

BRUNO MARIANI DE SOUZA AZEVEDO

**O ENSINO DA GESTÃO NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE
MEDICINA DA FCM/UNICAMP: POSSÍVEIS ENCONTROS ENTRE
UNIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE**

Campinas

2012

I



BRUNO MARIANI DE SOUZA AZEVEDO

**O ENSINO DA GESTÃO NO CURSO DE GRADUAÇÃO DE
MEDICINA DA FCM/UNICAMP: Possíveis Encontros Entre
Universidade E Serviços De Saúde**

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

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

CAMPINAS

UNICAMP

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Az25e Azevedo, Bruno Mariani de Souza, 1983 -
O ensino da gestão no curso de graduação de
medicina da FCM/UNICAMP: possíveis encontros entre
universidade e serviços de saúde / Bruno Mariani de
Souza Azevedo. – Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Sérgio Resende Carvalho.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação médica. 2. Gestão em saúde. 3.
Saúde coletiva. I. Carvalho, Sérgio Resende. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Management education in undergraduate medical FCM/UNICAMP:
possible meetings between the university and health services.

Palavra-chave em inglês:

Medical education

Management health

Collective health

Área de Concentração: Planejamento e Gestão

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sérgio Resende Carvalho [Orientador]

Ricardo Rodrigues Teixeira

Sidnei José Casetto

Data da defesa: 28-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

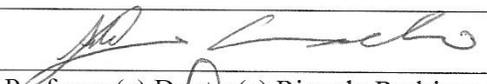
Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

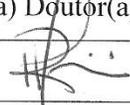
BRUNO MARIANI DE SOUZA AZEVEDO

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

Membros:

Professor(a) Doutor(a) Sérgio Resende Carvalho


Professor(a) Doutor(a) Ricardo Rodrigues Teixeira


Professor(a) Doutor(a) Sidnei José Casetto



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

Data: 28 DE FEVEREIRO de 2012

A Nina
Parceira, amiga,
companheira, amante.

Agradecimentos:

A Sérgio, professor, orientador, amigo.

A Michele, pela parceria e inspiração nestes dois anos.

A Sabrina, Tadeu e Ricardo pela amizade e trabalho na pesquisa que alimentou esta dissertação.

Aos vários outros colegas que passaram pelo grupo trabalhando na pesquisa.

A Bru e Lud pelas recentes e tão frutuosas parcerias.

A todos os Conexões pelo aprendizado e produção coletiva nesses anos.

Aos professores-amigos-mestres Ricardo T., Gustavo T., Gustavo N., Gastão, Rosana O., Nelsão, Nelsinho, Solange, Iguti, Heleno, Ana, Merhy, entre outros, por seus decisivos papéis nesta trajetória formativa e de vida.

A Ricardo T. pelos “problemas” e “interpolações”.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, titulares e suplentes, formais e informais: Ricardo Teixeira, Sidnei Casetto, Emerson Merhy, Gustavo Tenório e Rosana Garcia.

Aos companheiros do PET-Saúde pelos ricos debates e colaborações.

Aos trabalhadores e gestores da Sudoeste que participaram dessa pesquisa e com os quais tanto aprendi. Em especial a Rosana G. pelas influências, trocas e inspirações.

Aos alunos e docentes que participaram da pesquisa.

Aos amigos, por tornar a vida mais feliz, alegre, cheia de carinho e amor!

A família, pelo carinho e amor de sempre.

Resumo

Fazendo uma passagem breve pela história da saúde pública brasileira desde o século XX e fazendo um paralelo com os movimentos em torno dos currículos das escolas médicas, reflete-se um pouco sobre os diversos agenciamentos que afetam a construção dos currículos de Medicina e suas relações com o Sistema Único de Saúde. Marcadamente, nos últimos dez anos, as mudanças nos currículos (formal e paralelo) são incentivadas por diretrizes, projetos e políticas governamentais diversos. Em 2001, enquanto Campinas faz uma série de transformações na forma de fazer gestão e atenção à saúde, inicia um novo currículo do curso de Medicina da Unicamp. Tal mudança curricular assume a Atenção Básica como importante cenário de ensino-aprendizagem, levando alunos a quase todas as regiões da cidade. Neste cenário, o que se passa nesse encontro da universidade com o serviço, entre alunos, docentes, gestores, trabalhadores e usuários, do projeto institucional dos serviços com o projeto educativo? É um encontro que provoca incômodo, conflito e dissenso, que traz novos sentidos para as práticas dos serviços e das universidades. Aponta para importância que tal relação traz para a formação dos trabalhadores, para a reflexão e qualificação da gestão, para a mudança da prática médica. Refletindo o que se entende por gestão em saúde e por integração ensino-serviço e tomando o apoio de conceitos trazidos pela filosofia da diferença, esta investigação utiliza-se de métodos como diários de campo, grupos focais e oficinas com gestores, trabalhadores, docentes e alunos envolvidos com o estágio de Planejamento e Gestão/Saúde Coletiva do 5º ano de Medicina da Unicamp para construir uma interpolação de olhares sobre tal acontecimento, mapeando as linhas de forças e poderes instituídos que atravessam essa relação. No processo, a pesquisa constrói a história de criação e desenvolvimento deste estágio, identifica as tensões constitutivas deste campo de trabalho, ensino e aprendizagem, dialogando com as potências e dificuldades de cada segmento. Por fim, traçam-se algumas considerações que tal estudo pode trazer tanto para o currículo, quanto para os serviços de saúde e a relação entre eles, a qual, essencialmente deve ser dialógica e radicalmente cogitada.

Palavras-chave: Educação Médica; Gestão em Saúde; Saúde Coletiva.

Abstract

A reflection on the different agencies how they affect Med schools' curricula and how they relate to the Unified Health System (SUS) is made through a brief analysis of Brazilian's public health history since the XX century and a parallel analysis of said curricula. It has become patent that, in the past ten years, changes in the curricula (formal and parallel ones) have been driven by different directives, projects and governmental politics. In 2001, as Campinas goes through a series of changes in how public health is seen and managed, a new curriculum is enforced in Unicamp's Medicine program. Such change assumes Basic Attention as important in the teaching-learning context, taking students to almost all parts of town. That being said, what happens in this encounter between the University and public service, between students, professors, administrators, workers and users, between the institution's service project and the educational project? This encounter brings about conflict, unease and different opinions, which in turn redefines practices in the public service and in universities. It points to how important this relationship between agencies, curricula and the SUS is to the formation of workers, to the reflection and quality of the administration, to the changes in the medical practice. Reflecting on what health management and integration of teaching and service mean, supported by concepts from the philosophy of difference, this research uses methods such as field journals, focal groups and workshops with managers, workers, professors and students involved in the Planning and Management / Collective Health internship in the 5th year of Unicamp's Medicine program to create a connection between viewpoints on this situation by tracing social forces and instituted powers crossing this relation. In the process, this research builds the history of the creation and development of such stage, identifies tensions that form this field of work, teaching and learning, in relation to each segment's strong points and short comings. Finally, this study points to things that might be considered not only in the curriculum, but also in health services and in their relations, which must be, in essence, a dialogue and which should be radically co-managed.

Keywords: Medical Education, Management Health; Collective Health.

Abreviações:

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBs – Comunidades Eclesiais de Base

CETS – Centro de Educação do Trabalhador de Saúde

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRAISA – Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

CS – Centro de Saúde

DENEM – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DMPS – Departamento de Medicina Preventiva e Social (atualmente Departamento de Saúde Coletiva)

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HES – Hospital Estadual Sumaré

IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensão

IDA – Integração Docente-Assistencial

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MESP – Ministério de Educação e Saúde Pública

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SAID – Serviço de Atenção a Internação Domiciliar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

Sumário

CAPÍTULO 1 - ATRAVESSAMENTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS	21
.....	
O CASO DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNICAMP	39
CONTEXTO DE CAMPINAS DIANTE DA REFORMA CURRICULAR	45
CAPÍTULO 2 – SOBRE A GESTÃO DOS ENCONTROS NA SAÚDE	49
A GESTÃO.....	49
A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO.....	58
CAPÍTULO 3 - CAMINHOS DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO	67
.....	
ESTRATÉGIAS, MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	69
<i>Observação Participante e Diário de Campo.....</i>	<i>70</i>
<i>Grupos Focais</i>	<i>79</i>
<i>Oficinas.....</i>	<i>81</i>
<i>Interpolação de olhares.....</i>	<i>82</i>
CAPÍTULO 4 - FAZENDO A DISCUSSÃO	85
DESENVOLVENDO O ENSINO DE GESTÃO NO INTERNATO.....	85
<i>Elaboração da disciplina e primeiras turmas.....</i>	<i>85</i>
<i>Desenvolvimento.....</i>	<i>92</i>
O QUE OS ENVOLVIDOS COM A DISCUSSÃO PENSAM? INTERPOLANDO OLHARES.	101
<i>A Seleção do Problema.....</i>	<i>102</i>
<i>Mediando a Relação</i>	<i>109</i>
<i>Currículo Oculto.....</i>	<i>117</i>
<i>Intervindo na Gestão, no Processo de Trabalho e no Currículo</i>	<i>121</i>
<i>Redes.....</i>	<i>131</i>
<i>Formação e Intervenção.....</i>	<i>133</i>
CAPÍTULO 5 – ALGUNS APONTAMENTOS FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	153

Capítulo 1 - Atravessamentos históricos e políticos

Na história das políticas públicas de saúde do Brasil, é em fins do século XIX e começo do XX que o governo começa a promover algumas ações e a iniciar, efetivamente, algumas políticas de saúde, as quais foram mais relacionadas à pressão comercial e à legitimação dos produtos brasileiros no mercado internacional (campanhas de vacinação, saneamento de portos etc.). Um modelo campanhista e de polícia sanitária que entendia a saúde como o saneamento de um meio insalubre (destruição de vetores biológicos e isolamento dos sadios) que agride o corpo biológico (1).

