções político-ideológicas.

A realização do Iº Seminário Regional de Saúde, no qual é criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Ijuí - CISMI -, é um elemento importante de ruptura com esse primeiro período. A partir dele, o Departamento começará

^(*) Os Seminários Regionais de Saúde serão melhor discutidos na seção seguinte.

a perceber mais e melhor os movimentos táticos-políticos que ocorrem na área da saúde a nível loco-regional e nacional.

Esse primeiro período constitui-se, também, num momento no qual o processo de conflito entre as forças hegemônicas no campo da saúde e o movimento instituinte de criação de alternativas, liderado pela FIDENE, COTRIJUI e Sindicato dos Trabalhadores Rurais, vai determinar outro momento de crise e acirramento de posições. Esse conflito vai se estabelecer de forma mais acentuada entre o Hospital de Caridade de Ijuí - HCI - e a FIDENE, a qual vai ser impedida, por aquele, de manter seus alunos do Curso de Enfermagem em estágio em suas instalações.

O Hospital de Caridade de Ijuí, constituindo-se no maior hospital do município, e, portanto, a única entidade que poderia oferecer suporte às atividades didático-docentes, e a FIDENE, não tendo acesso a ela, vai ter que procurar alternativas para dar continuidade ao processo de formação de profissionais da saúde. A alternativa encontrada foi o firmamento de convênio com o Hospital Santa Lúcia, da vizinha cidade de Cruz Alta, o qual passa a ser o campo principal de estágio por um período de dois anos, quando as relações entre FIDENE e HCI retomam o curso anterior.

Na área da extensão, percebe-se outro momento de emergência de novas práticas. Nesse primeiro período, é marcante a experimentação nessa área. A partir da participação da experiência de Aracy Cervis, junto com a COTRIJUI, do início da investigação em saúde pública com a realização de diagnóstico no Bairro Thomé de Souza - e mesmo no município de Ajuricaba -, da estruturação do serviço de saúde no Centro Social Urbano e das atividades de estágios na área da saúde comunitária, começa a amadurecer uma proposta de construção de um projeto de intervenção na área da saúde comunitária.

Esse projeto é elaborado e enviado à Fundação FORD, a qual aprova e apóia a proposta durante dois anos. Trata-se do “Projeto de Desenvolvimento da Saúde Comunitária”, que vai ser implantado em cinco localidades rurais e em um bairro da periferia urbana.

Pode-se dizer que as atividades até então desenvolvidas na área da extensão e da pesquisa tinham um caráter de experimentação, um “sementeiro”, as quais dotaram o Departamento com metodologia de trabalho em comunidades.

Nesse primeiro período, podem ainda ser percebidos outros elementos que ratificam seus limites temporais. Do ponto de vista de que é um momento de consolidação da área da saúde na Universidade, pode-se citar a preocupação, sempre presente, de estruturar campos de estágios, com a qual a proposta de extensão ganha mais força, porque constituem frentes de trabalho aptas a receber alunos em atividades acadêmicas.

É também um período em que se busca o fortalecimento do profissional enfermeiro. Nesse sentido, desde 1980, encontra-se nos Relatórios Anuais do Departamento a preocupação com a divulgação da proposta da Escola tanto a outras escolas, como para os órgãos de classe e para a imprensa. Nesse mesmo sentido, a primeira unidade de serviço criada pela Escola vai denominar-se “Centro de Enfermagem de Aracy Cervis”, numa clara demonstração da necessidade de buscar apoio às ações do enfermeiro, um profissional praticamente desconhecido pela população da Região.

Em síntese, esse primeiro período caracteriza-se, predominantemente, pela afirmação e ratificação das propostas genuínas que embasam a Escola. É nesse período também, que a Escola vai receber outra denominação, quando é incorporada aos Centros

Integrados de Ensino Superior de Ijuí e transformada no Centro de Ciências da Saúde, denominação que passa a ter a área da saúde a partir desse momento⁽⁹⁷⁾.

5.2 Segundo Período (1984/86): a força da extensão

• Introdução

O **segundo período** da trajetória do Departamento de Ciências da Saúde (entre 1984 e 1986) vai se caracterizar principalmente pela intensidade das atividades de extensão. Nesse período, como resultado do período anterior - “sementeiro da extensão” -, são executados dois grandes Programas de Extensão (o Projeto FORD, que se inicia em dezembro de 1983, e o Projeto EZE, iniciado em janeiro de 1985). Da mesma forma, continua-se com o programa anterior, em conjunto com a COTRIJUI, desenvolvido na comunidade rural de Aracy Cervis. Nesse período são realizados, ainda, outros projetos de menor envergadura.

Nesse momento, a experiência do Departamento na área da extensão e do ensino atinge sua maturidade e ganha notoriedade. Assim, surgem convites para expor a experiência da articulação sobre extensão e ensino em vários fóruns acadêmicos.

Ocorre também o fortalecimento das relações com determinados sujeitos sociais, sendo que, contrariamente ao período anterior, o Departamento vai dirigir suas preocupações mais para o meio externo, com o contexto loco-regional, promovendo eventos que aglutinam força política, demarcam campos de atuação e enunciam e

⁽⁹⁷⁾ Essa denominação é decorrente de um processo de reestruturação interna da FIDENE, que ocorre como um dos primeiros passos para a criação da Universidade de Ijuí, a UNIJUI.

reafirmam suas preferências e opções políticas e ideológicas, demarcando o campo de aliados e de opositores.

Esse segundo período se caracteriza, também, pela visualização dos primeiros sinais de exaustão teórico-metodológica da proposta de intervenção na área da saúde do Departamento. Constitui-se, dessa forma, em um momento de transição entre uma primeira fase, de experimentação e de implementação de propostas, e uma segunda fase, na qual, pela impossibilidade de levar adiante as proposições elaboradas no final da década de 70, cria-se uma lacuna entre o fazer intenso dos primeiros períodos, a falta do que fazer - inoperância relativa - do terceiro período, e a reflexão sobre as práticas e a construção de saídas, do quarto período.

- Principais práticas desenvolvidas no período

Nesse segundo período, os Seminários Regionais de Saúde e Meio Ambiente - SRS - terão uma importância especial, visto que passam a constituir-se em momentos de reflexão sobre determinadas questões importantes da área da saúde, demarcando as linhas prioritárias de intervenção do Departamento enquanto um ator político no cenário da saúde no município de Ijuí.

Esses Seminários Regionais de Saúde, ao contrário de outros eventos acadêmicos (Encontros de Estudos de Enfermagem e Nutrição e seus sucessores, os Encontros de Estudos de Enfermagem e Encontro de Estudos de Nutrição), se caracterizam por eleger temas profundamente pertinentes à atualidade conjuntural e política do setor saúde, enquanto aqueles se detêm, de forma genérica, em temáticas mais específicas às áreas de enfermagem e de nutrição.

Isso não quer dizer que eventos promovidos pelos Cursos deixam de ser estratégicos na condução das linhas de atuação do Departamento, passando a ser considerados como eventos de “segunda linha”. Ao contrário, possuem uma função pedagógica muito clara, pois passam a ser compreendidos enquanto portadores de determinadas especificidades relativas aos cursos, ou seja, ao ensino, tanto é que passam a fazer parte da Semana Acadêmica, evento formal e da vida acadêmica da Universidade, encarregada de promover eventos para os alunos dos Cursos.

Esse segundo período, que agrega os anos decorridos entre 1984 e 1986, vai se transformar, talvez, no momento mais intenso de ratificação das proposições do Departamento, coincidindo, também, com profundas mudanças na conjuntura local da saúde, que ocorrem em função de dois fatos políticos principais.

A primeira delas é a rearticulação política que ocorre em torno da Comissão Municipal Interinstitucional de Saúde - CISMI. Desde a criação dessa Comissão no I Seminário Regional de Saúde, ela foi ocupada política e estrategicamente pelo grupo que detinha o poder de mando na área da saúde do município, ou seja, a corporação médica encastelada nas principais instituições do setor, como o INAMPS local, a Unidade Sanitária do Estado, a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital de Caridade.

Através da articulação que se estabeleceu entre a FIDENE/UNIJUI⁽⁹⁸⁾, a COTRIJUI, alguns sindicatos e profissionais da saúde com visão mais ampla e crítica, principalmente médicos, é lançada uma chapa para concorrer à coordenação da CISMI, a qual é eleita, trazendo na vice-coordenação a UNIJUI, representada pelo Centro de Ciências da Saúde. A partir dessa rearticulação de poder na CISMI, inicia-se uma nova fase nas discussões da saúde no Município, as quais passam a tematizar a problemática da

⁽⁹⁸⁾ A partir de 1985, com a criação da Universidade de Ijuí, a FIDENE passa a ser apenas a instituição mantenedora. A UNIJUI é que assume, então, a ação na área do ensino superior.

integração interinstitucional e, principalmente, através da elaboração do Plano Municipal de Saúde, a construção de alternativas de gerenciamento e organização do Sistema Municipal de Saúde.

O outro fato político importante que ocorreu na conjuntura municipal na área da saúde foi o desencadeamento do processo de rearticulação do poder dentro do Hospital de Caridade de Ijuí - HCI. O mesmo grupo hegemônico que controlava a CISMI e o conjunto das instituições de saúde é, novamente, desalojado de outro núcleo importante de poder da área da saúde do município, o HCI.

Esses dois fatores, embora ocorressem no mesmo período, não estão diretamente inter-relacionados. No processo de rearticulação da CISMI, um conjunto de instituições agrupa-se para reordenar e instalar definitivamente os objetivos primeiros da Comissão, estabelecidos já em 1993. No HCI um grupo de médicos - os mais novos - se rebela contra o despotismo administrativo, o centralismo decisório e o poder coercivo implantado pela Diretoria.

Mesmo não sendo decorrentes de um mesmo processo político, esses dois fatores irão mudar significativamente as relações de poder na área da saúde de Ijuí. A UNIJUI e a COTRIJUI passam a contar, a partir de agora, com dois importantes apoios políticos e institucionais, o que impulsionará as ações interinstitucionais na área da saúde.

Do ponto de vista do Departamento, esse segundo período significará uma fase de consolidação institucional. As atividades inerentes aos cursos (atividades de ensino, estágios, formaturas etc) têm seu seguimento dentro da rotina administrativa da Universidade. Os Seminários de Avaliação de Estágios e os Seminários com Formandos e Egressos dos Cursos já se incorporaram às atividades normais do Departamento e, nesse período, com a formatura da primeira turma do Curso de Nutrição, passam a ser realizados

anualmente. Esses eventos são considerados instrumentos importantes de avaliação da qualidade de ensino, assim como também, de “feedback” com os alunos já formados, que testemunham com sua experiência o grau de contradição entre a formação obtida na Universidade e as exigências do mercado em que estão inseridos.

Da mesma forma, os Seminários Regionais de Saúde passam a efetivar-se como “rotina acadêmica”, os Encontros de Estudos de Enfermagem e os Encontros de Estudos de Nutrição também firmam-se como eventos anuais, sem contudo perder sua principal característica que é a diversidade temática. Todavia, no ano de 1986 esses encontros são unificados novamente no Encontro de Estudos de Enfermagem e de Nutrição^(*), quando se discute pela primeira vez nesses fóruns uma temática única (Aleitamento Materno). A partir desse VI Encontro, todos os demais voltam a ser realizados separadamente pelos Cursos.

Isso se deve, em parte, ao fato dos dois Cursos irem gradativamente conquistando maior espaço dentro e fora da Universidade, tornando-se cada vez mais autônomos, principalmente em função do aumento do quadro de professores. Assim, esses Encontros passam a ser instrumentos de discussões específicas dos Cursos, os quais, através deles, retroalimentam sua identidade e vocação.

Nesse período, são realizados também mais três Seminários Regionais de Saúde. Principalmente os dois últimos - o III e o IV - tornam-se eventos bastante importantes, visto que discutem temáticas de interesse da área da saúde como um todo. A discussão das Ações Integradas de Saúde e da Saúde no Processo Constituinte mobiliza um conjunto amplo de sujeitos políticos da Região, os quais participam ativamente dessas atividades.

^(*) O que ocorre pela última vez.

A consolidação da experiência da UNIJUI na área da saúde e a divulgação das experiências desenvolvidas vai ocasionar um outro impacto direto na vida do Departamento. Esse processo de maturação da proposta da área da saúde - com ênfase na saúde pública -, projeta o Departamento no meio acadêmico, que passa a receber convites para expor e debater suas experiências em alguns fóruns, bem como a prestar assessorias em algumas áreas específicas da enfermagem, da nutrição e da saúde pública⁽⁹⁹⁾.

Nesse período, o Departamento apresenta sua experiência na Universidade de Brasília, durante a I Semana Científica de Enfermagem e no Encontro Latino-americano de Educación de Popular em Montevideo, Uruguai (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 122/3)

Na área de prestação de serviços/assessorias, o setor de nutrição assessora o Hospital de Caridade de Ijuí na implantação e organização do Serviço de Nutrição e Dietética, enquanto o de enfermagem assessora o município de Chiapetta na organização do Hospital Municipal.

É realizado, ainda no período de 1984 a 1986, o Curso de Saúde e Sociedade, com assessoria da Universidade de Brasília, o qual ocorre em duas etapas (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 121). Mantém-se, ainda, contato com mais duas experiências na área da saúde comunitária. São visitados, por docentes da UNIJUI, a experiência desenvolvida pelo Instituto Paulista de Promoção Humana, em Lins, São Paulo, e o trabalho desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Curitiba, no bairro Boqueirão (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 58/9). Essas duas visitas, realizadas no início de 1984, servirão, também, de referência às atividades de extensão do Departamento.

⁽⁹⁹⁾ Com a emergência do processo de municipalização da saúde, através da implantação das Ações Integradas de Saúde, vários municípios da região encontram dificuldades para implantar essa nova lógica no sistema público de saúde, recorrendo à Universidade, que passa a assessorá-los.

Mas, sem dúvida, as principais e mais importantes atividades desenvolvidas nesse período são as práticas de extensão, quando o Departamento desenvolve seus principais programas.

Nesse período, os dois grandes projetos de extensão (Desenvolvimento da Saúde da Comunidade - FORD - e Projeto Multiprofissional de Desenvolvimento da Saúde Urbana e Rural - EZE) do Programa de Saúde e Desenvolvimento da Comunidade são plenamente implementados. O Projeto "FORD" tem seu término ainda nesse segundo período; o Projeto "EZE" no período seguinte, sendo ambos repassados para as Ações Integradas de Saúde no ano de 1986.

Isso significa que a Universidade transfere, como havia estabelecido no início dos dois trabalhos, para o poder público municipal a responsabilidade de operacionalização e condução político-administrativa das Unidades de Serviço criadas, as quais nesse período constituem-se de quatro⁽¹⁰⁰⁾.

Outras atividades de extensão são implementadas, dentre as quais cabe destacar: o Projeto de Hipertensão, desenvolvido junto ao INAMPS; o Projeto de Integração Docente-Assistencial, que tem apoio do PAPPS (Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde) e da Fundação Kellog; Projeto de Assistência e Assessoria à Saúde e Nutrição aos Acampados da Fazenda Anoni, com apoio da FIDENE; Seminário de Avaliação e Sistematização das Ações Integradas, com apoio do PAPPS.

Podem ser incluídas nesse rol de atividades de extensão as tarefas desenvolvidas pelo Departamento junto a Cismi e o Seminário Regional de

⁽¹⁰⁰⁾ As unidades construídas são: ambulatório do Rincão do Tigre, ambulatório do bairro Thomé de Souza, Centro integrado de ações de saúde do Chorão e Centro integrado de ações de saúde do bairro Luis Fogliatto. O Centro de Enfermagem de Aracy Cervis, criado junto com a COTRIJUI, naquela ocasião era administrado apenas pela COTRIJUI, que mais tarde também o transfere para o poder público municipal.

Administração Hospitalar⁽¹⁰¹⁾, realizado a partir de demanda gerada no I Seminário Regional de Saúde.

Dessa forma, esse segundo período, que termina no ano de 1986, caracteriza-se principalmente pelas intensas atividades na área da extensão, que aqui significa não apenas a realização de atividades extra-muros, mas o compromisso e a defesa radical de alguns princípios da área da saúde, como a necessidade da participação da população no processo de gestão da saúde, a defesa do serviço público como o agente integrador dos serviços de saúde, a necessidade da operacionalização de trabalhos interinstitucionais e a importância de promover-se a democratização dos espaços públicos de debate das questões de saúde.

Dessa forma, a extensão, quer seja pela realização de eventos que discutem temáticas relativas à conjuntura da área da saúde - por exemplo, os Seminários Regionais de Saúde -, quer seja pela experimentação na área da prestação de serviços, com a implementação de Projetos na área da Saúde e Desenvolvimento Comunitário, torna-se um instrumento privilegiado de intervenção do Departamento no sistema local de saúde, constituindo-o e capacitando-o cada vez mais como um ator político privilegiado.

Contudo, conforme afirmamos anteriormente, esse segundo período vai demarcar o fim de uma grande etapa da trajetória do Departamento. Se até esse período as atividades de extensão e correlatas sobrepunham-se às atividades de ensino em importância e em volume, a partir de agora as atividades ligadas ao ensino serão o veio mais importante da ação do Departamento.