A organização de serviços de saúde (e da previdência social) para atender alguma coletividade foi surgindo capitaneada pelo desenvolvimento de certas categorias de trabalhadores. Primeiro de forma autônoma, depois, respondendo a pressões sociais, com a intervenção do Estado, na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), as quais funcionavam segundo princípios de seguro social (mantidas por empregados, empresas e consumidores), organizadas por entidades de direito privado para grupos específicos de trabalhadores. Isto foi feito através da lei Elói Chaves, em 1923 (2). No mesmo ano foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) a partir do qual sanitaristas brasileiros já faziam uma discussão sobre a importância de se formar profissionais de saúde de acordo com as necessidades sociais e atentos à relevância pública desta formação (3).

Em seguida, no governo getulista, criou-se os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), agora organizados por categorias profissionais e não por empresa. Estes se tornaram organizações bastante desiguais quanto ao capital disponível e a qualidade e extensão dos serviços, tanto maiores e melhores quanto maior a força política da categoria profissional a

que pertencia, bancários, ferroviários, servidores públicos de carreira etc., o que se dava por contratos com profissionais, clínicas ou até construção de serviços hospitalares e ambulatoriais próprios. Aos que não estavam incluídos nesses grupos, e não podiam fazer o desembolso direto para o pagamento da assistência em saúde, restavam, principalmente, os serviços de filantropia.

Enquanto isso, as recomendações do Relatório Flexner são introduzidas no Brasil na década de 40. Buscava-se regulamentar e tornar “científica” a formação de nível superior em saúde. Em linhas gerais, tal relatório centra a formação em uma base biologicista, avançando na especialização e na pesquisa experimental e tendo como campo de prática o ambiente hospitalar¹ (3). Não se trata de uma reforma do ensino, mas sim da identificação de reais obstáculos técnicos, aprofundando nas especificidades da escola médica. Tomar a saúde e a doença como dizendo respeito apenas ao indivíduo biológico tornam a escola médica uma capacitadora em conhecimentos e técnicas de intervenção na forma dessas concepções. Este modelo é uma serialização da formação e dos corpos, para uma igualdade social dos corpos, bases técnicas iguais transmitidas por generalizações técnicas e científicas, feitas a partir das diversas especialidades e fragmentos. A suposta igualdade da formação nas diversas instituições torna-se paradoxalmente impossível. Este modelo de reforma curricular chamado de “cientificista” (4) marca a formação em saúde brasileira fortemente até hoje, justamente por assentar-se sobre os cânones da ciência, mitificada enquanto a forma de produzir verdade sobre o mundo (5).

¹ Este relatório foi composto nos Estados Unidos a partir de estudos comparativos entre escolas de Medicina, entre 1910 e 1920. Também em 1920, cabe assinalar, foi divulgado o Relatório Dawson, na Inglaterra, que propunha para os sistemas de saúde e para a formação em saúde a incorporação das práticas de atenção básica, regionalização e hierarquização entre outros pontos. Este influenciou a constituição do Sistema Nacional de Saúde Inglês nos fins dos anos 40 (3).

Por volta da metade do século despontavam algumas experiências governamentais relacionadas à criação de unidades de saúde voltadas, principalmente, para pré-natal, puericultura, vacinação ou outras ações de vigilância epidemiológica. Outra experiência relacionou-se ao combate das epidemias de malária e febre amarela e à assistência da população amazônica, permitindo a ocupação de importantes zonas de produção de borracha e minérios (muito demandados pela Segunda Guerra Mundial e pela influência norte-americana), foi quando se deu a criação da Fundação Serviços de Saúde Pública (1), que também esteve presente em diversas outras regiões do país (como Nordeste e Minas Gerais). Era atribuição do então Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) fazer o controle das epidemias e organizar alguma prestação de serviços para aqueles que não estavam cobertos pela previdência (2).

Em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que naquela época ainda tinha público bastante restrito e que teve como tema a municipalização dos serviços de saúde, destacam-se algumas ideias as quais mudariam essa forma de organização da atenção à saúde no Brasil. Já se falava em ampliação do acesso, em descentralização e municipalização da gestão (2), integração e planejamento das ações, em uma lógica desenvolvimentista capitaneada por Mário Magalhães e Wilson Fadul (1).

Nestas décadas, a corrente de pensamento do Movimento Preventivista traz para a discussão a necessidade de transformação da formação dos profissionais de saúde de forma a atender as necessidades de saúde da população (3). Por um lado a Medicina Preventiva era colocada como integradora do currículo, sendo capaz de fazer abordagens “humanísticas” e desenvolver o ensino extra-hospitalar (4).

Por outro lado, ainda que o termo “necessidades de saúde” tenha recebido diversas definições, tal discussão trouxe para o debate temas como a hierarquização dos serviços de saúde, a extensão da cobertura com racionalidade gerencial e “simplificação tecnológica”² (4) o que marca as discussões sobre a formação em saúde e organização do sistema. De toda forma, este momento, nas décadas de 50 e 60, não logra alcançar o mesmo impacto de mudanças que o Relatório Flexner havia conseguido anteriormente, mantendo-se a predominância de uma lógica cientificista, uma opção mecanicista que reduz o olhar médico (5).

A partir de 1964, durante os governos militares, os debates tomaram rumo diferente do que estava sendo anunciado, por exemplo, pela III CNS. As organizações corporativas de atenção à saúde, os IAPs, foram unificadas, com um nivelamento por baixo da qualidade da assistência prestada, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. A população incluída para acesso a esses serviços eram os trabalhadores formais, de carteira assinada. O órgão também geria aposentadorias e pensões (2).

Foi um período de investimentos de capital na atenção hospitalar, especializada e privada. A prática geral era financiar, através do recurso da previdência, o desenvolvimento de instituições privadas as quais prestavam serviços ao INPS, em uma lógica assistencial focada na medicina curativa. Isso, aliado, dentre outros fatores, ao pagamento por produtividade, tornou este sistema fonte de corrupção, com baixa resolutividade e custo crescente (2).

A despeito da repressão política, ao longo dos anos 70 diversas teorias e movimentos também foram se desenvolvendo. As experiências das unidades de saúde

² A definição destes termos pode ser encontrada em Schraiber (4).

menores ganharam visibilidade de profissionais e acadêmicos e, simultaneamente movimentos sociais, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), organizavam-se. Ainda na década de 70, desta combinação de deslocamentos, amadureceram teorias, ideias e sonhos relacionados a uma nova forma de se organizar as políticas de saúde no Brasil, alimentadas também pelas diversas experiências interessantes que ocorriam mundo afora.

Neste período, trabalhadores e pensadores da saúde se organizaram. Surgem o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), refletindo os acontecimentos e ideias que cresciam entre os movimentos políticos e sociais organizados. Essas entidades passaram a ter importante papel na formulação e na repercussão política dos preceitos que vão embasar a Reforma Sanitária. Simultaneamente, lideranças do movimento sanitário entram para a burocracia estatal, na saúde e na previdência, através de espaços abertos, por exemplo, no Conselho de Desenvolvimento Social (que buscava propor projetos para lidar com as graves crises sociais que o governo militar enfrentava) (2).

Também neste período, o acesso a assistência em saúde começa a ser expandido, por exemplo, através dos serviços de urgência que começam a atender também os não-previdenciários (1977). A crise financeira vigente começa a pressionar por uma maior racionalidade administrativa, que passa a ser reconhecida como sendo possível apenas com a descentralização da assistência. A reforma da saúde acelera-se com as Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de 1982, pressionando um deslocamento de responsabilidades para nível estadual, e em 1987, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) avança, de maneira tímida e heterogênea, para a descentralização municipal (1).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) ocorre em clima de luta pela redemocratização, com ânimos, sonhos e esperanças renovados. Ideias até então gestadas às vezes quase em segredo, ou experimentadas apenas em âmbito local ganham espaço, voz e reverberam em meio a um evento com milhares de militantes, usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. Um novo sistema de saúde ganha corpo, defensores, princípios e diretrizes.

Posicionamentos críticos também ganham força dentro do campo da formação e passam a provocar movimentos para que o ensino dê-se para além dos hospitais, retoma-se o discurso da aprendizagem em unidades básicas de saúde, da integralidade, incorporando também o ensino de ciências sociais e humanas nos currículos. É nesta década que a rede de Integração Docente-Assistencial (IDA) expande-se trabalhando no sentido da integração ensino-serviço (3), financiada por entidades internacionais como a OPAS e a Fundação Kellogg's (5). Esta iniciativa propiciou um importante debate sobre a integração ensino-serviço, chegando a receber incentivos do Ministério da Educação, conquistou um lugar de experimentação focal e acabou mantendo-se como mais um ponto do currículo, sem impactá-lo profundamente (6).

Por fim, a década vai se encerrando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual inclui diversos pontos levantados na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A Constituição passa a considerar a saúde como direito de todo o cidadão e passa a ser responsabilidade do Estado prover as formas pelas quais ela pode ser preservada, alcançada ou produzida, as quais devem ser equânimes e devem abordar as pessoas e seus processos de saúde e doença integralmente (7). Os capítulos da saúde foram regulamentados em 1990, através das leis 8080/90 e 8142/90.

Esse arcabouço legal colocou desafios importantes à organização sanitária nacional. O texto da Carta Magna (artigos 196 a 198 e 200) reconhece a saúde em diversos de seus determinantes e a necessidade de bem-estar físico, psíquico e social. O sistema de saúde passou a englobar, legalmente, além da assistência à saúde de qualquer nível de complexidade a qualquer cidadão que necessite, a prevenção de agravos e a reabilitação da saúde, bem como a vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional, ambiental e de saúde do trabalhador, a formulação de políticas, saneamento básico, formação de recursos humanos e a assistência farmacêutica (8).

Uma missão deveras complexa que deveria ser orientada por certos princípios e diretrizes. Universalidade do acesso, Integralidade e Equidade da assistência devem ser acompanhadas do Direito à Informação, Orientação das ações mediante os perfis epidemiológicos, preservação da Autonomia do cidadão, Participação da Comunidade, Descentralização político-administrativa com comando único em cada esfera (cabendo mais aos municípios a responsabilidade da execução dos serviços/ações, com regionalização e hierarquização da rede) e o trabalho interfederativo (8).

A Reforma Sanitária brasileira retoma então a velha questão da dissonância entre as necessidades da população e do sistema de saúde e o modelo formativo das escolas de saúde. Como citado acima, esse problema já é colocado na década de 40. Schraiber (4) cita documentos da década de 70 evocando a necessidade de mudanças curriculares. Essa mesma autora coloca que a constante “tese da inadequação” estaria relacionada a uma concepção de educação escolar que seria ao mesmo tempo produto e instrumento, um produto da produção econômica e produtora da mesma. Assim, teríamos, ao mesmo tempo, a necessidade de transformação do ensino de saúde para se avançar em um modo de

produção coerente com o evocado pelo SUS, mas também uma formação que é reflexa da forma como o trabalho em saúde está organizado.

Neste tempo pleiteia-se um fortalecimento da Atenção Básica, mas as escolas médicas ainda têm o hospital como campo quase exclusivo de práticas. Evoca-se a necessidade de ampliação do diálogo da formação com outros serviços produtores de saúde. A década de 90 é marcada pelas disputas por transformações e reformas de sistemas de saúde e de formação (lutas que ocorrem até hoje). A implementação das mudanças tem sido executada gradualmente, com diversos limites e dificuldades, mediante o equilíbrio das diversas forças e interesses envolvidos.

Uma das diretrizes do SUS ainda muito disputada, tanto em concepção como em forma de operacionalização, é a Descentralização, a qual teve grandes dificuldades de ser operacionalizada no início dos anos 90, mas mediante as pressões políticas vem avançando. Repasses fundo a fundo cresceram e municípios assumiram crescentes responsabilidades através de inúmeros mecanismos de pactuação de gestão e que reconheciam a importância da descentralização e da regionalização (as NOBs SUS 93 e 96, NOASs SUS 2001 e 2002, reconhecimento de gestão semiplena e plena do sistema e o Pacto de Gestão). Além de gestores e ordenadores do sistema, os municípios também se tornaram a esfera federativa que, proporcionalmente, mais gasta com saúde (quase todos os municípios cumprem com a Emenda Constitucional - 29³ e muitos chegam a investir bem mais de 20% de sua receita em saúde, quando o mínimo seria 15%), bem como formuladores das políticas de saúde a serem executadas localmente.

³ Emenda promulgada em 2000, que fixa percentuais mínimos de gastos em saúde para cada esfera federativa, além de especificar o que é considerado gasto em saúde. Foi recentemente regulamentada, mas com modificações que representaram quase nenhum avanço no financiamento do SUS.

Esse processo tem sido conflituoso e com diversos paradoxos. Quando falamos em modelo de atenção, por exemplo, há uma grande heterogeneidade de modelos implantados, a despeito das políticas ministeriais de indução. A definição disso vai além de avaliação de risco ou de vulnerabilidade ou de necessidade da população. São vários os condicionantes, como a vontade política do dirigente local, a pressão da sociedade civil (mais ou menos corporativa), o clientelismo, as práticas políticas degradadas e as múltiplas relações de poder que atravessam o município (9), muitas vezes pouco preocupadas com a organização do sistema ou com a efetividade de suas ações.

Ao passo em que esta característica do SUS surge como uma aposta na autonomia dos entes federados para adequar as políticas às suas realidades locais, também rompe a frágil linha que os mantém unidos para a constituição de redes. O processo de descentralização foi tomado, muitas vezes, como um movimento exclusivamente de municipalização, o que isolou o município e dificultou o desenvolvimento de uma rede de cuidados (10). Para o ensino em saúde significa que a relação entre serviços de saúde e universidade vai depender de uma composição muito singular diretamente relacionada à forma como cada município está operando, complexificando ainda mais a constituição territorial dessas redes.

No campo da formação em saúde, a década de 90 também foi marcada por importantes movimentos. Por exemplo, os Projetos UNI promoveram reformas curriculares, com o financiamento de entidades internacionais, a partir da defesa da integração ensino-serviço-comunidade como fundamental para as reformas dos aspectos formativos do currículo (3). Posteriormente estas iniciativas de aliam às redes IDA, constituindo a Rede Unida.

Nesse período, a corporação médica tem que se a ver com o fortalecimento da proposta de se fazer um exame de egressos, a cuja aprovação seria condicionado o exercício da Medicina, proposição que vinha a responder a propalada crise na saúde, a qual a culpa era comumente atribuída aos médicos. Contrapondo a essa pressão, mediante a articulação de algumas entidades da categoria médica e do ensino universitário, criou-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) (5), que trabalhou por uma década construindo avaliações da formação do profissional médico na graduação e propondo linhas de intervenção nos currículos. Essa comissão, composta predominantemente por entidades médicas (de estudantes, sindicais, de ensino, reguladoras e associativas) e/ou universitárias, trafejou pelas discussões do ensino orientado às necessidades de saúde da população e do currículo integrador, chegando à discussão de articulação com o SUS e com a comunidade (3) (11). Sempre existiu certa tensão constitutiva do diálogo entre essas entidades por dentro da comissão (5). No momento da chamada 4ª Fase do projeto, a partir de 2001, as disputas de ideais e de projetos tornou-se inegociável culminando com a dissolução da mesma (como pode ser depreendido da carta em que a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM (11) anuncia que se retira da comissão). A intensa produção dessa comissão foi importante influenciadora das políticas e ações que se desenrolaram na década seguinte, o que será alvo de abordagem específica à frente (5).

A despeito de tantas iniciativas e movimentações, diversos desafios permaneceram tirando o sono de gestores, trabalhadores e usuários. Dentre eles podemos perceber uma desqualificação de muitas equipes gestoras, que assumiram as responsabilidades com a descentralização, para dar conta de toda aquela missão colocada na Constituição. E ainda

tendo que lidar com um gravíssimo desfinanciamento e uma relação entre público e privado promíscua e pouco clara. Sobram dificuldades em se conseguir profissionais com a formação adequada para esse sistema. Ainda existem no Brasil grandes gargalos e vazios assistenciais, por mais que a Atenção Básica⁴ tenha se expandido de forma significativa, a cobertura da estratégia de Saúde da Família ainda é de apenas 52,75% da população (12), e o acesso a especialidades e a exames diagnósticos é bastante restrito. As marcas dos modelos cientificistas, biologicistas, de organização centrada no hospital e nas especialidades, dos quais é exemplo a hegemonia flexneriana nos currículos, seguem profundas na gestão, na atenção e na formação.