Isso ocorre, em parte, pela crescente dificuldade teórico-metodológica dos docentes do Departamento repensarem as práticas que vinham executando. Como

⁽¹⁰¹⁾ FIDENE/DCSa. Relatório do Seminário Regional de Administração Hospitalar. Ijuí: 1984. Mimeo.

podemos observar, não existe, até aqui, nenhuma experiência sólida de investigação, de pesquisa, resultante desse conjunto imenso de atividades executadas. Dessa maneira, nesses dois períodos iniciais, a preocupação maior da equipe que conduzia o Departamento direcionava-se para o “fazer as coisas”, desencadeando um processo crônico de ativismo acadêmico:

“... acho que a gente acabou sendo conhecido como não produtores de conhecimento; eu acho que essa prática intervencionista, que só busca resultados imediatos para aquela comunidade, que sentido tem? (...) ‘Acho que a gente pecou por isso. Mas eu acho que naquela época nós não tínhamos como fazer diferente.’
 ‘... nós carecíamos realmente de uma melhor instrumentalização teórico-metodológica, e eu acho que dentro daquele intuitivismo, daquela intuição da gente fazer as coisas, acho até que a gente fez bastante. Foi um exercício ... era uma coisa de militância.” (Entrevista 20, Professora da UNIJUI. p. 63 e 68).

Soma-se a esse “esquecimento” da pesquisa a não capacitação técnico-científica do grupo através, principalmente, da formação de pesquisadores.

A construção de perspectivas de futuro, possibilitada pela construção de um modelo de intervenção didático-política eficaz, exige, entre outros, formação acadêmica sólida e vigilância crítico-reflexiva sobre a práxis. Isso significa dizer que é imprescindível contar-se com docentes capacitados e com metodologia de trabalho que valorize a realização de processos avaliativos e de sistematização das práticas.

A não implementação de processos de investigação e a conseqüente inexistência de momentos de reflexão crítica sobre as práticas - que em realidade significa a inexistência de um processo de vigilância teórica sobre o fazer -, fez com que o grupo técnico-político da área da saúde da UNIJUI não se desse conta do esgotamento progressivo do paradigma que orientava as ações: o paradigma da Saúde Comunitária.

Mas esse processo não é tão simples como se pode imaginar em um primeiro momento. Se, por um lado, o Departamento envolve-se num processo que

poderíamos denominar de “cegueira situacional”⁽¹⁰²⁾, em relação a seus projetos e práticas de extensão, por outro lado, gradativamente, vai se consolidando enquanto um ator político de relevo dentro do Sistema Municipal de Saúde.

A relativa e crescente falência das práticas de extensão, baseadas em grandes programas direcionados para populações desassistidas, fez com que o grupo do Departamento, mesmo que intuitivamente, passasse a dedicar-se mais à interlocução com outros atores políticos do sistema local de saúde, participando mais ativamente nas arenas decisórias, principalmente na Comissão Municipal de Saúde.

Isso significa que o Departamento enquanto um sujeito político, ou seja, enquanto uma instituição que se corporifica na constituição de determinado projeto para a área da saúde, vai direcionar suas ações para a área da política. Busca interlocuções, faz composições, assume posições, posturas e postos políticos. Essa postura não é condizente, a princípio, com as linhas de atuação advindas do Paradigma da Medicina Comunitária, que restringe a ação à esfera específica e restrita da saúde⁽¹⁰³⁾.

Mas se essa postura, do ponto de vista político e estratégico, é mais coerente do que aquela adotada frente às práticas de extensão, então como se explica o não redirecionamento das ações do Departamento? Muito provavelmente porque esse processo de participação na política municipal de saúde tenha ocorrido, também, de forma ativista.

⁽¹⁰²⁾ Segundo CARLOS MATOS, os atores em situação, que implica dizer em conflito, sempre produzem determinada “cegueira situacional”, ou seja, são capazes de iluminar/compreender determinados campos da realidade social e política em detrimento de outros. Por isso, prescindem de um método de ação política que seja capaz de diminuir substancialmente as cegueiras dos atores em situação. Esse método, para o autor, é o Planejamento Estratégico Situacional. Para maiores detalhes, ver: RIVERA, 1991: 176/220.

⁽¹⁰³⁾ MARIA CECÍLIA DONNANGELO observa que o Paradigma da Medicina Comunitária promove uma “redução do social a um espaço homogêneo o que (...) corresponde não apenas a uma evidente simplificação, mas sobretudo a um mascaramento das determinações ou diferenciações sociais básicas”. A homogeneização do seu objeto torna possível trabalhá-lo “como um produto da convergência de fatores que se pode detectar na imediatez do espaço circunscrito para a comunidade. Registrar a comunidade, diagnosticá-la, identificar a sua configuração restrita, definir o seu específico padrão de saúde, avaliar os seus recursos, constituem instrumentos de trabalho que devem permitir o estabelecimento de um continuum entre o diagnóstico e a interferência em nível individual e o diagnóstico e a interferência em nível coletivo.” (DONNANGELO, 1979: 92).

A perspectiva acadêmica toma o fazer como uma das dimensões de sua ação, e talvez não a mais importante. Na tradição “fideniana”, o fazer muitas vezes superou a importância do refletir sobre que se fez, pois a Instituição via a si mesma como um agente direto de transformação, carecendo de um projeto verdadeiramente acadêmico, que busca compreender a realidade, intervir nela e refletir sobre essa intervenção, constituindo-se esse processo num movimento dialético.

“... acho que em parte [a não produção de conhecimento] é de responsabilidade de grupos de dentro da Universidade, que sempre nos cutucaram pra fazer esse tipo de atividade [extensão], mas não nos davam respaldo nesses momentos de análise.” (Entrevista 20, Professora da UNIJUL. p. 63/4).

O “novo esquecimento” da investigação sobre o fazer, dessa vez na área da política, fez com que, apesar de se perceber uma postura mais coerente e politizada frente à problemática do poder na área da saúde, não se produzissem impactos sobre o conjunto das atividades do Departamento. A não superação da dimensão prática ocorreu, em parte, porque cada ação desenvolvida tendia a ser implementada de forma isolada do conjunto das práticas - o que se constitui em processo não integrado -, não contribuindo para a superação de dificuldades e, conseqüentemente, não auxiliando na construção de alternativas exequíveis de intervenção.

As práticas, dessa maneira, não se constituem como resultantes de um processo de acumulação crescente de conhecimentos. Assim, ao mesmo tempo em que os agentes não recebem a contribuição do processo de acumulação de conhecimento, porque ele não existe de forma organizada, não se efetivam práticas de sistematização de experiências, criando um círculo vicioso que conjuga a não produção de conhecimento com a não adoção de uma postura crítico-teórica sobre as práticas.

Nesse processo, que se revela no campo da epistemologia, quando problemas e dificuldades são detectados, o processo de crise já está instalado plenamente. Isso se deve, principalmente, porque as práticas não foram avaliadas em seu processo, o que implicaria conhecê-las melhor em suas dificuldades, impactos e potencialidades. A detecção tardia de um conjunto complexo de problemas vai exigir do grupo dirigente e docente um esforço e maturidade teórico-metodológica muito grande, nem sempre capaz de converter-se em perspectivas de ação futura transformadora.

5.3 Terceiro Período (1987/89): a fase de transição

• Introdução

O terceiro período da trajetória do DCSa (entre os anos de 1987 e 1989) pode ser caracterizado como um período lacunar, no qual o grupo do Departamento vivencia uma fase de introspecção.

A política de extensão não mais se ancora sobre grandes programas com financiamento⁽¹⁰⁴⁾. Também contribui para esse período de transição a insuficiência e a ineficácia do modelo de saúde ancorado sob as bases da Medicina Comunitária ou da Atenção Primária da Saúde (GARCÍA, 1989: 87/8). A complexificação das relações entre saúde, medicina e sociedade, denunciadas pela introdução crescente de abordagens das Ciências Sociais, traz à tona uma grande crise paradigmática.

⁽¹⁰⁴⁾ Cabe lembrar que esses são os últimos dois anos do Projeto EZE. Após esse Projeto de Extensão, nenhum outro com tal envergadura será elaborado e, conseqüentemente, aprovado.

A partir das contribuições introduzidas pelas Ciências Sociais no entendimento do processo saúde-doença, incluindo as suas dimensões social, cultural, econômica e política, o campo da saúde tornou-se bem mais complexo. A partir de então, qualquer sujeito político que deseja conhecer e intervir de forma eficaz na área da saúde, tem, necessariamente, que construir ferramentas teórico-metodológicas adequadas, sem as quais sua ação corre o risco de tornar-se inócua.

A experimentação exitosa, vivenciada pelo DCSa em seus antigos Projetos de Extensão, dá lugar agora ao descompasso entre as reivindicações de amplos setores sociais e de um grande conjunto de trabalhadores da área da saúde e as possibilidades de intervenção nesse quadro estrutural e conjuntural bastante complexo e pouco nítido. Esse período é também transitório na conjuntura setorial no nível nacional.

Para intervir no complexo processo das relações determinantes do processo saúde/doença é preciso transformar as ferramentas teórico-metodológicas do Paradigma da Medicina Comunitária. Por outro lado, mesmo entre as abordagens que passam a ser utilizadas na área da saúde, a partir de novos referenciais teóricos, nenhuma delas ousa autodefinir-se como capaz de apreender a totalidade das múltiplas relações do campo da saúde⁽¹⁰⁵⁾.

Nessa perspectiva, faz-se necessário produzir e experimentar novas metodologias e compor, a partir delas, diferentes abordagens. É necessário compreender e intervir no campo da política; é imprescindível entender os movimentos dos sujeitos

⁽¹⁰⁵⁾ É interessante notar que com a crescente utilização de categorias das ciências sociais, das mais diferentes correntes e matizes, principalmente a partir do final da década de 70, ocorre uma grande produção de estudos que se utilizam de abordagens marxistas e estruturalistas, mesclando-as com categorias de análise de origem explicitamente fenomenológica. Esse movimento epistemológico tem sido de grande proveito na produção de conhecimento na área da saúde coletiva, aumentando significativamente a suficiência teórica de um amplo conjunto de estudos e investigações.

Nesse sentido, cabe lembrar o que diz MARIA CECÍLIA MINAYO. A autora, citando MANNHEIM, afirma que "As correntes intelectuais não se desenvolvem isoladamente mas se afetam e se enriquecem mutuamente. Embora não se fundam num sistema comum, consideram a totalidade dos fatos descobertos, partindo de diferentes axiomas gerais." (MINAYO, 1992: 91).

sociais e suas perspectivas frente aos momentos conjunturais específicos; há que se aclarar seus projetos políticos e seus interesses corporativos mais ocultos. Em resumo, se faz necessária a construção de um novo equipamento teórico e metodológico de intervenção e, para tal ensejo, não existe outra fórmula que não a experimentação crítica e a vigilância teórica sobre a prática.

Parece ter sido esse o principal “gargalo” teórico-metodológico do Departamento nesse período, ou seja, a dificuldade de encontrar modelos teóricos-metodológicos mais eficientes. É bom que se diga que essa impotência frente à conjuntura da saúde não é um fenômeno restrito ao Departamento, mas do conjunto do Movimento Sanitário Brasileiro.

Com o advento da Nova República e seu compromisso, pelo menos discursivo, com a Reforma Sanitária, elabora-se um conjunto de proposições e de políticas de saúde de interesse do Movimento Sanitário, que passa a ocupar espaços no aparelho estatal através da participação direta de sanitaristas nesse governo de coalizão heterodoxa (MENDES, 1993: 39).

Esse conjunto propositivo de reformulação do sistema sanitário brasileiro vai encontrar, em parte, fortes resistências políticas, principalmente nos órgãos públicos da saúde, através da tecnoburocracia setorial constituída nos últimos 20 anos, e entre os setores privados (produtores privados em geral). Esse movimento de oposição às teses reformistas produz, nesse período pós-Nova República, um contexto de fortes embates político-ideológicos, que vai colocar em questão todo o processo de reformulação do campo sanitário.

Esse momento de conflito que se opera no nível nacional vai repercutir nos Estados e Municípios, assim como também no meio acadêmico, no qual se produzem

alguns debates teóricos importantes, colocando em cheque várias abordagens hegemônicas no campo da saúde, como, por exemplo, a abordagem histórico-materialista, defendida entre a maioria dos reformistas como suficiente teoricamente e, portanto, capaz de promover as transformações necessárias na área da saúde (CAMPOS, 1992: 29), e as abordagens funcionalistas (MINAYO, 1992: 46/49; GARCÍA, 89: 74/77), das quais se utilizam, principalmente, os defensores do sistema dominante, que combina de forma perversa serviço público com atividade privada em proveito quase exclusivo da rentabilidade econômica da área da saúde, descaracterizando-a como um campo social.

As dificuldades do Departamento em manter suas atividades, e mesmo ampliá-las, pode ser ainda explicada também pela adoção quase acrítica do Paradigma da Medicina Comunitária e pela dificuldade de superar-se entraves teóricos e metodológicos dos programas de extensão implantados, até então a “mola mestre” na condução das suas proposições político-ideológicas do DCSa.

Mas é nesse período, paradoxalmente, que o DCSa tende a revitalizar-se. A dificuldade de ação política do Departamento, visualizada a partir de sua incapacidade de permanecer em cena como ator político propositor de ações e aglutinador de um conjunto amplo de forças sociais, como fora outrora, capaz de mobilizar segmentos sociais ligados à área da saúde da região, tende a ser, se não revertida, pelo menos incorporada ao cotidiano, e a fazer parte das pautas internas de discussão.

- Principais práticas desenvolvidas no período

As dificuldades teórico-operativas diagnosticadas na trajetória do Departamento de Ciências da Saúde são derivadas de um conjunto de questões, mas que têm como causa determinante dois componentes principais.

Primeiro, a capacitação de seu corpo docente. A maior parte do conjunto de professores que permanece no quadro de pessoal do Departamento possui titulação de especialista, ou seja, tem uma formação bastante elementar para o exercício da atividade acadêmica. Isso ocorre, em parte, devido à estagnação do processo de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Por mais que a Universidade mantivesse programas de desenvolvimento de recursos humanos, incentivando e apoiando a qualificação de docentes, inclusive com programa de financiamento próprio, sem ônus ao professor, não se conseguiu fazer retornar ao Departamento nenhum professor que tenha saído para realizar Curso de Mestrado no período entre 1980 e 1988⁽¹⁰⁶⁾.

Em segundo lugar, a capacidade limitada do grupo que conduz o Departamento de estabelecer um processo de postura crítica sobre práticas implementadas, principalmente na área da extensão. Isso, de certa forma, incapacita o Departamento de se tornar um formulador de políticas, um proponente de alternativas exequíveis para a crise do setor saúde, principalmente no âmbito loco-regional, visto que não consegue sequer dar conta de sua própria crise interna.

A construção de alternativas à crise tornar-se-ia possível - para além de se contar com pessoal qualificado - pela adoção e processo de sistematização e de avaliação das atividades executadas. Com isso, seria possível visualizar-se, no conjunto, as limitações e avanços das práticas, fazendo-se emergir novas necessidades teóricas e metodológicas e, conseqüentemente, novas possibilidades de ação.

A preocupação dos docentes do DCSa de buscar compreender a experiência do Departamento como um todo passa a ser incorporada no momento subsequente, o quarto momento.

⁽¹⁰⁶⁾ Segundo o Departamento Pessoal da FIDENE/UNIJUI, nesse período saíram oito professores do DCSa para realizar cursos de mestrado.

Dentre as perspectivas que surgem nesse terceiro momento, desponta o fomento à política de criação de novos cursos. Já no ano de 1987, é elaborado o projeto do Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, curso esse que é implementado em 1989, depois de tramitar por quase um ano na Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 141).

Outro curso implantado nesse período é o Curso Pós-Graduação “Lato Sensu” de Saúde Pública. O projeto do curso é elaborado no ano de 1988, e a primeira turma começa as aulas no ano seguinte (APONTAMENTOS DOS RELATÓRIOS, 1994: 141).

Quanto à extensão, o Projeto Multiprofissional de Desenvolvimento da Saúde Urbana e Rural - EZE - vai ser finalizado em meados de 1988. Continua a participação do Departamento na Comissão Municipal de Saúde de Ijuí, com a qual promove nesse período mais três Seminários Regionais de Saúde.

O V Seminário, que ocorre em 1987, discute a problemática do menor carente. Essa temática, de certa forma, rompe com a tradição desses Seminários que até então tratavam de temas amplos e, em geral, de interesse do processo de municipalização da saúde. O V Seminário pode ser visualizado como um dos sinais evidentes da crise pelo qual passa o Departamento desde o final do período anterior.

Os dois Seminários subseqüentes recuperam a trajetória anterior e discutem temas relacionados à problemática mais ampla da saúde. O VI Seminário discute a questão da Reforma Sanitária e o VII Seminário, que ocorre em setembro de 1988, discute o processo de elaboração das Leis Orgânicas Municipais. Esses dois eventos, principalmente o último, produzem impactos diretos na vida do Departamento, o qual passa a ser

convidado a participar de fóruns e debates sobre as Leis Orgânicas Municipais e assessora alguns municípios e instituições na discussão dos capítulos da saúde e meio ambiente.

Nesse terceiro período também tem continuidade os Encontros de Estudos de Nutrição e os Encontros de Estudos de Enfermagem, embora esse último não tenha ocorrido no ano de 1987. Por outro lado o Curso de Enfermagem promove e participa dos Encontros Estaduais de Enfermeiros Educadores, que se constitui num fórum articulado pela Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul para discutir as propostas dos cursos, dando ênfase a política de formação de recursos humanos dotados como educadores para a saúde.