Foram adotadas diversas formas, das mais variadas influências, na tentativa de romper com esse paradigma herdado. A composição muito singular das linhas de força, de poderes instituídos, as condições sociais e econômicas dos diversos municípios e estados, além da composição de diversas outras questões, quase sempre muito peculiares a cada região (questões geográficas, culturais etc.), somadas à descentralização e à autonomia federativa, deu abertura para que os modelos de gestão e atenção adotados fossem múltiplos, em influências, concepção, grau de implantação e de misturas entre os projetos. No Brasil, os projetos de Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária, tradicionalmente, não foram capazes de romper com os paradigmas da medicina de mercado (13) e no ensino também não imprimiram as mudanças substantivas que se esperava (4).

Encampano esses projetos e modificando-os, a Saúde Coletiva discute a transformação dos modos de produção capitalista para dentro das formas de se trabalhar e gerir em saúde. Busca-se, assim, teorizar e propor alternativas aos arranjos organizativos e

⁴ Existem diversas correntes de pensamento que distinguem os termos Atenção Primária e Atenção Básica, tal discussão não é objeto neste trabalho, e, assim como na Política Nacional de Atenção Básica de 2011, serão considerados sinônimos.

assistenciais vigentes até então, elegendo a elaboração de arranjos técnico-institucionais que conseguissem responder às necessidades cotidianas dos usuários na busca de melhor saúde (13).

Diante de tal multiplicidade de arranjos, de modelos de atenção e de gestão, de formas de se conceber os serviços de saúde e organizá-los cada município terá sua forma de organizar o relacionamento com as Instituições de Ensino e de organizar os estágios na rede de serviços de saúde. Muitas vezes o gestor busca essa parceria no intento de superar o importante desafio de formar profissionais para o contexto apresentado, para o SUS, procurando levar em consideração a intenção de colocar a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (14). Para isso, seria desejado um médico de perfil mais generalista, capaz, por exemplo, de atuar no território da unidade, lidando com o complexo perfil epidemiológico no qual o país tem avançado⁵ e fazendo a gestão dos casos, mas os gestores têm tido dificuldades em encontrá-lo.

Coloca-se um desafio ao percebermo-nos diante de um perfil de formação do profissional médico pouco vinculado ao SUS⁶ e com centralidade formativa no hospital, na especialidade e no procedimento (15), seguindo as influências do Relatório Flexner e da própria constituição do sistema de saúde brasileiro. Dentre outros, esse foi um dos motivos que marcou a última década por discussões sobre processos de mudança curricular para a graduação. Uma discussão paradoxal, em que se procura formar médicos (talvez) não tão adequados ao aspirado mercado de trabalho privado, enquanto a própria escola médica é

⁵ Aumento da quantidade de doenças crônicas, degenerativas e neoplasias, sem abandonar totalmente taxas elevadas doenças infecto-contagiosas, ainda precisando lidar com as infectocontagiosas emergentes ou ressurgentes e a alta morbimortalidade por causas externas.

⁶ Como indícios disso temos uma pesquisa do CREMESP de 2002 mostrava que em 1999 48,1% dos médicos trabalhavam no setor privado, quase 25% como autônomo (79) e pesquisa do Conselho Federal de Medicina aponta, dentre outros dados, um aumento na ocupação de postos de trabalho no setor privado muito superior ao do setor público (80).

um reflexo das formas de organização da prática médica, já transformada em mercadoria pelo sistema capitalista (16), tendo a educação médica escolar um papel na reprodução da diferenciação técnica e social do trabalho médico, enquanto este explica a dinâmica relativamente subordinada da educação médica (4).

Sob a influência dos movimentos das décadas anteriores (Cinaem, Uni e Ida), em 2001 é criado um arcabouço legal sobre o qual os movimentos reformistas dos currículos trabalham. Primeiro a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional altera uma questão importante, passa do “currículo mínimo” as “diretrizes curriculares”. Aquele estabelecia, nacionalmente, conteúdos mínimos a partir dos quais cada Instituição Formadora elaborava seu currículo. Já o parâmetro sucessor estabelece competências e habilidades que devem ser desenvolvidas pelo estudante ao longo do curso (17). Isso flexibiliza a constituição das grades curriculares de cada Instituição, abrindo a possibilidade de singularização da formação mediante o contexto loco regional, questão importantíssima para o SUS (sem dúvida, um profissional formado no Rio Grande do Sul terá ênfases e cotidianos de atuação distintos de um profissional formado em Roraima, por exemplo). Tal mudança também vai de encontro com a diretriz da Descentralização do SUS brevemente comentada acima. Assim, os sistemas de saúde e de ensino universitário passam a permitir arranjos singulares em suas próprias organizações, mas ainda mais únicos nos pontos de contato destes dois mundos.

No mesmo ano, uma resolução interministerial (Educação e Saúde) estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Neste documento postula-se que o médico formado nos anos 2000 deverá ser capaz de determinadas atuações diferentes das que se preconizava até então.

Recomendando, no artigo 3º, que o curso de graduação em Medicina tenha como egresso um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Também menciona que este médico deve formar-se apto a ser gestor de uma equipe de saúde (capaz de gerenciar e administrar recursos humanos e materiais), capaz de atuar em atividades de política e planejamento em saúde e capaz de trabalhar em equipes multidisciplinares. Ressalte-se a importância colocada à educação permanente no sentido de que este profissional, além de ser capaz de “aprender continuamente”, deve “ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais” (18). As diretrizes recomendam a integração ensino-serviço e o uso de metodologias ativas de aprendizagem como métodos capazes de vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Definindo princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação deste profissional, as diretrizes preconizam que cada profissional deva “assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde”, e que seja capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos.

Tal descrição não deixa de englobar, também, antigas descrições do médico que seria necessário formar, como as citadas por Schraiber, uma do relatório da Conferência de Colorado Springs (19) e outra publicada em 1979, na revista *Educación Médica y Salud*,

por Fraga Filho, C. e Rosa, A.R. Existem diferenças nesses discursos, mas o tema e a iniciativa não são novos. De toda forma, o fato de a discussão constar em documentos oficiais apoia a reformulação dos projetos pedagógicos de algumas escolas médicas. Contudo ainda fica pouco claro como realmente se daria, na prática, a articulação da formação e da Instituição de Ensino com as necessidades da população e os serviços do SUS.

Após isso, sucedem-se uma série de programas de incentivo às transformações curriculares e de formação propriamente dita que aprofundam, detalham e até direcionam as questões colocadas pela resolução supra comentada. O primeiro é o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (Promed), lançado através de portaria interministerial (das pastas de Educação e Saúde), em março de 2002. Este pretendia incentivar: a inovação do processo de formação médica de forma a responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro, o estabelecimento de cooperação entre gestores do SUS e universidade, a ampliação do ensino na rede básica de saúde, mudanças no modelo pedagógico buscando metodologias ativas e centradas no estudante (20). Até 2003 foram investidos R\$ 8 milhões em 20 escolas selecionadas, para investimentos em consultorias, oficinas, requalificação docente e compras de materiais de ensino (21). Foi um importante processo mobilizador da discussão sobre reforma curricular nas faculdades, entretanto, ainda limitado apenas aos cursos de Medicina, em uma perspectiva muito pontual e vertical.

Após 2003, o Promed deixa de existir e é criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Aos poucos esse programa amplia os incentivos à mudança curricular também para os cursos de Enfermagem e

Odontologia, abrangendo as categorias profissionais de nível superior da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família brasileira. Assumindo uma postura mais incisiva no direcionamento da formação, assevera que esta deve incorporar como princípio norteador o preceito constitucional que afirma a “saúde como um direito e um dever do Estado” e como diretriz a garantia de uma atenção à saúde universal, integral e de qualidade a todos os brasileiros, valorizando a rede básica como componente estratégico na prestação de serviços (22).

Tendo essas questões como pano de fundo, o Pró-Saúde sugere o desenvolvimento de programas de ensino que viabilizem a interação ativa do aluno com a população e com os profissionais de saúde desde o início do processo de formação, com o objetivo de proporcionar ao estudante a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais “assumindo responsabilidades crescentes como agente formulador e prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia” (22). Espera-se, com isto, que ocorra um ingresso no mercado de trabalho de profissionais melhor qualificados e com atuação voltada a uma assistência universal e integral à população.

E as ações governamentais para a transformação do ensino e, conseqüentemente, do profissional formado não pararam nas que atingiam diretamente o currículo formal. Foi identificada potencialidade em trabalhar e reforçar com os alunos as questões pertinentes ao SUS também no currículo paralelo⁷, assim como disparar processos formadores para apoiar as mudanças curriculares diretamente junto a docentes, tutores, trabalhadores e gestores.

⁷ Lampert (78) define currículo paralelo como:

“conjunto de atividades extracurriculares que os alunos de medicina desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela escola médica na busca de experiências clínicas, no acompanhamento de serviços e de profissionais. Nesses estágios, de modo geral, não existem programas pedagógicos, relação tutorial ou supervisão formal, e eles são aceitos e até estimulados ou promovidos por docentes, quando não pela própria escola”.