O Curso de Nutrição, por sua vez, apresenta a proposta e cria o Centro de Informações Nutricionais - CINUT -, que vai prestar informações e assessorar atividades na área de nutrição, como, por exemplo, avaliação e acompanhamento do desenvolvimento nutricional de escolares.

Outra atividade que se destaca nesse período é o assessoramento técnico a municípios e instituições. O Departamento presta assessoria ao município de Braga, que através do Projeto "Pedro Garcia"⁽¹⁰⁷⁾, ao município de Santo Augusto, onde foi realizado um trabalho de diagnóstico de saúde; ao município de Pirapó, onde participa na organização da Comissão Municipal de Saúde e na elaboração do seu Regimento, e ao município XVI de Novembro, através da COOTRICAMPO, discutindo a Lei Orgânica do Município.

⁽¹⁰⁷⁾ Esse projeto foi também financiado pela Fundação alemã EZE e desenvolveu atividades na comunidade rural de Pedro Garcia, no município de Braga. As atividades eram desenvolvidas por equipe interdisciplinar e atingiam as áreas da saúde, educação e produção, buscando o auto-sustento da comunidade através da organização de atividades produtivas, como a construção de olaria para fabricação de tijolos, "fábrica" de doces e artesanato.

A área de nutrição presta novamente assessoria ao Hospital de Caridade de Ijuí e promove atividade de extensão junto à COOTRICAMPO, do Município de Campo Novo.

O Departamento é também convidado a relatar e discutir sua experiência na área da saúde em dois encontros acadêmicos. O primeiro deles em Curitiba, Paraná, onde participa do Seminário sobre o Ensino Superior de Enfermagem da Região Sul e apresenta o texto “Integração ensino-extensão do CCSa/UNIJUI”⁽¹⁰⁸⁾. O Segundo encontro aconteceu em Florianópolis, Santa Catarina, onde se apresenta o texto “Integração ensino-pesquisa: a experiência do Centro de Ciências da Saúde da UNIJUI aos hospitais”⁽¹⁰⁹⁾, no V Encontro de Enfermagem de Hospitais de Ensino.

Outra atividade que teve bastante destaque nesse período foi o intercâmbio internacional. Professores do Departamento tiveram a oportunidade de estabelecer contatos e apresentar a experiência da UNIJUI na área da saúde para o Ministério das Saúde da França, para a Rede de Saúde do CEAAL⁽¹¹⁰⁾, e ainda no Chile, onde participou do I Curso-Taller Latino-Americano de Salud y Educación Popular; e nos Estados Unidos através do Programa Companheiros da América, por meio do qual professores da Ball States University visitaram a UNIJUI e professores do Departamento visitaram aquela Universidade.

Por fim, nesse período, aparecem ainda outras duas atividades importantes. Em primeiro lugar, aparecem as primeiras pesquisas realizadas por professores do Departamento. Ainda longe de se manifestar como resultado de um programa de pesquisa

⁽¹⁰⁸⁾ KOPF, Águida; KOPF, Eloiza & MIRON, Véra. Integração ensino-extensão do CCSa/UNIJUI. Ijuí: CCSa/UNIJUI, 1997. Mimeo.

⁽¹⁰⁹⁾ BALIN, Fioravante e DE MARCHI, Dione Finckler & MIRON, Véra L.. Integração ensino-pesquisa: a experiência do CCSa junto aos hospitais. Ijuí: CCSa/UNIJUI, 1987. Mimeo.

⁽¹¹⁰⁾ Centro Latino-Americano de Educação de Adultos do qual a FIDENE é afiliada através do SPEP - Seminário Permanente de Educação Popular.

ou de linhas de pesquisa claras, essas primeiras pesquisas são fruto de preocupações individuais e, principalmente, derivadas de atividades de estágio. As três principais pesquisas são: Tabela de Fator de Correção, Pesos e Medidas dos Alimentos Regionais^(*); Organização e gerenciamento dos serviços de saúde; e Percepção do usuário urbano no município de Ijuí em relação ao atendimento nas instituições de saúde na implementação da Reforma Sanitária.

A segunda atividade é referente à elaboração de um novo e amplo programa de extensão. O Ministério da Saúde em 1988 promove um programa que tem por objetivo integrar, no contexto do Sistema Único de Saúde, as universidades e serviços de saúde, e, para tanto, oferece a oportunidade para a apresentação de propostas de ação conjunta através da formulação de programas. Era o chamado Plano UNISIS⁽¹¹⁾.

O Departamento, junto com o Hospital de Caridade de Ijuí, elabora uma série de programas e projetos em comum^(**). Contudo, antes mesmo de serem apresentados, o Plano UNISIS foi extinto, e em seu lugar, em função da articulação que se realizou em torno dessa proposta, foi criado o Núcleo Interuniversitário da Área da Saúde do Rio Grande do Sul, que tinha por objetivo facilitar a assinatura de convênios e organizar Núcleos de Estudos. Essas ações tiveram apoio da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS.

O Departamento participa de dois núcleos. No Núcleo de Gerenciamento em Serviços de Saúde exerce a função de coordenação, trazendo para Ijuí a responsabilidade de organizar e gerenciar seus trabalhos. No Núcleo de Estudos da Saúde do Trabalhador, vai participar apenas como colaborador.

(*) Essa pesquisa já aparece nos documentos de extensão em 1986, mas entra em execução apenas em 1989.

(11) O Plano UNISIS (Universidade Integrada aos Serviços de Saúde) era vinculado à Assessoria Especial de Ciências da Saúde da SESu/MEC.

(**) Esses projetos se encontram na biblioteca do Departamento e intitulam-se apenas por "Plano UNISIS".

Apesar do apoio da OPAS, o trabalho dos Núcleos não chegou a frutificar plenamente. O Núcleo de Gerenciamento em Serviços de Saúde, por ter a UNIJUI na coordenação, uma instituição pequena e interiorana, vai ser alvo de uma série de conflitos internos. Mesmo assim, realiza principalmente pesquisa sobre a organização e gerenciamento dos serviços de saúde. Os trabalhos dos Núcleos são em seguida suspensos e as atividades e articulação interinstitucional, que havia sido realizada no Estado, não progridem e desaparecem.

5.4 Quarto Período (1990/91): a construção de alternativas

- **Introdução**

O **quarto período** (entre 1990 e 1991) caracteriza-se por ser um período de busca de alternativas para os problemas apresentados pelo Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI. A construção de soluções ocorrerá a partir da incorporação de três grandes diretrizes.

Primeiramente, a reiteration da política de capacitação do corpo docente adscrito ao Departamento. A partir desse ano, se (re)começa o fomento à formação de docentes como mestres. Até então já haviam saído vários docentes para a realização de cursos de mestrado, mas nenhum havia retornado. Em 1990 dois docentes realizavam curso de mestrado, com retorno previsto para 1991, o que pela primeira vez efetivamente ocorreu.

Em segundo lugar, o Departamento começa a investir em uma nova linha de formação de recursos humanos. Essa diretriz que se efetiva com a elaboração já em 1987, do projeto da criação do Curso de Auxiliar de Enfermagem e, em 1988, do Curso de Especialização em Saúde Pública, encontra-se efetivamente consolidada após a instalação da primeira turma de cada um dos cursos. Esses dois cursos já haviam sido discutidos em anos anteriores, mas não encontraram condições para efetivar-se, quer por falta de apoio interno e externo, quer por falta de priorização dessas atividades. Sua implantação ocorre no ano de 1989.

Essa política de diversificação na formação de recursos humanos vai culminar com a criação do Curso de Medicina em 1991. A criação deste vai levar às últimas conseqüências as opções político-pedagógicas do Departamento e, por isso, a um complexo jogo político e de demonstração de forças entre seus interlocutores, determinando a instauração de um complicado processo político interno e, principalmente, externo. O resultado desse processo determinou a criação do Curso mas não a sua implementação.

Por fim, em terceiro lugar, nesse período, o Departamento, através de suas instâncias internas, decide operacionalizar um processo de auto-investigação, ou seja, elege a si próprio, como objeto prioritário de estudo. Essa decisão revela a tomada de consciência do grupo frente às dificuldades de condução do projeto político pedagógico do Departamento. Assim, investigar-se a si próprio implica em qualificar o diagnóstico que se vinha fazendo de forma empírica das repercussões internas e externas da implementação de suas práticas e verificar as tendências e perspectivas futuras para o Departamento.

A concretização desse momento ocorrerá em 1990, com a operacionalização de Grupos de Trabalho, que assumem tarefas específicas de (1) resgatar

a trajetória histórica do DCSa, (2) teorizar suas linhas de atuação (saúde e educação) e, de posse desses estudos e diagnósticos realizados entre seus alunos e docentes, (3) promover uma profunda intervenção no ensino, qualificando-o. O produto final desse processo, imaginava-se, permitiria construir linhas de condução político-pedagógica do Departamento.

Concomitantemente a isso, por força e necessidade interna da Universidade, que retoma as discussões internas nas áreas de Administração, Ensino e Pesquisa e Extensão, com vista à elaboração de seu Plano Estratégico⁽¹¹²⁾, o Departamento elabora o Programa Regional Integrado de Saúde - o PRIS⁽¹¹³⁾ -, que é formulado com a pretensão de constituir-se em um instrumento teórico e metodológico orientador da intervenção na área da saúde. Essa é, a nosso ver, a nova possibilidade de intervenção na prática da extensão, da pesquisa e do ensino.

- Principais práticas desenvolvidas no período

As atividades desenvolvidas pelo Departamento, nesse quarto período, concentram-se em algumas áreas específicas, como na área do ensino e nas ações derivadas dela, como por exemplo práticas de estágio, de extensão e de pesquisa.

No segundo semestre do ano de 1990, ocorre mais uma mudança na estrutura da Universidade. Por força de uma crise político-financeira bastante forte pela qual passa a UNIJUI, as seis Unidades acadêmicas existentes são fundidas em três grandes

⁽¹¹²⁾ FIDENE/UNIJUI. Plano Estratégico da UNIJUI - 1991 - 2000. Ijuí, 1991.

⁽¹¹³⁾ PASCHE, Dário Frederico. Programa Regional Integrado de Saúde. Ijuí: DCSa/UNIJUI, 1991. Mimeo.

Institutos⁽¹¹⁴⁾. O Centro de Ciências da Saúde vai ser extinto e a área da saúde incorporada ao Instituto de Ciências, Saúde e Tecnologia - ICTS.

Isso significa que a área da saúde, antes autônoma e participando diretamente nos fóruns decisórios da Universidade, passa agora a ser uma área que integra uma grande e heterogênea composição de áreas do conhecimento. A opção do DCSa integrar-se ao ICTS não foi unânime, e nem mesmo a criação dos três Institutos foi a única proposta apresentada à comunidade acadêmica. Havia também a proposta de extinguir-se todas as unidades intermediárias e criar-se apenas Departamentos (MARQUES, 1991), os quais se tornariam as unidades acadêmicas elementares. Essa proposta emergente de setores ligados à área da Educação, principalmente, não foi aprovada⁽¹¹⁵⁾.

Um grupo interno do DCSa pleiteava a inserção da área junto às ciências sociais. A justificativa de tal proposta baseava-se na maior proximidade do Departamento de Ciências da Saúde, e de suas práticas, com a abordagem das ciências sociais, do que, por exemplo, com as Ciências Biológicas. Mas, por fim, acabou prevalecendo a proposta apresentada pela Reitoria, que articulava saúde com a área denominada tecno-científica.

Esse processo determinou, no interior do Departamento, uma certa inquietação, principalmente em função da perda relativa de autonomia. Nesse sentido, a avaliação que se fazia era a de que a área da saúde não estava entre as prioridades do novo Instituto⁽¹¹⁶⁾. Também discutia-se a composição do poder no novo Instituto⁽¹¹⁷⁾, a democracia interna e a centralização das informações.

⁽¹¹⁴⁾ Conforme Resolução da Reitoria 02/90, de maio de 1990.

⁽¹¹⁵⁾ Em janeiro de 1994, com a aprovação pelo Conselho Federal de Educação da Universidade Regional do Noroeste do Estado - UNIJUI -, a estrutura implantada vai ser articulada em torno dos Departamentos, os quais se tornam as unidades operativas básicas da Universidade.

⁽¹¹⁶⁾ Nesse período inicial, o Diretor do ICTS foi algumas vezes convidado para discutir a inserção da área da saúde no interior do Instituto.

⁽¹¹⁷⁾ O colegiado maior do Instituto - Conselho Departamental - era constituído pelo seu Diretor e os demais Chefes de Departamento.

Essa inquietação favoreceu a coesão do grupo do Departamento e fez com que surgissem propostas de avaliação de trajetória, na perspectiva de construir-se alternativas de superação dos problemas já identificados.

Contudo, a vida acadêmica prosseguia em seu ritmo quase inalterado. Embora não houvesse qualquer linha de pesquisa definida e se relatasse a dificuldade em criá-las, alguns professores davam curso a investigações próprias, quase todas ligadas às práticas de ensino. Dentre essas, cabe citar as seguintes pesquisas: “Adequação dos conteúdos de enfermagem médico-cirúrgica na formação do enfermeiro pela UNIJUI: uma visão da região noroeste do RS”; “Conhecimento e vivências das mães em vacinação e aleitamento materno” e “Subsídios para a programação local”.

No nível da extensão, a problemática da inexistência de linhas claras de ação não permitia ao Departamento a delimitação de práticas prioritárias. Dessa forma, as práticas de extensão se confundiam entre a extensão propriamente dita e a prestação de serviços, na qual a remuneração pelos serviços prestados é o fator desencadeante de qualquer trabalho e o compromisso com a geração de conhecimento é apenas secundário, pois a prioridade é a eficiência e a efetividade da ação da Universidade.

A falta de linhas de extensão fez com que o Departamento, principalmente nesse período, acatasse todo e qualquer tipo de demanda espontânea que chegasse à Universidade. Assim são realizadas assessorias a municípios, instituições, conselhos de saúde etc. Dentre essas, cabe destacar: Assessoria ao Hospital Annes Dias de Ibirubá e ao Hospital Santa Líbera de Jóia; elaboração de provas para concursos públicos municipais em Ijuí e Santa Rosa; assessoria aos municípios de Condor, Catuípe e Três Passos na realização de Seminários Municipais de Saúde; participação em encontros (Encontro de Trabalhadoras Rurais de Horizontina; Encontro e Dia Mundial de Alimentação em

Condor); assessoria à Comissão de Saúde de Ijuí na elaboração de propostas para a Lei Orgânica Municipal.

Ainda na área da extensão podem ser citadas as seguintes atividades: participação como membro efetivo da Comissão de Saúde de Ijuí e, no ano seguinte, do Conselho Municipal de Saúde; membro da equipe do Seminário Permanente de Educação Popular - SPEP/UNIJUI; e as atividades junto ao Núcleo Interuniversitário em Organização e Gerenciamento em Serviços de Saúde, o qual foi extinguido esse ano.

Esse último período, quanto a realização de eventos científicos, vai ser atípico. O Encontro de Estudos de Nutrição é promovido nos dois anos, o que já não ocorre com o Encontro de Estudos de Enfermagem e, principalmente, com o Seminário Regional de Saúde.

O ano de 1990 é especialmente complicado para o Departamento. Primeiramente, ocorreu a reestruturação administrativa interna da Universidade, que introduz uma nova dinâmica na vida acadêmica, principalmente quanto à participação no processo decisório⁽¹¹⁸⁾. Em segundo lugar, a crise pela qual passa o Departamento, que se revela na sua quase inoperância no meio extra-muros e na efetiva falta de qualquer proposição sólida para a área da extensão e pesquisa, sem contar ainda com os problemas identificados na área do ensino.

Esses fatores, agregados a um terceiro, vão determinar a não ocorrência do Seminário Regional de Saúde nesse ano. O terceiro fator é a falência da proposta político-pedagógica desses Seminários, os quais perdem a dimensão de ser um espaço de interlocução com outros sujeitos políticos, e, principalmente, de articulação política em

⁽¹¹⁸⁾ Os Diretores dos Institutos e a Reitoria criaram um fórum informal, denominado de "Reunião de Diretores". Esse fórum, não previsto estatutariamente, tornou-se o centro decisório mais importante da Universidade, o que gerou grandes debates sobre a sua legitimidade.

torno de determinadas proposições. Dessa forma, a não realização do Seminário explicita uma crise profunda na condução do projeto político-pedagógico do Departamento.

No ano seguinte, é realizado novamente o Seminário, cuja temática é a Municipalização da Saúde, debate esse inserido no contexto da realização na IX Conferência Nacional de Saúde, a qual ocorreria no ano seguinte⁽¹¹⁹⁾. Esse Seminário (VIII SRS) faz o Departamento, de certa forma, reencontrar a dinâmica do contexto da área da saúde, pois os municípios e as regiões pólos começavam a realizar seus Seminários para discutir e eleger delegados para a Conferência Estadual de saúde, a qual retiraria delegados do Estado para participar da Conferência Nacional de Saúde. O próprio Departamento, enquanto sujeito político, participa como Delegado nas duas Conferências.

Nesse período uma outra experiência que tem seu início é o Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Esse fórum nasceu da necessidade de debater-se o ensino da enfermagem no Rio Grande do Sul⁽¹²⁰⁾. A partir de 1990, as coordenações de curso e as direções de Escola passaram a reunir-se sistematicamente. A ação mais concreta que derivou desses encontros foi a formalização da proposta de realizar-se encontros de docentes de enfermagem por áreas específicas. A partir de então, foram realizados, nos dois anos seguintes, Encontros de Docentes de Enfermagem, dos quais o Departamento participou através dos professores do Curso de Enfermagem. Os encontros promovidos pelo Fórum dos Coordenadores de Cursos de Enfermagem do Rio Grande do Sul ocorreram nas áreas de Fundamentos de Enfermagem, de Administração, Saúde Pública e de Centro Cirúrgico.

⁽¹¹⁹⁾ Esse Seminário foi, segundo a Comissão organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde, o primeiro fórum a discutir essa Conferência no Rio Grande do Sul.

⁽¹²⁰⁾ Na verdade, as primeiras articulações ocorreram durante o Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro, realizado em novembro de 1989 em Niterói, Rio de Janeiro.

Na área de intercâmbios, o fato mais importante desse quarto momento é o início do processo de integração entre a UNIJUI e a Universidade Nacional de Misiones - UNAM - da Argentina⁽¹²¹⁾. Embora nesse quarto período a integração com a UNAM é ainda bastante incipiente, a área da saúde participa de alguns encontros com vistas à identificação de áreas potenciais de atuação conjunta, visando também à formalização do convênio entre as partes. Mesmo nesse período incipiente, a área da saúde promove um curso em Ijuí com professores da Argentina. Esse curso - “Aportes da Didática e Psicologia Social” - é o marco inicial da integração entre essas duas instituições na área da saúde.

Outro evento promovido nesse período foi a “I Jornada de alimentação institucional”, a qual foi promovida pelo Curso de Nutrição.

Quanto aos novos cursos, o Curso de Auxiliar de Enfermagem vai passar por dois momentos distintos. A instalação da primeira turma em 1989 vai transcorrer sem grandes dificuldades, com a turma e o próprio Departamento avaliando o Curso com otimismo e como experiência exitosa. Contudo, no segundo ano, o curso encontra algumas dificuldades, principalmente quanto a seu financiamento. O custo por aluno, em função da inclusão entre o quadro de professores docentes do Departamento, aumentou significativamente. A suspensão da realização do Curso não aconteceu devido ao convênio assinado entre Hospital de Caridade de Ijuí - HCI - e a FIDENE. O HCI, a partir de então, passa a subsidiar o Curso, em função de seus interesses na formação de auxiliares de enfermagem, visto que estava expandindo sua área física e necessitava de novos profissionais, bem como, através do Curso, oferecia a possibilidade de reciclagem para

⁽¹²¹⁾ A UNAM, com sede em Posadas, área fronteiriça com o norte do Rio Grande do Sul, é mais próxima de Ijuí do que qualquer Universidade Federal instalada no RS.

seus funcionários, os quais passam a ter então a formação mínima para atuar na assistência à saúde

No ano seguinte - 1991 -, superadas essas adversidades, o Curso desenvolve-se em grande ritmo, de tal forma que tiveram início duas turmas naquele ano, o que, dessa forma, consolida a experiência do Departamento na formação de recursos humanos de nível médio para a área da saúde.

Se o sucesso na formação de profissionais de nível médio pode ser percebido nesse período, o mesmo não pode ser dito do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública. Por falta de apoio da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado e dos órgãos financiadores (FAPERGS, CAPES etc), a dependência de docentes de outras instituições e a crise da Municipalização da Saúde no Rio Grande de Sul, o Curso não foi realizado no ano de 1990. É somente no final do ano seguinte que uma nova turma inicia o II Curso de Pós Graduação em Saúde Pública, o que foi possível pelo apoio dado pela CAPES.

Sem dúvida, o fato mais importante desse quarto e último período da trajetória do Departamento de Ciências da UNIJUI é a elaboração do Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS. Este se projeta não apenas como uma possibilidade de rearticulação interna das práticas do Departamento em todas as áreas, mas também como o instrumento capaz de redirecionar o próprio DCSa, a partir da construção de linhas claras de intervenção na pesquisa e na extensão, principalmente.

Pretende, por outro lado, dotar a área da saúde da UNIJUI com metodologia de trabalho que garanta a avaliação e a sistematização de suas práticas, na perspectiva da construção de conhecimento e do reordenamento do conjunto de suas ações.

A descrição e análise do conjunto das proposições desse Programa não se faz aqui necessária. Contudo, achamos que é importante discuti-lo em síntese, pois se revela como um dos elementos importantes deste quarto período.

O PRIS, como dito antes, nasce mais pela necessidade da definição dos grandes programas da Universidade, do que pela necessidade sentida no interior do próprio Departamento. Nesse sentido, o DCSa é convidado a elaborar um dos quatro grandes programas prioritários da UNIJUI. Aceito o desafio, elabora-se o Programa que é, ao mesmo tempo, resultado das práticas da área da saúde no campo do ensino, pesquisa e extensão e produto de reflexão crítica sobre elas.

Em primeiro lugar, o Programa tem como ponto básico o estabelecimento de um processo dialógico entre os conjunto dos atores que atuam e interagem na área da saúde, pois “... somente [com] um processo de interrelação e intercomunicação entre os atores é que conseguiremos avançar em nossa compreensão da saúde e conseqüentemente na forma de operacionalizá-la...” (UNIJUI/DCSa/PRIS, 1991: 04).

Isso não significa desconhecer a diversidade dos interesses dos sujeitos do processo, ao contrário,

“Esse consenso, provisório e histórico, é possível pelo tangenciamento da ação política pelo senso ético que respeite, acima de tudo, um projeto de sociedade justa e democrática. Isso não significa ignorar as profundas contradições de uma sociedade de classes. Porém, como os atores envolvidos no processo social da saúde têm necessariamente que intercomunicarem-se, temos que encontrar formas possíveis de estabelecimento de diálogo e, a partir de então, viabilizar a construção de entendimento para uma ação integrada.” (UNIJUI/DCSa/PRIS, 1991: 31).

O Programa pretende, dessa forma, apresentar o Departamento como um espaço de interlocução dos diversos sujeitos envolvidos no processo da saúde, com a finalidade de avançar no processo de municipalização da saúde.

O espaço privilegiado de ação do PRIS é o município, através das Secretarias Municipais de Saúde e, principalmente, dos Conselhos Municipais de Saúde. Nessa perspectiva o PRIS coloca o Departamento numa arena política, num espaço de discussão de distintos projetos na área da saúde.

A intervenção na área da saúde tem por pressupostos algumas categorias teórico-metodológicas fundamentais. A primeira delas é a “realidade imediata”, ou seja, a realidade social, política e cultural, no qual se estabelecem as relações sociais. Outra categoria é de “ator social”, ou seja, indivíduos, grupos, instituições que atuam na realidade concreta, norteados por projetos, os quais articulam seus interesses. A realidade concreta e os atores sociais tornam a área da saúde um campo social contraditório, conflitivo.

Outra categoria fundamental é a de “diagnóstico participativo”, apresentada como metodológica, como instrumento de verificação dessa realidade contraditória. A diversidade de interesses emergentes na realidade concreta vai ser apreendida enquanto pluralidade de visões de mundo através do diagnóstico “polifônico, no qual o conjunto dos sujeitos participam e constroem o conhecimento, que é também o próprio cenário no qual está imerso o campo da saúde.

A partir desse diagnóstico plural, seriam estabelecidas “prioridades” e se articulariam “ações integradas”, as quais implicariam em certos “impactos” sobre a realidade em que se atuou.

A possibilidade de verificação desse processo como de geração de conhecimentos ocorreria pela introdução de dois mecanismos: a “avaliação processual” e a “sistematização das práticas”. Assim, o processo implementado poderia ser apreendido, analisado e retroalimentado.

Do ponto de vista interno do Programa, é prevista a criação de “Núcleos Permanentes de Estudos”. A partir desses Núcleos seriam criadas linhas de pesquisa e formadas equipes de trabalho, as quais teriam por tarefas produzir conhecimentos relativos ao tema gerador dos Núcleos⁽¹²²⁾ e participar do processo de capacitação dos trabalhadores da saúde, uma das áreas prioritárias de ação (capacitação do corpo técnico-dirigente do sistema público de saúde).

Por fim, o Programa propõe uma série de ações com vistas à capacitação do próprio corpo docente do Departamento, principalmente o fomento a habilitar através do estímulo à formação de pesquisadores (mestres e doutores).

No final do ano de 1991, o Grupo de Trabalho⁽¹²³⁾ realiza uma avaliação das atividades. Essa avaliação (GT/PRIS: 1991) apontava para as seguintes questões: os professores que formavam o GT/PRIS não o tinham como atividade prioritária, visto que possuíam outras atividades alocadas em suas “fichas de trabalho”, principalmente na área do ensino; a proposição do PRIS se constituía num desafio muito grande para o grupo, exigindo clareza teórica, unidade metodológica e planejamento preciso da ação do grupo; existiam diferenças conceituais entre os integrantes do grupo, observando-se “discussões acaloradas”, que por certos momentos refrearam a sua ação; a coordenação colegiada do GT/PRIS dificulta o empenho político maior do grupo, diluindo as responsabilidades.

Dentre as atividades realizadas pelo GT/PRIS, destacam-se: discussão e reelaboração do texto do PRIS; apresentação e discussão do Programa junto a professores da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; elaboração e assinatura de convênio de cooperação técnico-científica com a ENSP/FIOCRUZ, com vistas à realização de

⁽¹²²⁾ Na criação do PRIS, se previa a estruturação de dois Núcleos de Estudos: O Estado como formulador de políticas sociais e particularmente de políticas de saúde; e Estudo, acompanhamento e avaliação da municipalização da saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde.

⁽¹²³⁾ GT/PRIS - Grupo de Trabalho do Programa Regional Integrado de Saúde, que passou a atuar em 17 de setembro de 1991, foi inicialmente constituído por três professores do Departamento de Ciências da Saúde.

assessorias técnicas às atividades do PRIS - principalmente dos Núcleos de Estudos - e fomento ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública (CONCURD/ENSP)^(*), que passa agora a ser uma atividade ligada ao PRIS.

5.5 Algumas Sínteses a Partir da Periodização da Trajetória do Departamento de Ciências da Saúde

Podemos observar que na trajetória do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI verificam-se várias fases, que se distinguem em períodos distintos de sua história.

A idéia da constituição da área da saúde da Universidade surge em um momento histórico da Região, quando é visível um processo de embate político-ideológico bastante intenso no campo da saúde. As primeiras investidas para a resolução dos problemas verificados tiveram por objetivo transplantar para Ijuí um modelo de assistência à saúde experimentado em Porto Alegre. Devido à fragilidade das condições político-institucionais, essa idéia não foi bem sucedida. Dela resultou, contudo, um grande aprendizado: os atores políticos da Região deveriam por suas próprias capacidades e recursos gerar aqui mesmo alternativas exequíveis para o enfrentamento dos problemas da área da saúde.

Esse aprendizado, aliás, foi talvez a primeira grande contribuição dos imigrantes europeus, que no final do século passado povoaram essa Região. Excluídos das prioridades governamentais e, portanto, sem o acesso às políticas redistributivas do

^(*) Coordenação dos Cursos Descentralizados em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

Estado, os imigrantes tiveram que construir basicamente toda a infra-estrutura sócio-cultural, provendo a Região com Escolas, Igrejas e Centros Comunitários, responsáveis por sua reprodução etno-cultural. É nesse contexto, inclusive, que surge a própria idéia de construir-se na Região o Ensino Superior. Assim, na área da saúde, a Região foi compelida a gerar suas próprias alternativas.

A criação da Escola de Enfermagem de Ijuí dá início às atividades da UNIJUI no campo da saúde. Ela é responsável pela experimentação teórico-metodológica que acontece na área do ensino, da pesquisa e da extensão. É no seio da EEI que nascem os grandes programas de extensão.

Contudo, como vimos, esses programas de extensão tiveram a sua dimensão prática bastante desenvolvida, em detrimento de um processo crítico-reflexivo de caráter teórico. Esse processo poderia ter sido desencadeado pela realização de pesquisas que resultassem na publicação de artigos, textos etc.

A esse fato chamamos de “esquecimento da pesquisa”. Podemos verificar, contudo, que não se trata pura e simplesmente de um esquecimento. Trata-se, a bem da verdade, de dificuldades de ordem crítico-metodológica do grupo do DCSa de realizar um movimento sistemático de crítica às práticas, na perspectiva de analisá-las e reordená-las.

Essas “falhas” podem ser minimizadas ou mesmo justificadas, se considerarmos o grande número de atividades implementadas em um pequeno período de tempo, o número relativamente pequeno de docentes do Departamento, a inexistência de infra-estruturas de suporte à pesquisa, aos escassos recursos de todas as ordens, especialmente materiais e humanos, e a inexistência de lideranças internas capazes de despertar no grupo a imperiosa necessidade da produção sistematizada de conhecimentos.

Pudemos observar, por outro lado, que essa baixa criticidade frente às práticas é verificada em toda a trajetória do DCSa. A implementação dos principais programas e projetos do Departamento, em todas as áreas, não foi acompanhada por um processo sistemático de avaliação. Isso pode ser constatado, por exemplo, nos currículos dos Cursos de graduação, que continuaram praticamente os mesmos desde o início dos Cursos até os dias de hoje⁽¹²⁴⁾.

Esse processo permanece inalterado praticamente até o final da década de 80. O término dos grandes programas de extensão, principalmente, levou o grupo de docentes do Departamento a construir respostas aos questionamentos de ordem política, teórica e ideológica. Dessa forma, inicia um tênue processo de compreensão do porquê das práticas de extensão estarem diminuindo e no que implicava a não realização de pesquisas.

Nesse momento, toma-se a decisão de buscar compreender essas dificuldades para além das avaliações de caráter intuitivo realizadas nas reuniões de Departamento. Decide-se então promover um processo de auto-investigação: do ponto de vista histórico, quais foram as principais ações executadas ou promovidas pelo DCSa; que linhas teóricas orientam o grupo; que avaliação fazem os alunos e os professores; como é possível qualificar as práticas de ensino.

Embora esse processo não tenha concretamente gerado nenhum produto palpável, seu mérito maior pode ser visto na tomada de consciência das dificuldades de operacionalização do projeto político-pedagógico do DCSa, o qual havia perdido seus contornos.

⁽¹²⁴⁾ Embora os Cursos não tenham se constituído em análise particular dessa Pesquisa, podemos observar que as grades curriculares pouco se alteraram. As mudanças mais significativas ocorrem com o fracionamento de disciplinas (de 120 h/a para 60 h/a) e a mudança na semestralização. Ocorreu também alteração de nomenclatura das disciplinas, sem contudo, se verificar mudanças significativas no ementário e nos conteúdos.

A partir de então, o grupo passa a conviver no cotidiano de seu trabalho com esses interrogantes e algumas alternativas conseguiram ser geradas. A elaboração do Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS - foi o primeiro esboço de uma possível transformação radical do processo de condução das práticas do Departamento.

Esse programa, na verdade, dota o Departamento com metodologia de trabalho que visa o ordenamento de sua ação didático-pedagógica. A construção desse Programa, juntamente com a capacitação continuada do quadro de docentes, através da formação de mestres e doutores, se consubstancia em ingredientes fundamentais para a reconstrução do projeto político-pedagógico da área da saúde da UNIJUI.

CONCLUSÕES: A BUSCA DE SÍNTESES

Nesse capítulo final, não pretendemos produzir um conjunto de conclusões cabais. Durante o processo de investigação da trajetória da UNIJUI no campo da saúde e seu relato e análise nesse trabalho, já apresentamos um conjunto bastante diversificado de conclusões parciais.

Nesse momento, buscaremos responder algumas questões problematizadoras, as quais nos motivaram a realizar esse estudo e foram apresentadas na condição de “hipóteses de investigação”.

As hipóteses construídas ainda na fase de elaboração do Projeto de Pesquisa (PASCHE, 1993: 32/5) continham e refletiam o conhecimento prévio que tínhamos em relação ao objeto de estudo. No desenvolvimento da pesquisa, algumas delas foram relativizadas e outras surgiram como resultante de um processo contínuo de produção de conhecimento, visto que a aproximação com a problemática investigada tornou-se mais intensa.

A dificuldade no estabelecimento de hipóteses, ocorreu, além da natureza qualitativa da pesquisa, também, em função de alguns problemas, como, por exemplo, a delimitação precisa e clara do objeto de pesquisa. Desde o início da formulação deste até

sua concretização, vários momentos e processos de reflexão foram necessários. Mas foi, definitivamente, o processo de Defesa de Projeto^(*) o momento mais rico e elucidador.

Até então, entendíamos como objeto central da pesquisa o Departamento de Ciências da Saúde, o que, sem dúvida, constituía-se em tentativa de “coisificar” o nosso problema. Após os debates com a Banca de Qualificação^(**) e das discussões com a orientadora, emergiu como problemática a inserção da UNIJUI no campo da saúde. As dificuldades de construção do objeto interferiram, dessa forma, na formulação de hipóteses e na própria definição dos métodos de trabalhos.

Apareciam ainda como problemas acessórios a amplitude da pesquisa e a própria delimitação das categorias de análise. Enfim, perguntava-me constantemente como e quando seria construído o processo de investigação propriamente dito. Contudo, alertava-me a Professora Solange L'Abbate que, de antemão à pesquisa empírica, não conseguiríamos definir todos os passos metodológicos. O processo de “garimpagem” com o material primário iria indicar, também, os caminhos mais precisos.