Assim surgiram diversas iniciativas como os Estágios Nacionais de Vivência em SUS, o AprenderSUS e o PET-Saúde (seguido pelas versões Saúde Vigilância e Saúde Mental).

Já havia experiências de estágios de vivência sendo desenvolvidas, principalmente na parceria entre entidades estudantis (com particular influência os Centros Acadêmicos de Medicina e a DENEM) e secretarias municipais ou estaduais de saúde. Em 2003 começa a se articular o VER-SUS/Brasil em uma parceria do Ministério da Saúde com as entidades estudantis das 16 profissões de saúde. Tendo ocorrido em 2004 e 2005, em períodos de 15 a 20 dias subsequentes em diversas cidades do país (23)⁸.

Esses estágios visavam: valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes do espaço de vivência no processo da Reforma Sanitária; provocar reflexões acerca do papel do estudante enquanto agente transformador da realidade social; contribuir para a construção da consciência acerca da saúde em seu conceito ampliado; sensibilizar gestores, trabalhadores e formadores do sistema de saúde, estimulando as discussões e as práticas de educação permanente, reafirmando o SUS em suas ações; contribuir para o amadurecimento da prática interdisciplinar e multiprofissional, para a articulação interinstitucional e intersetorial e para a integração ensino-serviço no campo da saúde; contribuir para o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação e sobre a implementação das diretrizes curriculares da saúde, de forma que contemplem as reais necessidades do SUS e da população brasileira e estimular a inserção dos estudantes no Movimento Estudantil e em outros Movimentos Sociais (24).

O AprenderSUS, em 2004, reconhece que os múltiplos movimentos por mudanças nas graduações dos cursos de saúde ainda tem sido insuficientes ao manter essa formação

⁸ Interessante pontuar que os Estágios de Vivência voltarão a ser realizados em meados de 2012.

alheia às organizações da gestão, ao debate crítico sobre a estruturação do cuidado na saúde, permanecendo impermeáveis às instâncias de controle social do SUS, mantendo modelos “mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico”, que tem o hospital como cenário de aprendizagem preferencial. E assevera:

“a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações”,

englobando uma produção de subjetividades, de habilidades técnicas, de pensamento e de conhecimento adequados ao SUS. Na ocasião dessa iniciativa se propunha a sistematização dos conhecimentos e práticas que vinham sendo produzidos na temática da formação em saúde, com vistas a formar ativadores de processos de mudança na graduação e disparar processos de formação e intervenção articulados com os Pólos de Educação Permanente (25).

Já o PET-Saúde, iniciado em 2009, vem com uma aposta clara de formação simultânea dos atores da academia e dos serviços de saúde, investindo na formação de grupos de aprendizagem tutorial. Visa facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade, institucionalizando as atividades pedagógicas dos serviços de saúde e valorizando estas atividades pedagógicas, promover a capacitação docente dos profissionais das unidades, estimulando também a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e de pesquisa dentro da universidade. A abrangência desse

projeto é cada vez maior e mostra-se de grande potencial interventor nos serviços e na academia, isso porque a cada professor preceptor de grupo, seis trabalhadores recebem bolsas de tutoria e 12 alunos recebem apoio financeiro como bolsa de iniciação científica, a estes se agregam outros alunos de graduação e mesmo de pós-graduação, trabalhadores e gestores, mesmo que sem bolsa. Em 2010 foram selecionados 111 projetos, os quais formaram 459 grupos de PET (26).

O caso da Reforma Curricular do curso de Medicina da Unicamp

Neste contexto, em 1997 um plano de metas derivado de uma avaliação institucional externa apontou que a Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), necessitava ampliar sua atuação junto ao SUS, promovendo atividades de ensino em unidades de saúde de complexidade primária e secundária.

Ampliando esse debate, em 1998, o “Seminário sobre Ensino de Graduação em Medicina”, acabou apontando a necessidade de uma reforma imediata no currículo médico da Unicamp. Seu documento de síntese das discussões indica que o médico formado deveria ser generalista, capaz de trabalhar em equipe, com inserção e conhecimento da organização do SUS, participativo social e politicamente, capaz de buscar e propor alternativas, com uma visão holística do ser humano (27). Iniciam-se os esforços de implementação desta reformulação, através de uma comissão ligada à diretoria, supra-departamental e com representação discente, instaurada no ano seguinte.

A reestruturação leva em especial consideração o disposto no artigo 43 da LDBEN 9394/96 (28), que preconiza que “a educação superior terá de estimular a criação cultural e

o desenvolvimento de espírito científico e do pensamento reflexivo”, bem como “incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica”, “prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade” e “promover a extensão” (29).

A partir desse primeiro seminário foi pensado, formulado e progressivamente estruturado, com mais detalhes, a transformação do 1º ao 4º ano do currículo médico, o qual passou a ser modular e privilegiou (teoricamente), em sua formulação, a integração interdepartamental, a integração dos ciclos básico e clínico, a adoção de novos métodos pedagógicos de ensino, o contato precoce com o paciente, a expansão e a inserção de cenários de práticas diversificados. Tais aspectos já atendiam aos critérios tanto do Promed, quanto do Pró-Saúde. O desenvolvimento deste currículo se dá no caminhar do mesmo já que sua primeira turma começa a cursá-lo em 2001, com apenas os dois primeiros anos amarrados.

Logo no ano de implantação da reforma curricular houve um expressivo aumento das unidades básicas de saúde, usadas como campos de estágio passaram a ser doze para receber os alunos do primeiro ano, a maior parte delas localizadas nas proximidades da Unicamp e outras, obedecendo a diretrizes da SMS/Campinas e interesses de alguns setores da FCM, em regiões carentes e distantes da universidade.

A parceria do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), que a partir da reforma teve sua carga didática consideravelmente ampliada, com a rede de saúde de Campinas aprofundou-se. O Departamento passava a ser responsável ou a participar de disciplinas em todos os anos da graduação, levando os alunos (divididos em grupos menores) para unidades de Atenção Básica (localizadas em quatro dos cinco Distritos de

Saúde do município) no 1º, 2º e 4º anos (chegavam a ser mais de 30 grupos somando esses três anos de curso). Os profícuos diálogos entre gestores e professores universitários, facilitados e provocados por essas experiências, permitiram sua aglutinação em um esforço para pensar a relação da universidade com os serviços de saúde, com a inclusão de alunos e trabalhadores nas conversas.

Neste processo de reformulação, faltava repensar os dois últimos anos da graduação, chamado de Internato, para isso, em 2003, foi realizado um novo seminário, com enfoque específico nesta etapa do curso. As conclusões sobre o médico que se queria formar com este novo currículo foram semelhantes às do seminário anterior. E os debates apontaram que o internato também deveria expandir e aprofundar cenários de práticas distintos do hospital universitário terciário/quaternário.

Assim, a “saída” da predominância absoluta do hospital universitário sobre o currículo deu-se com a expansão da permanência do aluno na rede primária de saúde de Campinas desde o primeiro ano, em disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva, Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria. A expansão também ocorreu na rede secundária, através do aumento ou inserção de carga horária de estágios no Hospital Estadual Sumaré (HES), onde passaram a existir estágios de Semiologia e Propedêutica, Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia. Este serviço hospitalar já nasceu com o vislumbre de que serviria ao ensino mesmo tendo demorado alguns anos até atingir essa meta mais plenamente (no início apenas poucos residentes estagiavam no hospital e contava com apenas um mês de estágio em toda a graduação). Aqui faremos um recorte, o HES não será foco de trabalho no momento, com o avançar da discussão ficará mais claro os motivos para a escolha dos locais onde o campo de pesquisa se dá.

Temos, então, certa gama de disciplinas atuando junto à Atenção Básica do município:

- No primeiro ano a disciplina Ações de Saúde Pública divide alunos de Fonoaudiologia e de Medicina em oito Centros de Saúde, para os quais vão cerca de uma vez por semana. Na pauta estão as discussões sobre produção de saúde, determinantes do processo de saúde-doença e relação com o território, contato com a rede SUS e a relação com a atenção à saúde, trabalho em equipe multiprofissional e em relação com usuários, comunidade e território (30).
- Buscando realizar um debate sobre as relações entre saúde e sociedade, determinações sociais de condições de saúde, uma análise sociológica e antropológica nos campos da medicina e da doença e sobre os impactos do desenvolvimento técnico-científico na prática médica o módulo Saúde e Sociedade (4 horas por semana), do segundo ano médico, distribui seus alunos em cinco centros de saúde da rede de Campinas, ou às vezes, em outros tipos de unidades (Pronto Socorro, Centro de Referência em DST/AIDS etc.) (31).
- No quarto ano do curso de Medicina da Unicamp existe um grande módulo denominado Atenção Integral à Saúde, nele o aluno passa o ano inteiro com uma agenda quinzenal de atendimento em UBSs nas áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/ Obstetrícia, sendo 4 horas para cada. Esses submódulos objetivam o ensino de anamnese e exame físico (iniciado em ambiente hospitalar, no 3º ano), diagnóstico, propedêutica, tratamento e prescrição para as situações mais comuns da prática clínica, integração desses itens no seguimento do paciente, exercício do raciocínio clínico e da atenção integral à saúde, compreensão do atendimento

domiciliar e da elaboração de projetos terapêuticos. O submódulo de Saúde Coletiva trabalhará no mesmo espaço que o módulo anterior, mas em momento diferente, fazendo a discussão do trabalho multidisciplinar, da epidemiologia em serviço, da visita domiciliar e da saúde familiar e a reflexão da prática clínica na atenção básica. Para isso os alunos dividem-se em 10 turmas que se alternam quinzenalmente em cinco centros de saúde (32).