Relutava a essa sábia sugestão de quem já era doutor em pesquisa, porque dela prescindiam caminhos concretos. Assim, lutando com meus próprios vícios positivistas, fui traçando o percurso de construir a pesquisa, construindo seus próprios caminhos. Para tanto, bastava-me a vigilância crítica sobre o processo de trabalho implementado.

Grato aprendizado. Como dizia a professora Solange L'Abbate, para meu ouvido incrédulo: o “material empírico fala!”. E mais tarde eu descobri: e como fala.

Dessa forma, a própria construção de sínteses, a título de capítulo conclusivo, vai seguir esse caminho metodológico tortuoso. Não nos importa agora,

(*) A Defesa do Projeto, ou “Qualificação”, aconteceu em dezembro de 1993.

(**) A Banca foi composta pelos professores Dr. Everardo D. Nunes; Dr. Emerson E. Merhy e pela professora Dra. Solange L'Abbate, orientadora da pesquisa.

apenas, fechar e checar todos os interrogantes levantados, principalmente os que não foram produzidos como hipóteses. É importante, contudo, responder, mesmo que minimamente, algumas questões que julgamos cruciais.

Assim, recuperando as hipóteses levantadas, tentaremos dar conta de quatro questões. Primeiro a problemática da não reelaboração teórica das bases conceituais do Departamento, ou seja, a não incorporação, como substrato teórico, de concepção de processo saúde/doença a partir da categoria “determinação social”, nas práticas executadas pelo DCSa. Dizíamos, através das hipóteses, que o DCSa foi capaz de atualizar suas matrizes teóricas orientadoras, sem contudo elas interferirem de maneira substantiva nas práticas executadas, transformando-as.

Em segundo lugar, a interferência da ação do DCSa junto ao Sistema Local de Saúde, principalmente quanto ao direcionamento de suas práticas.

A terceira questão é referente à ação estratégica do Departamento em relação à “construção de sujeitos políticos”, ou seja, as práticas implementadas que tinham como perspectiva a constituição de sujeitos com capacidade de intervenção política nos espaços públicos de poder no campo sanitário.

Por fim, a necessidade de ampliação no quadro de cursos de graduação oferecidos, na perspectiva de aprofundar o processo de reflexão sobre as práticas implementadas, tendo em vista o aumento do número de membros participantes do Departamento e suas distintas formações, que significam diversas abordagens e perspectivas de atuação sobre a área da saúde.

As quatro questões levantadas são de difícil comprovação empírica, porque, além de qualitativas, possuem aspectos eminentemente abstratos. A primeira e a última referem-se a uma perspectiva interna do DCSa e dizem respeito ao enfrentamento de

questionamentos de ordem epistemológica e de perspectiva de futuro, o que, sem dúvida, consubstancia-se em duas questões bastante complexas.

A segunda indagação é a mais difícil de responder, pois implica em verificar os impactos da atuação do DCSa no sistema local de saúde. Quanto a essa pergunta, poderemos realizar apenas generalizações, visto que necessitaríamos de pesquisa própria para dela dar conta. Contudo, ela dimensiona a perspectiva de constituição do DCSa enquanto um ator político.

O terceiro questionamento trata de um objetivo explícito da ação política do Departamento: constituir agentes (aliados) com capacidade crítico-reflexiva, capazes de defender as teses fundamentais do processo de reforma sanitária. Nessa questão importamos, do ponto de vista argumentativo, verificar as práticas e suas estratégias de consolidação desse objetivo. Portanto, não nos importa qualquer dimensão quantitativa.

- A problemática da reelaboração das matrizes teóricas do DCSa

Em relação à problemática do dissenso entre teoria *versus* prática na ação político-pedagógica do Departamento de Ciências da Saúde, já afirmamos anteriormente que ela tem um caráter paradoxal.

A matriz teórica original da antiga Escola de Enfermagem de Ijuí é bastante visível, e o conjunto de suas práticas permitem identificá-la com facilidade. O paradigma da medicina comunitária, no período inicial do DCSa, constituía-se no ponto de referência a todas as ações. No campo da extensão, direcionavam-se a comunidades pouco assistidas

e pobres, no intuito de dar conta de um conjunto de demandas sociais, identificadas como necessidades (ou carências).

Essas necessidades, contudo, permaneciam circunscritas a uma determinada comunidade, a qual se constituía em uma micro-sociedade, responsável pela gênese de todos os problemas e pela produção de suas soluções.

Podemos perceber também, que a experiência com a Medicina Comunitária em Ijuí está um pouco distanciada temporalmente do *boom* dessas experiências no País, que acontecem em meados da década de 70, como por exemplo em Paulínia, São Paulo, e Montes Claros, Minas gerais, duas das mais importantes experiências implementadas no Brasil (MACHADO, 1994:24; MENDES, 1993: 27).

Contudo, havia um movimento político-institucional na região de Ijuí que data do mesmo período de execução das experiências de medicina comunitária no resto do País. Foi o movimento pela implantação do Projeto de Medicina Comunitária pela FIDENE e COTRIJUI. Porém, devido a um conjunto amplo de dificuldades, que já relatamos, o Projeto não foi implementado. Dessa forma, não podemos localizar a experiência de Ijuí como anacrônica. Seu “atraso histórico” se deve a circunstâncias históricas de ordem político-institucional.

O atraso na implementação de proposições, tendo como base o Paradigma na Medicina Comunitária, fez com que ela coincidisse temporalmente como um período de transição conceptual bastante importante no campo sanitário brasileiro. A constituição de um forte Movimento Sanitário (MENDONÇA & FLEURY, 1989: 214/19) já na década de 70 e, com a fundação, entre outras, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO -

em 1979, pautou-se a necessidade de transformar o sistema de saúde brasileiro, indicando o caminho da Reforma Sanitária⁽¹²⁵⁾. (FLEURY, 1988: 195/206).

Em poucos anos, esse movimento de caráter reivindicatório e político se transforma em um espaço de fomento à produção teórica sobre questões de saúde. O modelo da medicina comunitária, espelhada em experiências norte-americanas, sai de cena, para tornar-se apenas coadjuvante. Experiências de países que passaram por um processo de reforma sanitária, especialmente a Itália, passam a constituir-se no grande modelo orientador, na referência maior. (MENDONÇA & FLEURY, 1989: 206).

Os anos finais da década de 70 e o início dos anos 80, em especial após o pleito eleitoral de 1982, quando são eleitos em todo Brasil inúmeros prefeitos municipais identificados com o processo de mudança de redemocratização do país, várias experiências no campo sanitário são executadas, dando início, por assim dizer, ao processo efetivo de municipalização da saúde, tendo por base as “doutrinas da reforma sanitária”.

Um conjunto de experimentações no campo da prática sanitária permanece até os dias de hoje. Foram alteradas, contudo, as bases políticas, ideológicas e jurídico-legais do processo. Nesse caminho percorrido, vários centros de excelência em inúmeras universidades brasileiras foram constituídos na área da saúde coletiva. Foram criados cursos de pós-graduação em diversos níveis, e neles formaram-se um cem números de sanitaristas, mestres e doutores em saúde coletiva, nas mais diversas áreas temáticas.

A experimentação no campo das práticas sanitárias, a implementação de processos de gestão democrática da saúde e a produção teórica de origem acadêmica, instituiu ao Movimento Sanitário um papel de sujeito político com capacidade de exercício de cidadania. A atuação maior desse “novo sujeito” é colocada em prova com a eleição em

⁽¹²⁵⁾ Nesse sentido, ver também as críticas formuladas por GASTÃO W. CAMPOS ao movimento da reforma sanitária, IN: BERLINGUER, 1988: 179/94.

1986 do Congresso Constituinte, quando se vivencia um dos mais importantes embates político-ideológicos no processo de Reforma Sanitária Brasileira.

O processo de elaboração da Constituição Nacional, arrastado por quase dois anos, constituiu-se em período de maior legitimidade do Movimento Sanitário Brasileiro e em um dos poucos momentos em que se configurou um movimento de forte organização e mobilização popular a nível nacional tendo por motivo básico questões de saúde. Nesse período, o “novo sujeito” obtém diversas vitórias no plano político, ideológico e jurídico.

Apesar do processo da *reforma sanitaria* italiana já ter sido assinalado como insuficiente, pois avanços apenas na ordem jurídico-legal⁽¹²⁶⁾, o processo político-institucional para a implementação da reforma sanitária brasileira, pouco avançou em outros terrenos, pois imaginava-se que a luta mais importante era garantir-se na Lei Maior os preceitos orientadores de um novo sistema de saúde. Membros e militantes do Movimento Sanitário que ousavam discutir essas questões sofriam duras críticas⁽¹²⁷⁾.

Muitas das proposições reformistas foram vitoriosas e transformaram-se em leis ordinárias. Contudo, nos dias de hoje, o documento mais importante do campo sanitário é a chamada “Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (GED/MS, 1993)⁽¹²⁸⁾. Isso demonstra, em certa medida, que as dificuldades de implantação de um sistema de saúde “em defesa da vida” ainda persistem.

⁽¹²⁶⁾ CRISTINA POSSAS, citando GIOVANNI BERLINGUER, diz que “... não basta uma lei do Estado para melhorar a saúde dos cidadãos (...), é necessário ir bem mais além da conquista na Constituinte ou na legislação ordinária posterior: é necessário assegurar que a Reforma Sanitária se constitua como espaço privilegiado de luta, capaz de transformar não apenas os serviços de saúde, numa perspectiva assistencial, mas as próprias condições sociais que determinam os padrões de morbimortalidade.” (POSSAS, 1988; IN: BERLINGUER/et al., 1988: 08).

⁽¹²⁷⁾ Nesse sentido, a polêmica (acadêmica) travada por GASTÃO W. S. CAMPOS e SÔNIA T. FLEURY é bastante ilustrativa. Para maiores detalhes ver: CAMPOS (IN: BERLINGUER), 1988: 179/94 ; FLEURY, 1988: 25/7; e CAMPOS, 1988: 07/13.

⁽¹²⁸⁾ Vide *Saúde em Debate*, 1993 (38): 04/17.

Esse rápido panorama que traçamos quis apresentar o processo de mudanças dentro do próprio movimento sanitário brasileiro, para compará-lo com a ação político-institucional do DCSa.

O DCSa permaneceu executando projetos de saúde comunitária até o ano de 1988, quando findou, no início do segundo semestre, o Projeto EZE. Nesse mesmo ano, em outubro, é promulgada a Constituição Federal, a qual contém uma série de modificações de ordem conceitual e jurídico-legal, resultantes, em última instância, de novas concepções no plano político-teórico do campo sanitário, pautadas pelo grupo de renovação (Movimento Sanitário), e de lutas políticas deste com grupos do setor privado nacional e internacional.

A concomitância entre novas concepções no campo sanitário e a implementação de práticas de cunho ainda comunitário pelo DCSa indica que a defasagem temporal entre as proposições do Departamento e o contexto sanitário nacional, identificada já no início da experiência da Escola de Enfermagem de Ijuí, permanece por quase toda a década de 80.

Esse panorama, porém, começa a ser modificado a partir de 1989, com a implementação do Curso de Especialização em Saúde Pública. Este materializa a entrada em cena do DCSa no processo de reforma sanitária através da formação de sanitaristas. É importante registrar também que, no ano anterior - 1988 -, o VII Seminário Regional de Saúde tem por tema central a Reforma Sanitária.

Contudo, conforme dissemos anteriormente, a relação teoria-prática no DCSa é contraditória, na medida em que se percebe, mesmo que intuitivamente, avanços quanto ao entendimento do processo político em que está inserido o campo sanitário, sem que isso promova impactos sobre as práticas acadêmicas. Ao mesmo tempo em que o

DCSa fomenta atividades de caráter “comunitário”, não conseguindo ultrapassar os limites teórico-metodológicos dessa proposta, dá início, já em 1983, a um processo de intervenção política no campo sanitário local.

Esse processo tem seu início com a criação da Comissão Interinstitucional de Saúde do Município de Ijuí - CISMI -, precursora do Conselho Municipal de Saúde^(*). O significado maior dessa empreitada constitui-se na arregimentação de forças políticas capazes de impor ao Município uma nova possibilidade de pensar e estruturar seu campo sanitário.

Sabemos, pelos relatos que fizemos anteriormente, que esse processo teve grandes dificuldades e sofreu duros embates políticos. Contudo, instituiu novas relações de poder na área da saúde de Ijuí. A culminância desse processo vai ocorrer em 1986, quando o DCSa, assume a vice-coordenação da Comissão local de saúde.

O caminho percorrido na composição de força política para tomada de poder na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, denota uma nova posição do DCSa frente à problemática da saúde: a consideração da questão do poder.

Porém, esse processo de embate no campo político não instituiu nenhum movimento interno de investigação ou de produção teórica. Aliás, essa é uma peculiaridade da área da saúde da Universidade: vivenciar, promover, implementar processos bastante interessantes e não analisá-los teórica e criticamente.

Esse é, talvez, o principal entrave metodológico da área da saúde da UNIJUI. A não implementação de processos crítico-reflexivos sobre as práticas impossibilita a sistematização de experiências e, conseqüentemente, a superação de limites

(*) Cabe lembrar que a CISMI é criada no 1º Seminário Regional de Saúde.

e dificuldades. Contudo, a pergunta que deve ser feita agora é sobre os motivos que determinaram essa não produção teórica sobre as experiências executadas.

Não queremos nos estender em demasia sobre essa problemática. Porém, parece-nos que duas questões são importantes na sua determinação. A primeira delas é a forma de gestão de recursos humanos na FIDENE/UNIJUI. A Universidade por constituir-se em uma instituição de médio porte⁽¹²⁹⁾, auto-definida como pública não-estatal e comunitária, ou seja, uma instituição privada, tem adotado uma lógica administrativa bastante diferenciada do conjunto das instituições privadas de ensino superior.

Auto-gerida pelo conjunto dos membros da comunidade acadêmica, a UNIJUI tem adotado como meta a manutenção de um quadro de professores em regime de trabalho tempo-integral, fomentando, com recursos próprios, a capacitação e atualização de seu quadro de docentes.

Essa política implica em derivações internas importantes. O caráter privado determina a busca constante do equilíbrio financeiro, pois não existe um Estado provedor de recursos^(*). Para prover os recursos, três medidas têm sido implementadas: cobranças de anuidades aos alunos; captação de recursos através de projetos de pesquisa e extensão e prestação de serviços e, concomitantemente, a otimização do quadro de professores.

Essa otimização dos recursos humanos ocorre pelo estabelecimento de política de controle das atividades do professor através da atribuição de carga de trabalho por um Sistema de Créditos, conforme já descrevemos.

⁽¹²⁹⁾ Hoje a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul possui 22 cursos de graduação, vários cursos de especialização e dois cursos de mestrado. O total de alunos situa-se em torno de 6.000 estudantes. O corpo técnico-docente consta de 358 funcionários e de 430 professores.

^(*) Até meados da década de 80, os repasses de recursos do Estado eram significativos. A partir da década de 90 eles inexistem. A única forma de contribuição do Estado ocorre de forma indireta, através da política de Crédito Educativo Federal.

Essa política exige que cada professor assuma um grande volume de atividades ligadas, principalmente, diretamente ao ensino. Assim, os docentes estão permanentemente lecionando várias disciplinas, o que, em tese, lhes impossibilita o exercício do “ócio acadêmico”, fundamental para a produção intelectual.

Dessa forma, coexistem duas distintas racionalidades administrativas na UNIJUI. A primeira de que ela é uma instituição acadêmica e, portanto, tem por função de ofício produzir conhecimento. Para a produção de conhecimento, contudo, a lógica da administração de empresas, concebida a partir da lógica taylorista, não funciona, porque tenta, sempre, restringir o “tempo livre” do professor.

Em segundo lugar, a UNIJUI é uma instituição que necessita prover seus próprios recursos, e, para tanto, é necessário contar “com a colaboração” do conjunto da comunidade acadêmica, o que significa, em outras palavras, executar a mais-valia. Como se pode perceber, existe uma tensão latente entre essas racionalidades, as quais estão em permanente conflito.

O resultado desse processo tem sido, invariavelmente, a pouca produção teórica, problema esse que perpassa o conjunto das unidades acadêmicas da UNIJUI. Foi somente com empenho e criatividade que esse quadro começou a ser revertido^(*), sem contudo atingir o Departamento de Ciências da Saúde.

Por outro lado, outro determinante da pouca produção teórica é a qualificação do quadro de docentes. O DCSa opera, nesse período investigado, basicamente com professores especialistas. É somente no início da década de 90 que os primeiros mestres ingressam em seu quadro de docentes. Esse fato torna-se mais

(*) Vários Departamentos têm produzido projetos com o Estado e instituições não-governamentais para viabilizar a produção de conhecimento. Essa política tem sido, em certa medida, bastante exitosa, fazendo com que a Editora da Universidade se transformasse em uma das maiores editoras acadêmicas do Rio Grande do Sul em volume de produção e publicação de títulos novos.

problemático, quando verificamos que um bom número de professores que passaram a ser docentes eram “prata da casa”.

Assim, foi estabelecido um processo de características xenofóbicas. Os primeiros professores, com formação tradicional, formaram os demais professores na perspectiva da medicina comunitária. Os professores, em seu conjunto, permanecem mais de uma década executando atividades sem realizar cursos de pós-graduação, ou seja, foi instalado um processo interno de não vigilância crítica. Aqui fica bem claro que a dimensão prática (o fazer), apenas, não dá conta do complexo processo de produção de conhecimento. Já diziam os marxistas: “não há revolução sem teoria revolucionária”. Faltou, dessa forma, ao DCSa a dimensão teórica.

Esse quadro, contudo, começa a ser alterado mediante à implementação de dois processos internos. O primeiro, como falamos há pouco, foi o fomento a uma política de capacitação de docentes⁽¹³⁰⁾, com a elaboração de um Plano Plurianual de Capacitação de Docentes, que estabelece prioridades na capacitação e indica um cronograma para os professores pretendentes.

O outro processo que indica caminhos para a superação das questões levantadas é a tomada de consciência da própria problemática das dificuldades teórico-metodológicas do conjunto das proposições do Departamento. No início dos anos 90, o corpo tecno-dirigente elege como prioridade a investigação da ação do próprio Departamento. Esse processo culmina na elaboração do Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS -, que emerge como um programa orientador das ações político-pedagógicas do Departamento.

⁽¹³⁰⁾ Nos primeiros cinco anos da década de 90, o DCSa propiciou a realização de cursos de pós-graduação a nível de mestrado a dez professores, o que significa aproximadamente 40% de seu quadro efetivo de professores (20 e 40 horas). Em 1995 dois professores encontram-se realizando doutoramento.

Cremos que as perspectivas de futuro para o Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI passam pela consecução dessas duas estratégias. Contudo, outra questão fundamental deve ser acrescida a esta: a tomada de consciência de que o DCSa, para execução de seu projeto político-pedagógico, necessita da ação sincronizada e uníssona de seus agentes internos. Com isso não queremos afirmar que existe a absoluta necessidade de unanimidade de interesses e projetos entre seus atores, ao contrário, a pluralidade é sempre uma necessidade. Estamos afirmando, contudo, que é imprescindível que se supere a ação acadêmica alienada.

Como já afirmamos anteriormente, é importante que cada agente interno compreenda a sua atividade como derivada de uma proposição maior, que é a proposta político-pedagógica do DCSa. A privatização de espaços coletivos, tão comum nas universidades de grande porte, se instalada nas pequenas e médias universidades, decreta o princípio de seu fim.

Finalizando a discussão quanto à primeira questão, queremos reafirmar que a implementação de um processo de postura crítico-reflexiva sobre as práticas implementada, é condição *sine qua non* para que ocorra congruência entre as bases teóricas e a prática. Esse é o caminho para a construção de uma práxis realmente transformadora.

- Interferência do DCSa junto ao Sistema Local de Saúde e a perspectiva de construção de sujeitos

A segunda e a terceira questões serão respondidas conjuntamente, ou seja, a ação do DCSa junto ao sistema local de saúde e a constituição de sujeitos políticos.

Na reconstituição da trajetória do DCSa, tentamos demonstrar que a criação da área da saúde da Universidade foi determinada pela convergência de um conjunto amplo de vontades políticas. Assim, desde o início de sua atuação, a Escola de Enfermagem de Ijuí teve uma vinculação orgânica com a problemática do campo sanitário regional.

A estruturação da área da saúde foi motivada, dessa maneira, para constituir-se em um espaço político para fazer frente ao projeto de saúde implantado no município e mesmo na região. Tentava-se, na mesma medida, demonstrar pela experimentação na área da extensão acadêmica, a exequibilidade das proposições que defendia, ou seja, da possibilidade de direcionamento das ações do campo sanitário para os interesses de um amplo conjunto da população, mesmo que para isso fosse necessária a instauração de um complicado processo de embate político.

A experimentação na área da extensão determinou ao DCSa a criação de grande parte das unidades de serviços de saúde existentes no município. Na área rural, antes da implementação dos projetos Aracy Cervis, Ford e EZE, não existia nenhuma estrutura, ou seja, a população era completamente desassistida.

A criação de serviços de saúde, a formação de agentes sanitários e a criação de associações de moradores, entre outros, são impactos que podem ser verificados concretamente. Quanto ao direcionamento das ações e dos deslocamentos de poder, sua percepção tem limites mais tênues.

Em relação ao primeiro, já afirmamos anteriormente que a Prefeitura Municipal de Ijuí, através da Secretaria Municipal de Saúde, ou congênere, não consegue dar seguimento aos projetos implementados pelo DCSa, principalmente em função de diferenças significativas de ordem teórico-metodológica.

As proposições adotadas pelo DCSa, que em geral envolviam processos de mobilização e organização social, constituíam-se em estratégia, na qual o poder público municipal tinha sua posição de agente político relativizada, visto que as bases sociais começavam a exercer um papel de sujeito, o que certamente complicava a negociação das demandas sociais.

Assim, quando o poder público municipal assumia os trabalhos, as atividades mobilizatórias e participativas eram sustadas, permanecendo apenas as ações restritas ao campo da saúde.

Outra questão que se verifica é a não participação orgânica da Prefeitura Municipal no processo de elaboração e implementação dos Projetos. Dessa forma, sua participação efetiva somente ocorria a partir do momento em que se definia o repasse dos trabalhos implementados para o poder público.

Apesar dessas dificuldades, é possível que o DCSa, através do conjunto de suas práticas, tenha influenciado na organização das práticas sanitárias do Município. Mas certamente a influência maior ocorreu através de sua participação na Comissão Municipal de Saúde.

Tanto na posição de gestor, como na de colaborador, o Departamento foi determinante, em alguns momentos, na organização do setor. Isso ocorria, segundo um dos entrevistados, porque

“A universidade por ser um lugar onde as pessoas têm por compromisso pensar, ler, estudar, aprofundar conhecimento (...) [e] é óbvio que os indivíduos dentro da Universidade conseguem pensar adiante daqueles que estão na prática do dia-a-dia.” (Entrevista 03, Médico: 30).

A influência da Universidade pode ser vista, por exemplo, no processo de elaboração do primeiro Plano Municipal de Saúde, quando foi adotada a estratégia de

propiciar a participação de todos os segmentos sociais interessados, os quais, após longos debates, aprovaram um Plano que, mais tarde, seria copiado por Comissões de toda região (Entrevista 03, Médico: 30). A metodologia utilizada na elaboração desse Plano foi sugerida pelo DCSa.

Contudo, apesar dessa “sensação” de ação determinante do DCSa junto ao Conselho Municipal de Saúde e, conseqüentemente, na organização sanitária do Município, alguns obstáculos para a sua sustentação são facilmente encontrados. O DCSa, enquanto constituinte da Universidade, sempre encontrou dificuldades para interagir de forma orgânica com o setor público na área da saúde. No início dos anos 80, por absoluta falta de organização sistemática do setor e pela fragilidade do processo incipiente de municipalização da saúde, os caminhos e as estruturas estavam completamente abertos e, mesmo, sequiosos pela ação do DCSa, que se constituía, então, enquanto sujeito formulador.

Nesse período inicial, o DCSa, com suas ações básicas de saúde e propostas simplificadas para o setor, conseguia dar conta do conjunto de demandas, através da elaboração de propostas de organização do setor sanitário, tornando-se, assim, um sujeito político de grande importância. Contudo, com a complexificação do processo de municipalização da saúde e o aumento das responsabilidades do município frente à gestão da saúde, começou a ocorrer um processo de capacitação crescente do quadro de profissionais do setor público, o qual, com a experiência do cotidiano e frente às dificuldades impostas pelo processo, superou em qualidade e quantidade a ação do DCSa.

O DCSa por sua vez, mesmo percebendo esse distanciamento, não teve forças suficientes para reverter o quadro, o qual necessitaria da dedicação maior de alguns

de seus docentes, o que na prática era inviável, ou a implementação de processos de investigação, para o qual não estava capacitado.

Da mesma forma, é bom que se diga, nem todos os docentes do DCSa estavam aptos a assumir os desafios de participar do processo de embates dentro da Comissão de Saúde. Em geral cabia aos sanitaristas essa tarefa, o que, na prática, detonava um processo de divisão interna do trabalho.

Assim, permanecia, de um lado, um grupo de docentes ligados à área da saúde coletiva, porta-vozes do Departamento nos embates que ocorriam na esfera pública, e um outro grupo - a maioria - ligado às áreas denominadas técnicas. Essa divisão, de certa forma, cindia a própria ação do DCSa, que não conseguia discutir internamente a problemática com o conjunto de docentes, fazendo com que suas posições não encontrassem o respaldo político necessário.

Por outro lado, quanto à constituição de sujeitos políticos pela ação do DCSa, podemos dizer que é possível a sua implementação pela realização de três tipos distintos de ação.

Primeiramente através da execução dos projetos de extensão. Em todos eles está incluso o objeto de “fomentar a organização popular”. Isso implica, entre outros, em um processo de gerenciamento e vontades coletivas através da aglutinação de vontades individuais. Indivíduos agrupam-se em função de necessidades e vontades comuns, que importa dizer, pela elaboração de projeto de ação. Essa é uma condição necessária para a identificação de sujeitos (conforme SADER, 1988).

A organização das comunidades, que participavam dos projetos de extensão, determinou o surgimento de novas lideranças e a ratificação daqueles já

existentes nas comunidades. A quase totalidade dessas lideranças tiveram importante papel na Comissão de Saúde do Município.

Por outro lado, também se constituía em motivo de ação a instauração de “processos de socialização de conhecimentos”. O repasse de informações e a sua aquisição por novos sujeitos sociais, em geral expropriados do direito ao acesso aos saberes, é outro elemento fundamental na caracterização de sujeitos com capacidade de intervir nos processos políticos de forma consciente e crítica.

Outra estratégia de construção de sujeitos políticos foram os Seminários Regionais de Saúde. Estes tiveram, em alguns momentos, papel importantíssimo em determinados embates políticos, aglutinando determinadas forças sociais, as quais constituíram-se em “coletivos de vontades”, porta-vozes plurais do processo de transformação da área da saúde na região.

Esses seminários, além disso, tiveram importante papel na construção de consensos no campo sanitário, assim como também, de vulgarização de um cabedal de conhecimentos até então restritos à academia.

Por fim, outra atividade importante de constituição de sujeitos aconteceu através da participação ativa do DCSa na Comissão Municipal de Saúde. Esse espaço público de debates e deliberações na área da saúde foi palco, nesse período, de grandes discussões, embates e confrontos. Nesse sentido, essa arena foi cenário de constituição de vários sujeitos, inclusive do próprio DCSa, que, pela interação com outros atores, determina a instauração de um processo de auto e mútuo conhecimento.

As relações políticas, subjetivadas pela ação de cada sujeito, permitiram nesse processo a consolidação institucional e ideológica de cada um dos agentes,

demarcando terrenos, campos de ação, aliados e adversários. A publicização de opiniões, vontades e desejos constituiu-se em laboratório de conhecimento do outro.

- A problemática da ampliação da área da saúde da UNIJUI

Por fim, responderemos a uma última questão: os desafios de ampliação da área da saúde da UNIJUI. No período investigado, podemos constatar inúmeras tentativas de ampliação do número de cursos oferecidos e, conseqüentemente, da ampliação do quadro de docentes.

A ampliação da área da saúde aconteceu, nesse sentido, de forma bastante razoável. Em 1980 verificava-se apenas a existência do Curso de Enfermagem e Obstetrícia. No final do período, além daquele, existia o Curso de Nutrição, de auxiliar de Enfermagem, de Medicina, e de Especialização e Saúde Pública.

O Curso de Medicina, porém, não foi implantado, apenas criado. Isso implicou que o universo de profissionais que compõem o DCSa permaneceu restrito desde 1981 a enfermeiros e nutricionistas. A ampliação do universo de intervenção do DCSa tem se constituído em desejo de seus docentes e dirigentes, e isso fica claro quando da discussão do curso de medicina.

A ampliação da área da saúde com a criação de novos cursos é percebida enquanto complementação do projeto político do DCSa. A criação do Curso de Medicina constituiu-se, no período em causa, na ação mais arrojada do DCSa. Arrojada por um lado, e aventureira por outro, visto que a sua criação tomou de súbito boa parte da comunidade interna e a totalidade dos agentes externos. A sua não implantação, devido à ação contrária

da corporação médica, entre outros, consubstanciou-se na maior derrota política do Departamento no período.

Derrota, porque a Universidade foi obrigada, política e juridicamente, a sustar o efeito do concurso vestibular e a voltar atrás na sua “firme decisão de implantar o curso”. Por outro lado, se a complementação do projeto do DCSa não se completou, foi reforçada a posição de que a área da saúde deverá encontrar saídas para as suas dificuldades - de todas as ordens - por meio dos recursos de que dispõe hoje.

A perspectiva de ampliação da área da saúde não foi inviabilizada face à derrota na implantação do Curso de Medicina^(*). Contudo, o aprendizado desse processo foi grande, na medida em que demonstrou a necessidade de melhor preparação tecno-política prévia para a efetivação da criação de novos cursos.

A expansão da área da saúde trará, com certeza, uma riqueza interdisciplinar maior, desacomodando as áreas já existentes nas suas formas de atuar e de operar seus objetos específicos de intervenção. Da mesma forma, determinará ao DCSa um “controle” maior sobre a área da saúde, aumentando sua autonomia e independência na implementação de suas práticas.

Contudo, o vazio deixado pela não implantação do Curso de Medicina permanece. Não existem alternativas para preenchê-lo. A Universidade, no futuro, haverá de encontrar forças e argumentos suficientemente amplos e claros para construir seu Curso.

Essa discussão, inclusive, nos coloca uma questão maior: qual é, em última análise, o modelo de Universidade que interessa aos propósitos da UNIJUI? Para respondê-la, longe de satisfazermos-nos com uma resposta simples, deve-se, entretanto, incluir a

(*) Em 1995 já estava previsto no Plano de Expansão da UNIJUI a implantação para os próximos anos do Curso de Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

discussão quanto ao caráter, a natureza (público não-estatal? comunitária?) e o modelo de gestão da Universidade que se quer construir.

Na área da saúde, os desafios estão colocados. Seu enfrentamento está na dependência da compreensão deles como problemas políticos, portanto pautáveis na agenda de seus dirigentes. Porém, a tarefa de “fazer o futuro desejado” é responsabilidade do conjunto de seus sujeitos. É no processo de reconstrução criativa, democrática e responsável que nascem os verdadeiros sujeitos da práxis.

“Não cabe mais invocar Eros contra Prometeu ou vice-versa. A afirmação deste de seu ódio a todos os deuses simboliza a reação frente à percepção de que a capacidade criadora fora vedada aos homens, alienada a uma instância além destes. Mas não há conhecimento sem desejo, criação sem amos. Uma nova ética teórico-prática implica caminhar de mãos dadas com Deus e o Titã, engravidar a nós mesmos de sonhos e, quem sabe, dar à luz um novo Homem, demiurgo de si mesmo e de uma racionalidade crítica e inquieta, que não se limita entropicamente, mas que se quer planetária e, por que não dizer: cósmica.” (GALLO, 1992: 73/4).

Com a construção desse conjunto de respostas a essas quatro questões cremos ter conseguido dar conta de vários dos interrogantes levantados para a realização dessa pesquisa e alguns outros suscitados por ela. Somos conscientes de que muitas perguntas permanecem sem respostas.

O desafio do conhecimento, como diz Maria Cecília Minayo, permanece da primeira à última linha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhaon. Instituição e poder. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

AZAMBUJA, Bernadete Maria de. O desenvolvimento urbano e a promoção fundiária e imobiliária na cidade de Ijuí - RS. Florianópolis: UFSC/Departamento de Geociências, 1991. Dissertação de Mestrado

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

BERGER, Peter & BERGER, Brigitte. "O que é uma instituição social". IN: FORACHI, M. M. & MARTINS, J. S. Sociologia e Sociedade: leituras de introdução à sociologia. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 7ª ed., 1987.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia T. & CAMPOS, Gastão W. S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 3ª ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1989.

BONFADA, Sonia & KOPF, Águida. Projeto para implantação do Curso de Pós-Graduação "Lato sensu" em Saúde Pública. Ijuí, 1988. Mimeo.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. "O debate necessário à construção de uma teoria sobre a reforma sanitária". IN: Saúde em debate. Londrina: CEBES, 1988 (23): 07/12.

_____. "Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil". IN: Saúde em Debate. Londrina: CEBES, 1990 (28): 24/27.

CARVALHO, Guido Ivan de & SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: HUCITEC, 1992.

CECÍLIO, Luis C. de Oliveira; MERHY, Emerson & NOGUEIRA FILHO, Roberto C. "Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde". IN: Saúde em debate. Londrina: CEBES, 1991 (33): 83/9.

CHAUÍ, Marilena. "MERLEAU-PONTY, Maurice. Vida e obra". IN: MERLEAU-PONTY. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Os pensadores).

_____. O pensamento da obra de pensamento - Lefort. São Paulo. USP/Departamento de Ciências Sociais. Seminário de Política (Comunicação), 1974. Mimeo.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação das escolas médicas do Brasil. Brasília, 1994 (Fase II, volume 1).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RS. Apontamentos do Iº Seminário Regional de Avaliação do Sistema de Fiscalização do COREN/RS. Ijuí, 1994. Mimeo, s/p.

CUBER, Antoni. Nas margens do Uruguai. Ijuí: FIDENE, 1975.

DEMO, Pedro. Pesquisa: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

DONNANGELO, Maria Cecília F. "A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil - a década de 70". IN: Ensino de saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1983.

DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DURHAM, Eunice. "Movimentos Sociais: a construção da cidadania". IN: Novos Estudos CEBRAP. São Paulo, nº 10, outubro de 1984, p. 24/30.