- A passagem pela Pediatria (Disciplina Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente), no 5º ano, inclui, dentre seus submódulos, a passagem pela Pediatria Social. Esta visa permitir ao aluno vivência das práticas clínicas pediátricas na atenção básica, compreendendo a dinâmica da vida em família e institucional da criança, acionando mecanismos de proteção à saúde, aprendendo a encaminhar quando necessário e realizando visita domiciliar. Espera-se o desenvolvimento de certo elenco de habilidades e competências clínicas. Grupos de três a cinco alunos rodíziam em dois Centros de Saúde, por seis períodos (4 horas) por semana, por duas semanas (33).
- Ainda no 5º ano, o módulo de estágios Atenção Integral à Saúde do Adulto tem diversificadas inserções de seus submódulos nos Centros de Saúde de Campinas. O submódulo DST/Hanseníase/Dermatologia Clínico-cirúrgica insere os alunos em dois serviços, por cinco manhãs por semana, durante três semanas. O submódulo de Imunologia e Oncologia tem uma entrada pontual de uma manhã em um Centro de Saúde. Por fim, o submódulo de Atenção Primária à Saúde do Adulto tem uma inserção transversal aos outros submódulos, levando os alunos alguns períodos da

semana, ao longo de todo o módulo, em sistema de rodízio por escala, a um serviço.

Também se espera o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas (33).

- No 5º ano também existe o módulo Atenção Clínico-Cirúrgica, que no submódulo Atenção Primária à Saúde do Adulto leva os alunos novamente a um Centro de Saúde, durante uma manhã a cada 15 dias corridos, nos cerca de 20 dias úteis de estágio. Repete-se a questão de se desenvolver habilidades e competências clínicas ao longo do estágio (33).
- Por fim, o módulo Saúde Coletiva, através do submódulo Planejamento e Gestão, leva os alunos do 5º ano para um dentre três Centros de Saúde. O foco é a discussão da gestão da atenção passando pelos debates de clínica ampliada, cuidado em saúde, humanização, integralidade, intervenção coletiva, trabalho multiprofissional e interdisciplinar, construção de projeto terapêutico, formação e educação permanente. Ocupa metade do tempo ao longo dos 10 dias de estágio no módulo (33).

Atualmente o DMPS vem tentando concentrar as disciplinas sob sua responsabilidade, especialmente as de 1º e 2º anos, nos mesmos serviços ao longo de toda a graduação, buscando alguma continuidade e integração entre as mesmas para superar alguns dos paradoxos que enfrenta. Estas disciplinas estabelecem como campo Centros de Saúde espalhados por quase todo município (Distritos de Saúde Norte, Leste, Sul e Sudoeste). Isso não ocorre com as disciplinas, predominantemente clínicas (ambulatoriais), das outras áreas, incluindo a do 4º ano, (Clínica de adulto, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia) que acabam por concentrar-se nos serviços geograficamente mais próximos da Unicamp.

Por este elenco percebe-se a relevante presença dos alunos na rede básica de saúde. E, apesar de ter ocorrido considerável expansão, ainda questiona-se sobre a suficiência dessa expansão ou sobre o quanto está realmente integrada aos serviços em que se instalou. Como já colocado, facilmente a presença nos serviços não-hospitalares apenas reproduz todo o modo de fazer já instaurado na Universidade, podendo até ser encarado como uma forma de liberar tempo/espço para o ensino que “realmente importa” (no hospital).

Já cabe ressaltar alguns paradoxos ou linhas de tensão nessa expansão da carga horária dos alunos na Atenção Primária. Quando a FCM foi contemplada com o Promed e depois com o Pró-Saúde, os recursos foram utilizados, predominantemente, no suporte das disciplinas clínico-ambulatoriais o que incluiu reformas e/ou ampliações das unidades básicas utilizadas por estas disciplinas e ações de incentivo e promoção à participação de tutores (alguns trabalhadores da própria rede) nas mesmas. Ressalte-se que, em geral, as unidades contempladas eram as próximas ao campus principal da Universidade (onde está o Hospital das Clínicas e o curso de Medicina). Apenas após alguns anos, unidades dos distritos Sul e Sudoeste (mais afastados) receberam algum tipo de recurso dessa natureza.

Contexto de Campinas diante da Reforma Curricular

Essa reformulação curricular impacta na rede de serviços de Campinas. Trata-se de uma rede pioneira, cujas experiências influenciaram a própria constituição do SUS. Remonta os anos 70, década a qual começou com seis Postos Comunitários de Saúde e, acompanhando o expressivo crescimento populacional do período, terminou com 20 (34). A expansão dos serviços de saúde (em todos os níveis do sistema) continuou e a Secretaria

Municipal de Saúde esteve em consonância com o SUS na medida em que este descentralizava a gestão e os serviços, cumprindo com uma de suas diretrizes, a secretaria assumia a gestão destes.

A partir de 2001 busca-se implantar um projeto pautado pela experiência empírica e teórica do “Modelo em Defesa da Vida” (sobre o qual se falará brevemente adiante) de organização da rede e da gestão. Este recebeu, naquele momento e lugar, a denominação de projeto Paidéia de Saúde da Família. Um projeto que afirmava, entre outros, a pertinência do arranjo político do Programa de Saúde da Família e dele se diferenciava e/ou se singularizava através da afirmação de diretrizes que vinham sendo construídas junto ao SUS nos anos 80 e 90 (e experienciadas em Campinas, Piracicaba, Belo Horizonte, Ipatinga, Betim, Sumaré, Hortolândia, Volta Redonda e Paulínia - (13)).

O referido projeto, ao se nortear pelas diretrizes de vínculo, responsabilização e integralidade, propõe modos de organização do sistema em que se destaca: o estímulo à cogestão dos serviços, por parte dos usuários, trabalhadores e prestadores; o arranjo denominado Equipe de Referência como unidade de produção central à rede básica, o matriciamento das equipes, a preocupação com a integralidade e qualificação da rede primária, secundária e terciária, a produção de dispositivos e arranjos que efetivem uma Clínica Ampliada (35) e que concretizem, no cotidiano, ações de Saúde Coletiva, o Acolhimento (36) e a discriminação positiva de risco (37).

É importante reconhecer que, ainda que setores das universidades tenham tido importância fundamental na constituição do sistema de saúde público de Campinas, em seus modelos de gestão/atenção (34), a entrada nos serviços para o ensino de graduação é algo mais recente. Os estágios universitários concentravam-se, até então, nas unidades do

distrito de saúde Noroeste, recebendo alunos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCC). Pela Unicamp, apenas um ou outro Centro de Saúde, nas imediações da Universidade, já recebia alunos. Ainda que já houvesse estágios em atenção básica no currículo da Medicina da Unicamp anteriormente eles eram cumpridos em Paulínia e tinham uma carga horária bem menor (38).

A expansão do ensino de graduação na rede básica, em 2001, coincide com a implantação do PSF/PAIDÉIA, o que propiciou aos alunos a oportunidade de observar, participar e/ou analisar a experiência de implantação do Modelo em Defesa da Vida / Projeto Paidéia de Atenção à Saúde (37, 39). Foi um período de intensas mobilizações na rede municipal de saúde, tanto devido aos novos processos de gestão, quanto à incorporação de alunos de graduação ao cotidiano de diversas unidades de saúde (como dito acima, apenas para o primeiro ano da reforma curricular da Unicamp já foram utilizados 12 Centros de Saúde).

É nesta mesma época, diante de tanta movimentação, que a Secretaria Municipal de Saúde, através do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) começa a criar instrumentos que auxiliem na relação com as Instituições de Ensino. Procurava-se pactuar as responsabilidades de cada instituição envolvida e reduzir conflitos. Dentre estes instrumentos estavam o documento de normatização de estágios, a Comissão de Apoio aos Estágios, o instrumento sobre intercorrência em estágios e o instrumento de Avaliação de Estágios (38).

Até este momento, na região do município onde se desenrola esta pesquisa, não havia estágios de nível superior. Estes começam em 2002 com a ida de alunos de Medicina

da Unicamp. Levar estagiários para essa região constituía-se em aposta política da secretaria naquela época (38).