ETZIONI, Amitai. A análise comparativa das instituições complexas: sobre o poder, o engajamento e seus correlatos. Rio de Janeiro/São Paulo: Zahar e ed. da USP, 1974.

FALCKEMBACH, Elza. Diagnóstico das condições de saúde na região polarizada por Ijuí. Ijuí: FIDENE, 1975.

FIDENE/DCSa. Relatório do Seminário Regional de Administração Hospitalar. Ijuí, 1984. Mimeo.

FIDENE/UNIJUI/SETOR DE ORÇAMENTOS E CUSTOS. Ficha de controle de professores. Mimeo, 1980 e 1981.

FIDENE/UNIJUI. Plano Estratégico da UNIJUI - 1991 - 2000. Ijuí, 1991. Mimeo.

FIDENE/UNIJUI/ProRPE. A pesquisa e a extensão na UNIJUI. Ijuí: FIDENE, 1986.

FISCHER, M. "A colonização de Ijuí: uma retrospectiva histórica, sociológica e étnica". IN: CALLAI, Jaeme. Etnias diferenciadas na formação de Ijuí. Ijuí: Livraria UNIJUI Editora, 1987.

FLEURY, Sonia Maria. "A análise necessária da reforma sanitária". IN: Saúde em Debate. Londrina: CEBES, 1988 (22): 25/27.

_____. Estado, poder e democratização da Saúde. IN: In: Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social. FLEURY, Sônia (org.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

GALLO, Edmundo. Crise teórica e crise política: impactos na Saúde Coletiva. In: Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social. FLEURY, Sônia (org.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

GARCÍA, Juan César. "Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde". IN: NUNES, Everardo (org.). Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

GRUPO ESPECIAL DE DESCENTRALIZAÇÃO/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. IN: Saúde em Debate. Londrina: CEBES, 1993 (38): 04/17.

GIRON, Loraine Slomp. "A imigração italiana no RS: fatores determinantes". IN: DACANAL, José Hildebrando (org.). RS: imigração & colonização. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, Marcel. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, Dina Czeresnia. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

GOMES, Roberto. Saúde integral: projeto piloto. Ijuí: FIDENE, 1976.

GT/PRIS. Avaliação do Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS. Ijuí: DCSa/UNIJUI, 1991. Mimeo.

GUATTARI, Félix. Revolução molecular: pulsões políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 3ª ed., 1987.

JACOBI, Pedro. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde: São Paulo, 1974-84. São Paulo: Cortez, 1989.

JOVCHELOVITCH, Marlova. Municipalização e saúde: possibilidades e limites. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1993.

KLERING, Luis Roque. "Economia gaúcha cresce nos pólos do interior". IN: Zero Hora. Porto Alegre, 10.08.1993.

KOPF, Águida W. A reformulação do setor saúde no município de Ijuí (RS), no período de 1983 a 1989. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ENSP, 1992. Dissertação de Mestrado.

KOSIK, Carel. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

L'ABBATE, Solange. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas. São Paulo, FFLCH/USP, 1990. Tese de doutorado, Departamento de Sociologia.

LAPASSADE G. & LOURAU R. Chaves da sociologia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LAZZAROTTO, Danilo. Os capuchinhos na história e no desenvolvimento de Ijuí. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, 1981.

LOURAU, René. A análise institucional. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Roberto /et al./. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 1978.

MACHADO, Vera Lúcia Mesquita. "Abordagem comunitária em saúde: conceitos, origens, proposições e limites". IN: Município e Saúde. Ijuí: Editora UNIJUI, (03): 16/29, 1994.

MARQUES, Mário Osório. Universidade Emergente: o ensino superior Brasileiro em Ijuí (RS), de 1957 a 1983. Ijuí: FIDENE, 1984.

_____. A dimensão pedagógica do Curso de Medicina. Ijuí: UNIJUI, 1991. Mimeo, 5p.

MARQUES, Rosa Maria & MÉDICI, André Cezar. "Financiamento e desempenho das políticas sociais - 1980 - 1991". IN: Saúde em Debate. Londrina: CEBES, 1994 (42): 04/09.

MÉDICI, André C. "Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980 - 1990". IN: Saúde e Debate. Londrina: CEBES, 1993 (40): 26/32.

MÉDICI, André C. & MARQUES, Rosa Maria. "Financiamento e desempenho das políticas sociais - 1980 - 1991". IN: Saúde e Debate. Londrina: CEBES, 1994 (42): 04/09.

MENDES, Eugênio Vilaça. "Cinco razões para o fim do INAMPS". IN: Saúde e Debate. Londrina: CEBES, 1993, (39): 26/34.

MENDONÇA, Maria Helena & TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia F. (org). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

NUNES, Everardo Duarte. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: Estudos de saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1988, (5): 48/112.

_____. "Tendências e perspectivas da pesquisa em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral". IN: As ciências Sociais em Saúde na América Latina (org. E. D. NUNES). Brasília: OPAS, 1975.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo & TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

PASCHE, Dário Frederico. A inserção da Universidade de Ijuí no campo da saúde: projetos e perspectivas (Projeto de Dissertação). Campinas, 1993. 117p.

_____. Apontamentos dos Relatórios Anuais do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Ijuí. Ijuí, 1994_(a). Mimeo, 170p.

_____. Entrevistas realizadas para a dissertação de mestrado "Inserção da Universidade de Ijuí na área da saúde". Ijuí, 1994_(b). Mimeo, 430p.

_____. Programa Regional Integrado de Saúde. Ijuí: DCSa/UNIJUI, 1991. Mimeo, 32p.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. História do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

SADER, Eder. Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970 - 1980). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Refletindo a pesquisa participante. São Paulo: Cortez, 1986.

SMEKE, E. L. M. Saúde e democracia: experiência de gestão popular: um estudo de caso. Campinas: FCM/UNICAMP. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social.

MENDONÇA, Maria H. & TEIXEIRA, Sonia Fleury. "Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações". IN: TEIXEIRA, Sonia F. (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO, 1992.

UNIJUI. Projeto do Curso de Medicina. Ijuí: FIDENE, 1991. Mimeo, 84p.

UNIJUI/CCSa. Projeto - Curso de Auxiliar de Enfermagem. Ijuí, 1988. Mimeo, s/p.

UNIJUI/ProRPE. III Seminário Interno de Pesquisa e Extensão. Ijuí: FIDENE, 1986. Mimeo, 64p.

WESTPHAL, Marcia Faria. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo, 1992. Tese de Livre Docência. Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública/USP.

ZARTH, Paulo. "A serra de Ijuhy". IN: Jornal Cidade. Ijuí (210), 10.10.1991.

ANEXOS

Anexo O1

ANEXO 1 - RELAÇÃO DOS PRINCIPAIS DOCUMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIJUI

1 - RELATÓRIO DE CENTRO/DEPARTAMENTO:

- 1.1 - Relatório da Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI/FIDENE, 1980;
- 1.2 - Relatório da Escola de Enfermagem de Ijuí - EEI/FIDENE, 1981;
- 1.3 - Relatório das Atividades Desenvolvidas pelo Departamento de Enfermagem Especializada - CCSA/FIDENE, 1982;
- 1.4 - Relatório Anual do Centro de Ciências da Saúde, 1983;
- 1.5 - Relatório Final do Departamento de Ciências da Saúde, 1984;
- 1.6 - Relatório Final do Centro de Ciências da Saúde, 1985;
- 1.7 - Relatório Final do Centro de Ciências da Saúde, 1986;
- 1.8 - Relatório Final do Centro de Ciências da Saúde, 1987;
- 1.9 - Relatório Final do Centro de Ciências da Saúde, 1988;
- 1.10 - Relatório do Centro de Ciências da Saúde, 1989;
- 1.11 - Relatório do Instituto de Ciências, Tecnologia e Saúde - ICTS - (Relatório Final do Departamento de Ciências da Saúde), 1990;
- 1.12 - Relatório do Instituto de Ciências, Tecnologia e Saúde - ICTS - (Relatório Final do Departamento de Ciências da Saúde), 1991;

2 - TEXTOS DOS PROFESSORES DO DCSa

- 2.1 - BALLIN, Fioravante; FINCKLER, DIONE e MIRON, Véra. Integração ensino-pesquisa: a experiência do Centro de Ciências da Saúde da UNIJUI junto aos hospitais. Apresentado no V Encontro de Enfermagem de Hospitais de Ensino; Florianópolis - set/out - 1987. Mimeo.
- 2.2 - KOPF, Águida e STUCKY, Rosane. Caracterização da Ação Integrada da UNIJUI na área de Educação e Saúde. Ijuí, 1985. Mimeo.

- 2.3 - KOPF, Águida; KOPF, Eloíza e MIRON, Véra. Saúde e Educação Popular: a experiência da UNIJUI. Apresentado no encontro Latino Americano de Educación Popular - CEAAL - Montevideo/dez/1986. Mimeo.
- 2.4 - KOPF, Águida. A experiência da área da saúde da UNIJUI a partir do enfoque da extensão. Apresentado na Iª Semana Científica de Enfermagem da UNB - Brasília, junho de 1986. Mimeo.
- 2.5 - SEM AUTOR. Breve relato da experiência de ensino-extensão do CCSa/UNIJUI. Apresentado no Encontro de Enfermeiros Educadores. Mimeo.
- 2.6 - BONFADA, Sônia. Integração ensino-extensão sob o enfoque da Educação Popular: relato de uma experiência. Ijuí, setembro de 1988. Mimeo.
- 2.7 - KOPF, Águida; KOPF, Eloíza e MIRON, Véra. Integração ensino-extensão no CCSa/UNIJUI. Apresentado no seminário sobre o ensino superior de enfermagem - Curitiba, 27/29 de julho de 1987. Mimeo.

3 - RELATÓRIOS

- 3.1 - Relatório das discussões do DCSa para o seminário de Ensino - abril de 1991 (74 p.) - Organização/Coord. Dário Pasche.
- 3.2 - Pastas de Convênios: hospitais (para estágios); COTRIJUI; Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do RS; outras instituições.
- 3.3 - Relatório do Seminário Regional de Administração Hospitalar - 1º a 2 de junho de 1984 (Coord.: Adelar Baggio; secr. exec.: Gelson Albuquerque).
- 3.4 - Projeto de apoio a movimentos populares do noroeste do estado do RS (1987 - para CEBEMO) - contém projeto para a área da saúde para Ijuí e Ajuricaba.
- 3.5 - Atividades desenvolvidas no Centro de Enfermagem de "Aracy Servis" - relatório de agosto a novembro de 1983 (Marta Lopes):
- 3.5.1 - Atividades desenvolvidas no Centro de Enfermagem "Aracy Servis" - dezembro a julho de 1983.
- 3.5.2 - Atividades desenvolvidas pelo Centro de Enfermagem "Aracy Servis" e Comunidades do Rincão do Tigre, Rincão dos Brizzi, Rincão Santa Catarina.

- 3.5.3 - Atividades desenvolvidas no Centro de Enfermagem "Aracy Servis" - março a abril de 1982.
- 3.6 - Seminário de avaliação e sistematização de Ações Integradas em Saúde - 26 e 27 de abril de 1985 (apoio PAPPS - Programa de Ação Pedagógica aos Profissionais da Saúde) - Contém: relatório síntese (publicação).
- 3.7 - Seminário Intermunicipal de Saúde (manuscrito) - 18 de julho de 1985 - Ajuricaba; Palestras: Germano Rígotto (política nacional de saúde); Eunice Xavier; Águia Kopf.
- 3.8 - Relatório final do 1º Seminário Regional de Saúde (V.I) - 16 e 17 de junho de 1983.
- 3.9 - Relatório do 2º Seminário Regional de Saúde e Meio Ambiente - 5 e 6 de outubro de 1984. Tema Central: Os defensivos agrícolas e a saúde na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (contém relatório final).
- 3.10 - Regimento da Escola de Enfermagem de Ijuí (curso de Enfermagem e de Nutrição) - aprovado pelo MEC/CFE/CESU em 06 de outubro de 1981.
- 3.11 - Regimento Interno da Escola de Enfermagem de Ijuí.
- 3.12 - Projeto de implantação do Curso de Saúde Pública.
- 3.13 - Carta Consulta para a criação e reconhecimento da UNIJUI - maio de 1983.
- 3.14 - Plano de consolidação e expansão da UNIJUI - 1990/1994 - maio de 1990.
- 3.15 - Plano estratégico da UNIJUI - 1991/2000 - maio de 1991.
- 3.16 - UNIJUI/ProRPE. A pesquisa e a extensão na UNIJUI. Ijuí, 1986.
- 3.17 - UNIJUI/CCSa. Ações Integradas de Saúde. Relatório do III Seminário Regional de Saúde, I Encontro de IDA e I Encontro de Municípios participantes do MDR. Ijuí: Livraria UNIJUI Editora (cad. de enf. e nut., 2), 1985.
- 3.18 - UNIJUI/ProRPE. III Seminário Interno de Pesquisa e Extensão. Ijuí, setembro de 1986. Mimeo.
- 3.19 - Relatório parcial de atividades - Prestação de Contas - Projeto EZE - Ijuí e Braga (Programa de Apoio a Movimentos Sociais). 01/01/85 a 30/06/85.

4 ATAS DO DEPARTAMENTO/CENTRO, COLEGIADOS e PROGRAMAS

- 4.1 - Livro de Atas das REUNIÕES DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM da UNIJUI (CURSO DE NUTRIÇÃO) - abertura: agosto de 1986.
Dias de reunião:

03.08.1986 - 13.09 - 30.10 - 11.11 - 02.12

09.01.1987 - 23.03 - 02.06 - 09.06 - 23.06 - 04.08 -

05.04.1988 - 19.04 - 24.05 - 30.05 - 14.06 - 21.06 - 11.07 26.07 - 23.08 - 23.08 -
27.10 - 22.11.

28.03.1989 (o Livro de Atas não tem encerramento)

4.2 - Livro de Atas da COORDENAÇÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO do Departamento de Ciências da Saúde.

02.05.1984 - 06.06 - 06.12

30.03.1985 - 10.04 - 05.06 (termo de encerramento: 08.07.1985 - reconhecimento da UNIJUI - mudança de estrutura)

08.07.1985 - termo de abertura: Coordenação de Extensão e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.

11.09.1985 - 18.10

08.01.1986 (sem termo de encerramento).

4.3 - Livro de Atas do PROJETO DE "DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO" (termo de abertura: 10.11.1983)

10.10.1983 - 27.10 - 08.11 - 13.11 (ou 13.10?) - 04.11 - 20.11 - 28.11 - 07.12 - 09.12 - 12.12 - 14.12 - 16.12 - 18.12 (meio rural) - 18.12 - 20.12;

04.01.1983 - 14.13 - 10.04 - 27.04 - 11.06 - 12.06 - 23.06 - 30.08 - 14.09 - 29.09 - 11.10 - 21.11 - 01.12;

06.02.1985 - 14.02 - 22.02 - 23.04 (sem data de encerramento)

Atas avulsas: 21.11.84 - 02.06.85 - 22.06.85 - 28.01.86 (Ata) - 04.07.85;

4.4 - Livro de Atas do DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - Termo de abertura: 20.08.1990.

21.08.1990 - 04.09 - 25.09 - 09.10 - 23.10 - 06.11 (atas 06 e 07) - 27.11 - 04.11;

01.03.1991 - 12.03 - 26.03 - 16.04 - 04.05 - 21.05 (sem encerramento).

4.5 - Atas das reuniões dos PROFESSORES DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - termo de abertura: 10.07.1985

14.08.1985 - 29.10

18.03.1986 - 25.03 - 15.04 - 02.09 - 16.09 - 07.10 - 11.11;

06.01.1987 - 20.01 - 24.02 - 27.03 (ou 27.02?) - 10.03 - 16.03 - 26.03 - 07.04 - 14.04
 - 21.04 - 28.04 - 05.05 - 12.05 - 26.05 - 16.06 - 07.05 (ou 07.07?) -
 14.07 - 1^o.09 - 15.09 - 06.10 - 03.11 - 17.11 - 24.11 - 08.12;
 1^o.03.1988 - 24.03 - 29.03 - 03.05 - 10.05 - 17.05 - 24.05 - 25.07 - 10.08 - 30.08 -
 04.10 - 18.10 - 25.10 - 08.11 - 22.11 - 13.12 - 20.16;
 25.01.1989 - 27.01 - 28.01 - 28.02 - 07.03 - 21.03 - 24.04 - 09.05 - 17.05 - 30.05 -
 20.06 - 27.06 - 18.07 - 22.08 - 03.09 - 26.09 - 24.10 - 07.11 - 21.11 -
 28.11 - 05.12;
 13.03.1990 - 20.03 - 27.03 - 03.04 - 17.04 - 22.05 - 19.05 - 08.06 - 26.06 - 11.07
 (sem encerramento).