Assim, todo este processo, novidade tanto para os profissionais da rede de serviços municipais quanto para os docentes da universidade, enseja demandas de ordem pedagógica, organizacional e política. Por um lado demanda a constituição de espaços de discussão e de deliberação sobre conteúdos, métodos, dinâmicas, responsabilidades e, por outro lado, precisa de um criativo processo de educação permanente e de investigação envolvendo profissionais da universidade e dos serviços de saúde. É desejável, igualmente, que os profissionais que atuam na rede e prestam apoio às atividades docentes mantenham uma relação próxima com seus pares da Faculdade de Medicina visando à produção de novos saberes que consigam responder aos desafios postos pela realidade dinâmica e complexa do ensino em serviço (39).

A relação com a Universidade não é algo dado, demanda preparo por parte dos gestores. Em Campinas tem ocorrido certa rotatividade entre os gestores e os mesmos não têm sido preparados nem para ocupar a função, nem para lidar com a relação mencionada (38). E, ainda que a Secretaria Municipal de Saúde conte com uma coordenadoria especificamente para esse tipo de assunto (CETS), tem se avaliado a insuficiência para que a mesma consiga lidar com as questões mais cotidianas (38), diante de um universo tão amplo de assuntos, serviços, estágios e parcerias. Mesmo sendo uma tarefa difícil, e às vezes conflituosa, artigos apontam o papel central do gestor nessa relação, que qualifica a gestão na valorização e compartilhamento de experiências (39), que articula a relação entre alunos e trabalhadores, assegura a operacionalização da disciplina, incorpora-a no cotidiano gerencial e dispara processos de educação permanente (40).

Capítulo 2 – Sobre a gestão dos encontros na saúde

A Gestão

Para lidar com um campo tão complexo e com tantas vertentes, surgiram (ou foram adotadas) diversas teorias sobre a gestão em saúde. Teorias às quais, sem dúvida, passam por distintas concepções do que é saúde, sujeito, coletivo, instituição, trabalho em saúde, público, privado, estado, sociedade etc. De tal forma que a incorporação de uma forma ou outra de se fazer gestão nunca é uma escolha meramente técnica, é também uma escolha política.

Não creio que caiba, aqui, detalhar as diversas formas de se fazer gestão que tem se desenvolvido, mas cabe sim lançar um breve olhar sobre a opção ético política que tenho adotado. Essa concepção de gestão também marcará o entendimento das relações entre trabalhadores, gestores, alunos e docentes, cujo singular encontro buscamos registrar e refletir neste trabalho.

Parto de uma necessidade de transformação das formas de se produzir saúde, entendendo que um projeto centrado no especialismo ou em um tipo de serviço de saúde (na tradição brasileira, hospitais) ou em corporações profissionais (tradicionalmente no médico, mas que em alguns lugares pode assumir outras centralidades), como tem sido tocado no Brasil, não dá conta de responder a toda complexidade social e à produção de saúde. A produção de saúde universal, equânime, integral e com participação social é uma importante forma de se avançar na construção da democracia e da justiça social.

E diante das insuficiências da Reforma Sanitária e das crises do SUS (que passam desde problemas de financiamento, questionamentos de gestão até a uma séria crise de

legitimidade social), entendo, em consonância com a corrente Em Defesa da Vida, que estratégias como territorialização, hierarquização, planejamento e programação tem sua importância, entretanto, não são suficientes para a transformação dessas formas de se produzir saúde (13).

É importante uma atuação não apenas no campo macroestrutural, mas também nas microesferas, no plano das relações cotidianas dos serviços e práticas, com uma qualificação contínua da gestão, incorporação permanente de novos sujeitos nas lutas pelas mudanças setoriais. Entendendo para isso a necessidade de fortalecimento de uma democracia institucional que incorpora o usuário como sujeito da mudança, valorizando seu papel no cotidiano dos serviços e em órgãos de representação como os conselhos de saúde.

É igualmente relevante a participação do trabalhador na gestão buscando entender e valorizar, a partir de determinados princípios éticos, políticos e estéticos a autonomia que lhes é inerente no momento da execução de seus atos de produção (ou não produção) de saúde no seu labor cotidiano. Como fazer da autogestão, do cuidado de si, do exercício da autonomia profissional e da criatividade atitudes e práticas que contribuam para a produção de vidas potentes constitui, em nossa opinião, um desafio central ao processo de gestão na saúde. Incorporar o trabalhador dessa forma passa por um entendimento do trabalho em saúde que, necessariamente, escape da alienação e do corporativismo, inserindo-se em um contexto organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde, facilitando, também, a satisfação profissional e pessoal dos trabalhadores (41).

Lidar e trabalhar nesta perspectiva demanda pensar (e modificar) os modos como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu objeto de trabalho, levando em consideração as especificidades do campo de produção do trabalho em saúde. Uma especificidade que

coloca que o trabalho se realiza, principalmente, em ato, no momento mesmo do encontro deste trabalhador com suas ferramentas e com o agente consumidor. O produto, o trabalho e o consumo dão-se ao mesmo tempo. Isso também coloca ao trabalhador um grande espaço de autogoverno de seu processo de trabalho (42). As diversas técnicas gerenciais desenvolvidas para enquadrar trabalhadores supostamente pouco produtivos e alienados parece que não têm dado conta disso.

Parece-me que se faz necessário, para essa discussão, a constituição de espaços coletivos de conversa e de deliberação, que produzam questionamento nas relações de poder, modificando-as (se necessário e possível), colocando em questão o espaço da gestão dos processos de trabalho, produzindo contratos e corresponsabilizações. Isso poderia se dar em espaços coletivos destinados à comunicação, à elaboração e à deliberação, pode ocorrer em espaços mais protegidos para trabalhadores e gestores ou em espaços que incluam diversos atores internos e/ou externos aos serviços (Colegiados, Conselhos e Conferências) de caráter mais duradouro e sistemático, ou em espaços mais episódicos, destinados a discutir casos, temáticas específicas, planejamentos etc. (35). As rodas que aí se formam podem colocar seus integrantes a criar possibilidades para as questões cotidianas, criando, recriando ou inventando a realidade, um arranjo para além de gerencial, uma aposta ético-política (43). Esses espaços, entretanto, não serão suficientes para a gestão do cotidiano dos serviços, inclusive sob pena de imobilidade da instituição, de tal forma que se fará necessário um importante espaço de gestão cotidiana, constituído pelo encontro diário dos diversos atores que habitam aquele espaço (35).

Esses espaços e esses encontros podem tornar evidentes os ruídos, os incômodos, que atravessam a instituição. Esse “barulho” pode ser uma forma de oprimir os anseios

latentes, provocando imobilidade, mas também podem ser percebidos como a existência de processos com uma potência instituinte, mas que não estão tendo espaço para seu aparecimento. Neste sentido seria importante lançar mão de ferramentas-dispositivos que deem voz a esses processos instituintes, criando “olhares analisadores ruidosos”. Entendendo que essas ferramentas precisariam ter a capacidade e a sensibilidade de dar visibilidade e dizibilidade para o “como” se trabalha naquela equipe/instituição, analisando “o quê” se está produzindo com essa forma de trabalhar e permitindo-se questionar “para quê” se está trabalhando (42).

Percebendo, igualmente, que estes espaços de gestão operam, sempre, na fronteira de distintos planos das relações sociais, cumprindo funções relacionadas à deliberação política com disputa de poder e construção de projetos, à análise da própria instituição, a uma lógica pedagógica do espaço e por fim, a uma atividade administrativa gerencial (35). Isso vai se aplicar igualmente para a gestão do ensino e para a gestão da escola de saúde, abrir a discussão sobre o currículo, por exemplo, é abrir um flanco para que opiniões externas à Instituição de Ensino ganhem força, desequilibrando as disputas internas. Essa é a riqueza e a importância da criação de mecanismos de cogestão do processo de ensino-aprendizagem entre universidade, serviços de saúde e movimentos sociais (44).

Temos então, até aqui, um forte componente reafirmando a necessidade de inclusão do olhar e do saber de trabalhadores e de usuários no processo de gestão. Um mecanismo pelo qual isso poderia se dar é pela construção de rodas que deem passagem a esses processos. De tal forma que considero particularmente interessante refletir um pouco sobre essa prática de gestão compartilhada, de gestão intercessora, para dentro da própria ideia de gestão.

Concordo com Campos (45) que governar ou gerir deve superar a redução dos sujeitos à condição de instrumentos dóceis ou de técnicas gerenciais que são usadas para enquadrar trabalhadores pouco produtivos. No trabalho em saúde, podemos considerar que essa produção de subjetividade é contínua e se dá na operacionalização viva, em ato. Um trabalho cuja ação é simultaneamente consumida, ou seja, evidencia-se na relação entre trabalhador e usuário, como explicitado acima. Um encontro que põe frente a frente esses sujeitos e do qual ambos podem sair, em potência, diferentes do que entraram. Desta forma, acredito no espaço do trabalho em saúde como um intercessor que pode ser revelador das distintas forças em disputa (necessidades, demandas, saberes, poderes) (42). O espaço intercessor é o espaço de encontro de “sujeitos”, é onde se dá a construção de processos e produtos que existe para ambos naquele ato e naquele momento de encontro, contendo em si uma força instituinte.