4.6 - Livro de Atas do COLEGIADO DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA do Centro de
 Ciências da Saúde - termo de abertura: 01.03.1982)
 15.04.1982 - 01.06 - 09.08 - 14.12
 08.02.1983 - 13.04 - 23.06 - 20.07 - 23.08 - 20.12
 termo de encerramento: 31.03.1984 (Marta Júlia Lopes)

4.7 - Livro de Atas Nº 01 REUNIÃO COM OS PROFESSORES do Centro de Ciências da
 Saúde (termo de abertura: 01.09.1983 ou 82??)
 01.09.1982 - 15.09. - 10.11 - 02.12
 21.03.1983 - 18.04 - 02.05 - 06.07 - 25.07 - 01.08 - 16.08 - 26.08 - 06.09 - 03.10 -
 27.10 - 07.11 - 09.11 - 22.11 (sem encerramento);

4.8 - Livro de Atas do CONSELHO DEPARTAMENTAL Nº 1 da Escola de Enfermagem
 de Ijuí (termo de abertura: 25.02.1980)
 20.02.1980 - 01.03 - 27.04 - 16.05 - 26.06 - 28.07 - 11.08 - 10.09 - 24.09 - 22.10 -
 14.11;
 25.02.1981 - 13.03 - 23.03 - 27.04 - 18.05 - 11.06 - 27.07 - 27.08 - 21.09 - 15.10 -
 12.11 - 15.12
 26.02.1982 (termo de encerramento: 03.03.1982 - mudança de regimento: EEI é
 incorporada pelos Centros Integrados de Ensino Superior de Ijuí).

4.9 - Livro de Atas do CONSELHO DEPARTAMENTAL Nº 2 do Centro de Ciências da Saúde

10.06.1982 - 01.12

04.03.1983 - 20.07 - 08.08 - 22.11 - 25.11 - 08.12 (termo de encerramento: março de 1984).

4.10 - Livro de Atas do COLEGIADO DE CURSO DO CURSO DE NUTRIÇÃO (termo de abertura: 20.06.1982)

20.06.1982 - 15.08 - 25.11

01.04.1983 - 29.06 - 31.08 - 19.12 (termo de encerramento 31.03.84).

4.11 - Livro de Atas da CONGREGAÇÃO DE PROFESSORES DA EEI

Termo de abertura: 14/02/1980

14.02.80 - 20.20 - 05.03 - 22.05 - 16.12 - 18.12

10.04.81 - 30.09 - 18.12

Termo de encerramento: 31/12/1982

4.12 - Livro de Atas do DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA DA EEI

Termo de abertura: fevereiro de 1980

21.02.80 - 03.03 - 08.04 - 30.05 - 01.08 - 05.08 - 08.08 - 21.08 - 03.09 - 05.09 - 08.08 - 11.09 - 24.09 - 22.10 - 20.10 - 17.11 - 28.12;

06.03.81 - 20.03 - 20.08 - 27.08 - 19.09 - 27.10 - 07.11 - 16.11 - 23.11 - 24.11 - 10.12

10.02.82 - 12.02 - 24.02 - 25.02 - 05.03 - 14.04 - 03.05 - 07.07 - 02.06 - 02.08 - 13.09 - 21.10

07.03.83 - 21.03 - 25.04 - 15.08 - 12.09 - 04.11 - 20.12 - 20.12

Termo de encerramento: 31/03/84.

5 - OUTROS TEXTOS

- 5.1 - Diagnóstico da condições dos serviços de saúde na região polarizada por Ijuí. FIDENE/IPP. Elza FALKEMBACH (diretora do IPP). Ijuí, 1975 - Registro MADP 42021176.
- 5.2 - Saúde Integral: projeto Piloto - FIDENE/IPP. Roberto GOMES. Ijuí, 1976. Registro MADP 42021176.
- 5.3 - Livro com "recortes de jornais" de 1980. Registro MADP 400.073.80.
- 5.4 - Livro com "recortes de jornais" de 1981. Registro MADP 400.073.81.
- 5.5 - Livro com "recortes de jornais" de 1982. Registro MADP 400.073.82.
- 5.6 - UNIJUI/ICTS/DCSa. Programa Regional Integrado de Saúde. Ijuí, 1991.
- 5.7 - MONOGRAFIA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA:
- 5.7.1 - BRASIL, Gil; HUTH, Noemi; KLEIN, Marli; OTTONELLI, Cledis e ROCHA, Cláudio. Sistematização da trajetória da luta dos agricultores pela saúde na região de Ijuí. Ijuí, Dezembro de 1989.
- 5.8 - DISSERTAÇÕES DE MESTRADO:
- 5.8.1 - KOPF, Águida. A reformulação do setor saúde no município de Ijuí/RS no período de 1983 a 1989. ESP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1982.
- 5.8.2 - MIRON, Véra L. Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde. USP/Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, 1993.

Anexo 02

ANEXO 2 - PRINCIPAIS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NO PERÍODO ENTRE 1980 E 1991

1 - PRÁTICAS DE EXTENSÃO:

1.1 - Trabalhos de extensão com comunidades de zonas rurais e de periferias urbanas:

a) projetos com financiamentos internacionais:

- a₁) Projeto FORD - "Desenvolvimento da Saúde Comunitária", com início em dezembro de 1983 e duração prevista de dois anos.
- a₂) Projeto EZE - "Projeto Multiprofissional de saúde Comunitária Urbana e Rural", com início em janeiro de 1985 e duração prevista de três anos.

b) projeto sem recursos diretos:

- b₁) Saúde Comunitária na Comunidade de Aracy Servis e comunidades circunvizinhas (interior de Ijuí); trabalho integrado entre FIDENE e COTRIJUI; período: de 1980 a 1983.

c) projetos sem financiamento:

- c₁) Bairro Thomé de Souza (Ijuí): pesquisa diagnóstica em saúde; mobilização comunitária e prestação de serviços de saúde; período: entre 1981 e 1982.
- c₂) Assessoria e Apoio aos Acampados da Fazenda Anoni, Ronda Alta/RS; período: durante 1986.

Esses trabalhos de extensão tinham por objetivo:

- realizar trabalhos de assistência à saúde da população, tendo por base os conceitos da Atenção Primária à Saúde;
- realizar trabalhos de educação para a saúde, promovendo o auto-cuidado a partir do enfoque da prevenção de doenças;
- constituir/estruturar Unidades de Serviço (Centros de Enfermagem (Aracy Servis); Ambulatórios (Projeto FORD) e Centros Integrados de Ações de Saúde - CIAS (Projeto EZE).

Foram criados os seguintes serviços:

- 1982: Centro de Enfermagem de Aracy Servis;
- 1984: Ambulatórios de Rincão da Lage e do Bairro Pindorama;
- 1986: CIAS do Distrito de Chorão e do Bairro Luis Fogliatto.

Os trabalhos de extensão visam ainda a promover a articulação política através da organização/estruturação de associações comunitárias, da organização para a representação na Comissão Municipal de Saúde e da formação de comissões de trabalho e de estudos diretamente ligados à área da saúde.

1.2 - Participação no Seminário Permanente de Educação Popular: SPEP/UNIJUI (desde 1988):

- membro do Comitê Executivo, instância executiva do Programa, encarregada de encaminhar as decisões deliberadas pelo Conselho Político, instância superior e colegiada da qual fazem parte os agentes do SPEP (Movimentos Sociais, Universidades e ONGs);
- assessoria na área da saúde: apoio e assessoria a movimentos sociais.

1.3 - Assessoria aos municípios:

- Braga: Secretaria Municipal de Saúde;
- Santo Augusto: Secretaria Municipal de Saúde;
- Pirapó: Comissão Municipal de Saúde;
- Condor, Três Passos, Santo Augusto, Catuípe e Jóia: Comissão Interinstitucional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Nesses municípios o DCSa teve uma participação mais direta e incisiva. As atividades compreendidas vão desde a realização de diagnósticos municipais de saúde e treinamento de agentes de saúde, até a realização e coordenação de Seminários Municipais de Saúde. Foram realizadas também atividades de assessoria ao processo constituinte municipal, quando da elaboração das Leis Orgânicas Municipais, em especial os títulos de saúde e meio ambiente e atividades de cooperação técnica na implementação de política municipal de saúde, ou seja, na elaboração e implementação de Planos Municipais de Saúde.

1.4 - Assessoria a instituições e movimentos:

- Hospital de Chiapetta: implantação do hospital;
- HCI: implantação do Serviço de Nutrição e Dietética;
- Movimento de Trabalhadores Sem Terra - MST/RS - (acampados da Fazenda Anoni): formação e capacitação de lideranças; formação de equipes de saúde; assistência à

saúde aos acampados; promoção de campanhas de saúde com enfoque preventivo e educativo;

- Comissão de Saúde de Ijuí: cooperação técnica no processo de elaboração da Lei Orgânica Municipal e do Plano Municipal de Saúde;
- COOPATRIGO de São Luis Gonzaga: discussão da Lei Orgânica Municipal;
- COOTRICAMPO de Campo Novo: seminário sobre nutrição;
- Hospital Santa Líbera de Jóia: diagnóstico e reestruturação dos serviços;
- Hospital Annes Dias de Ibirubá: diagnóstico e reestruturação dos serviços;
- Hospital Bom Pastor de Ijuí: organização e administração dos serviços de enfermagem;
- Departamento de Educação e Comunicação da COTRIJUI: elaboração do Projeto "Saúde Comunitária" (Ijuí).

1.5 - Treinamento de agentes de saúde:

- Ijuí: Aracy Cervis, Centro Social Urbano, Bairros Luís Fogliatto e Pindorama, comunidades rurais de Chorão e Rincão da Lage;
- Ajuricaba;
- Pejuçara;
- Santo Augusto.

2 - PROMOÇÃO DE EVENTOS:

2.1 - Semana de Atualidades sobre Saúde (1980);

2.2 - I, III, III e VI Encontros de Estudos de Enfermagem e Nutrição (1981, 1982, 1983 e 1986);

2.3 - IV, V, VII, VIII, IX e X Encontros de Estudos de Nutrição (1984, 1985, 1987 até 1991);

2.4 - IV, V, VI, VII, VIII E IX Encontros de Estudos de Enfermagem (1984, 1985, 1988, 1989 e 1991);

2.5 - I a VIII Seminários Regionais de Saúde e Meio Ambiente (realizados ente 1983 a 1991, exceto em 1990);

2.6 - Seminário Regional de Administração Hospitalar (1984);

2.7 - Seminário de Avaliação e Sistematização das Ações Integradas de Saúde - AIS (1985);

2.8 - Cursos de Extensão:

- Curso Sobre Saúde e Sociedade (1986);
- Curso sobre Plantas Medicinais (1987);
- Curso preparatório para a Brigada Militar - saúde e primeiros socorros (1990 e 1991);
- I Jornada de Alimentação Institucional (1991);
- Aportes da Didática e Psicologia Social (1991);

2.9 - III e IV Encontros Estaduais de Enfermeiros Educadores (1987 e 1988);

2.10 - V Encontro de Administração em Saúde Mental Coletiva.

3 - ATIVIDADES NA ÁREA DO ENSINO:

3.1 - Fomento ao Ensino:

- Seminários Internos de Avaliação;
- Seminários com Formandos e Egressos;
- Formação de comissões de estudos por áreas/disciplinas;
- Formação de G.T. (1990):
 - Recuperação da História do DCSa;
 - Teorização das Linhas de Ação;
 - Intervenção na Docência;
- Seminário de Avaliação dos Estágios nas Instituições (enfermagem e nutrição);
- Cursos promovidos:
 - Metodologia de Enfermagem;
 - Metodologia de Pesquisa de Campo;

- Metodologia de Ensino;
- Seminários: Perfil do Enfermeiro formado pela UNIJUI;
 Perfil do Nutricionista formado pela UNIJUI;
 Seminário de "Desenvolvimento da Comunidade";
- Alterações curriculares: adequação de conteúdos aos perfis e correção de distorções.

3.2 - Implantação de cursos:

- Curso de Enfermagem e Obstetrícia, em 1980;
- Curso de Nutrição, em 1981;
- Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, em 1989;
- Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu" de Saúde Pública, em 1989;
- Curso de Medicina, em 1991 (criado mas não implantado).

3.3 - Assessorias para aprimoramento do projeto político e pedagógico do DCSa:

- Universidade Federal do Rio de Janeiro (Escola de Enfermagem Ana Nery);
- Universidade Federal de Santa Catarina (projetos de extensão e para o Curso de Enfermagem);
- Universidade Federal de Goiás (Curso de Nutrição);
- Departamento de Educação da FIDENE;
- Escola de Saúde Pública - SSMA/RS.

4 PESQUISAS:

- Diagnóstico de Saúde (Pinhal, Ajuricaba), em 1981;
- Verminose nos bairros de abrangência do CSU de Ijuí, em 1982;
- Diagnóstico de Saúde de Santo Augusto, em 1987;
- Organização e Gerenciamento dos Serviços de Saúde, em 1989;
- Percepção do Usuário Urbano do Município de Ijuí em relação ao atendimento nas instituições de saúde na implementação da Reforma Sanitária, em 1989;
- Tabela de Correção, pesos e medidas dos alimentos regionais, em 1989;
- Adequação dos conteúdos da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgico na formação do enfermeiro pela UNIJUI: uma visão da região noroeste/RS, em 1990;
- Conhecimento e vivência da mães sobre vacinação de aleitamento materno, em 1990;
- Subsídios para a programação local, em 1990;

- Ganho de peso da gestação X peso da criança ao nascer, associado com a procedência da mãe, idade materna, acompanhamento pré-natal, tipo de parto, altura do RN, renda familiar, consumo de fumo e álcool na gestação, em 1991;
- Programa Regional Integrado de Saúde - PRIS, em 1991.

5 - TRABALHOS EM PARCERIA COM OUTRAS INSTITUIÇÕES:

5.1 - Centro Social Urbano:

- estruturação e implantação dos serviços de saúde;
- realização de estágios curriculares.
- trabalho com as comunidades atingidas pelo CSU;

5.2 - Hospital/Casa de Saúde "Bom Pastor":

- organização dos serviços de enfermagem;
- administração dos serviços de enfermagem;
- realização de estágios curriculares.

5.3 - Hospital de Caridade de Ijuí - HCI:

- organização do Serviço de Nutrição e Dietética;
- realização de estágios curriculares;
- realização conjunta de Cursos de Auxiliar de Enfermagem;
- trabalho em conjunto para transformação do HCI em Hospital Escola;
- apoio à realização de eventos e pesquisas.

5.4 - Cooperativa Regional Triticola Serrana Ltda - COTRIJUI:

- apoio e cooperação na implementação de projetos de extensão, em especial na área rural;
- trabalho em conjunto com o Departamento de Comunicação e Educação, em especial junto aos Núcleos de Senhoras e Filhas de Associados da COTRIJUI (Ijuí, Jóia, Augusto Pestana e Ajuricaba);
- apoio à realização de eventos.

5.5 - Escolas da Rede Pública e Privada (SMEC, 36ª DE, FIDENE) - trabalhos de saúde e nutrição do escolar:

- Escola Francisco de Assis - EFA/FIDENE;
- Escola Thomé de Souza;
- Escola Luís Fogliatto;
- Escola Amazonas;
- Escola do Bairro Herval
- Escola Clemente Kholer;
- Escola Ademar Porto Alegre;
- IMERAB (IMEAB);
- Escola da Linha 6 Leste;
- Escola São Geraldo;
- Escola Olavo Bilac;
- Escola da Linha 4 Leste;
- e outras.

5.6 - Prefeitura Municipal de Ijuí:

- Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Assistência Social:
 - parceria em trabalhos de extensão;
 - cooperação da implantação das AIS e constituição da rede de serviços de assistência à saúde;
 - realização de estágios curriculares;
- realização de concurso público para Monitores de Creches;

5.7 - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CISML/CIMS):

- criação da Comissão durante o I SRS, em 1983;
- membro efetivo na Comissão;
- vice-coordenação (1987 e 1988);
- assessoria técnica: LOM e Plano Municipal de Saúde;
- representação e participação no Distrito Sanitário.

5.8 - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS:

- implementação conjunta do Projeto de Hipertensão;
- realização de atividades de estágio curricular.

5.9 - Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente - SSMA/RS:

- parceria na promoção de eventos;
- apoio ao curso de Pós-Graduação em Saúde Pública;
- assessoria através da Escola de Saúde Pública - ESP/RS;
- apoio a projetos.

5.10 - Movimento para o Desenvolvimento Regional - MDR:

- participação no Movimento (área da saúde);
- apoio à realização de eventos e mobilização de municípios filiados para a criação de Comissões Municipais de Saúde.

6 - INTERCÂMBIOS/TROCA DE EXPERIÊNCIAS:

- COOPERALFA: Chapecó, Santa Catarina;
- Unidade Sanitária São José do Murialdo da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente - SSMA/RS, Porto Alegre;
- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre;
- Instituto Paulista de Promoção Humana - Programa de Saúde Comunitária, Lins, São Paulo;
- Prefeitura Municipal de Curitiba - Departamento de Desenvolvimento Social (trabalho comunitário desenvolvido no Bairro Boqueirão) Curitiba, Paraná;
- Universidade Nacional de Misiones (UNAM) - Misiones/Oberá - Argentina;
- Universidade de Brasília;
- Ministério da Saúde da França;
- Centro Latino Americano de Educación de Adultos - CEAAL: Montevideo (1986); Lima (1987) e Santiago do Chile (1988 e 1990);
- Universidade de Ball State/EUA: visita à Universidade e recepção de professores visitantes.

7 - PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS FINANCIADOS POR ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS:

- PAPPS: Programa de Apoio Pedagógico aos Profissionais da Saúde (atividades direcionadas para a Integração Docente-Assistencial/IDA);
- Projeto UNISIS: Universidade Integrada ao Sistema de Saúde;
- Núcleo Interuniversitário da Área da Saúde do RS - MS/OPAS (1989/90): coordenação do Grupo de Trabalho de Gerenciamento em Serviços de Saúde; participação no Grupo de Trabalho sobre Saúde do Trabalhador;
- PRONASEC: Programa de Ações Sócio-Educativas.