Além deste encontro intercessor trabalhador-usuário, também podemos colocar na esfera do trabalho em saúde todo um diagrama de encontros que se desenvolve dentro dos serviços (trabalhador-trabalhador, trabalhador-gestor, gestor-usuário, movimentos sociais-equipe de trabalhadores-gestores, etc.) que constantemente vão colocar em questão os vetores de força ali instituídos, seja em antagonismo ou em agonismo. Os espaços de gestão acima propostos, de alguma forma, tentam colocar essas questões para circular em um espaço coletivo, assim como reconhece que no cotidiano isso também pode se dar.

Podemos entender o processo de gestão como de governo de coisas de modo a conduzi-las a um objetivo conveniente, entendendo “coisas” como os homens, mas em suas relações com as riquezas, recursos, meios de subsistência, território, costumes, hábitos, formas de agir e de pensar (46). Poderíamos, então, entender que estaria no centro desse

processo a produção de subjetividade, os encontros, os diagramas e as redes acima referidos. A gestão estaria em um fazer-saber-poder posto em circulação por técnicas e dispositivos, relacionando-se a diferentes processos de produção de poder e de subjetividade, organizando-se em arranjos que produzam condições para a constituição de práticas em saúde (47).

Quando colocamos a gestão sob esses parâmetros, tão intrinsecamente ligada ao encontro, já não há mais como separar quem formula e quem executa, quem planeja e quem gere e isso está diretamente relacionado às teorias de gestão postas no começo desta sessão, as quais entendem essa separação como prática produtora de hierarquização, autoritarismo e alienação. Diante desta inseparabilidade, a gestão seria feita colocando os atores que a fazem, cotidianamente, frente a frente, qualquer que seja a esfera de gestão de que estejamos tratando. Veremos, à frente, que essa inseparabilidade também está na esfera da formação, propondo uma não separação entre teoria e prática, entre o universo das Instituições de Ensino e o dos serviços de saúde do SUS, da Atenção Básica. Sendo, então, que os atores que dela participam (trabalhadores, gestores, alunos, professores e usuários) também precisam ser colocados frente a frente para esse exercício de construção coletiva.

Assim entendo que a cogestão deixa de ser uma parte da gestão (em que se partilha o gerenciamento de alguns projetos, de algumas áreas, de alguns assuntos, mas não do todo ou do cotidiano em si), para ser a gestão, um modo de fazê-la, e não uma ferramenta da mesma. Uma radical aposta na construção coletiva, na democracia institucional (e na democracia direta), na corresponsabilização. E aí, tendo a concordar com (48), poucas ferramentas ou dispositivos não darão conta dessa democratização. Não será apenas em rodas, reuniões, colegiados ou espaços claramente coletivos que esta construção coletiva se

dará, mas também nos diversos espaços do cotidiano do trabalho e das relações entre as diversas pessoas envolvidas neste processo. Tendo a focar um pouco de atenção no espaço de gestão cotidiana anteriormente citado, entendendo-o como centralmente importante para esse processo coletivo.

Cada vez que ocorre um encontro, neste turbulento cotidiano das equipes de saúde, entre trabalhadores, usuários e gestores, nas diversas direções já ditas acima, se dá a construção coletiva das práticas e da gestão. Podemos mesmo dizer que a saúde é encontro, produtora de afetos e, então, demandando um foco sobre os fluxos e atravessamentos institucionais, olhando para modos de cuidar, tratar e ensinar (15). Assim, é interessante pensar essa postura ético-política de gestão como uma política dos encontros, afinal não é possível se partilhar gestão sem os atores envolvidos se encontrarem e, se o trabalho em saúde se constitui em ato, esses encontros dar-se-ão, pensemos sobre eles ou não. O que podem esses encontros? Porque pensar sobre eles para se fazer gestão? Esses encontros podem ser potencializadores ou decompositores de sujeitos e coletivos, de produção de vida e de alegrias ou de morte e tristezas.

Sobre os encontros poderíamos refletir outros pontos a mais. Spinoza (49) nos diria que o corpo humano compõe-se de muitos indivíduos, os quais são afetados por muitos corpos exteriores de diversas maneiras, modificando essa superfície do corpo humano (SPINOZA, 2008, Parte II, Proposição 13 e Postulados 1 a 3). E seria por meio das ideias das afecções pelas quais o corpo é afetado que a mente humana torna-se capaz de conhecer o próprio corpo (SPINOZA, 2008, Parte II, Proposições 16 a 19).

“por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as idéias dessas afecções” (49).

Em Deleuze e Guattari encontramos que este corpo exterior, este Outrem, “é, antes de mais nada, esta existência de um mundo possível” (50), tal como é percebido ao ser exprimido ou ser efetuado em uma linguagem que lhe dá realidade. “Outrem é sempre percebido como um outro, mas, em seu conceito, ele é a condição de toda percepção, para os outros como para nós” (50) é a expressão do possível estruturando de tal forma nossas disposições cognitivas que o possível possa fazer parte do mundo (51). Uma expressão e uma fala que pode ter visibilidade no encontro. Fazer a gestão olhando para os encontros não seria, então, apenas pensar no que é produzido com a somatória dos indivíduos que entram em contato uns com os outros, mas o que se produz a partir do contato entre esses tantos mundos possíveis, o que é possível construir a partir do afeto entre as pessoas. Apostar, portanto, em uma cogestão enquanto realizadora de práticas intercessoras pautadas por uma postura ético-política, tendo por base os princípios e diretrizes do SUS, que logre produzir espaços que valorizem a diferença, em um gesto que afirme mais uma habitação do paradoxo e menos de afirmação de uma prática dialética.

Vale pensarmos o que a gestão praticada está produzindo, quais afetos estão circulando. O que se passa nesses encontros? No acontecimento do reconhecimento do Outrem, quando os corpos encontram-se e afetam-se? Essa é uma questão problemática que permeia todo este trabalho. Acredito que com este questionamento radical é que poderemos mudar relações de poder, processos de trabalho e produzir outra lógica de produção de subjetividade que leve em consideração essa produção de vida (tanto do usuário, mas

também do trabalhador e do gestor vivo em ato). Meu compromisso político não pode deixar de pensar nisso como a transformação necessária das práticas para que o SUS se consolide com legitimidade social, como um sistema que trabalha para que as pessoas possam expressar sua potência criativa em ato, produzindo vida e formas de levá-la felizes e potentes. Entendendo que essa forma de pensar a gestão mudaria não só a prática cotidiana dos serviços de saúde, como também os processos de gestão mais duros, em qualquer nível (esferas federativas, áreas meio, de informação, de avaliação, controle e regulação) que eles se dêem. Assim, aqui, o termo cogestão também incluirá, para nosso entendimento, esses aspectos da gestão construída coletivamente, atenta à relação e aos encontros entre os corpos como lócus de construção de modos de ser, de estar e de fazer mais democráticos e públicos.

Essa forma de pensar a gestão pode mudar as práticas e as pactuações dentro do serviço ou fora dele, nas relações com Instituições de Ensino, por exemplo. Muda a gestão, muda a formação, mudam as pressões, as relações de força. Feuerwerker traz um exemplo que conecta a necessidade dessa construção coletiva, esse modo de fazer gestão, com as questões do ensino de graduação e sua relação com os serviços de saúde:

“Ir aos serviços de saúde ou à comunidade com os estudantes em uma agenda definida unilateralmente pelo professor é completamente diferente de ir a esses mesmos lugares com uma agenda construída em conjunto, que leve em conta não somente as necessidades de ensino-aprendizagem, mas também os problemas identificados pelos serviços e pela comunidade. Assim como pensar a organização dos serviços de saúde levando em conta as prioridades identificadas pela população ou suas necessidades de atenção é inteiramente distinto da prática predominante

de pensar os serviços a partir de sua própria lógica de prestação. Do mesmo modo, a população ser objeto de uma intervenção dos estudantes ou dos serviços de saúde é completamente diferente de participar efetivamente da eleição do tema a ser trabalhado, da definição dos objetivos, da construção e da implementação da ação.” (52)

A Integração Ensino-Serviço

Diante desta ideia de gestão percebemos que não é simples a questão de colocar alunos em serviços de saúde, vamos detalhando isso ao longo do texto, mas cabe lançarmos algumas reflexões sobre isso que se tem chamado de Integração Ensino-Serviço, já fazendo a relação com o que estamos chamando de cogestão aqui.

Sabemos que uma grade curricular que coloque os alunos na rede não garante que eles estão de fato se integrando à mesma e que, pela citação acima, é uma inserção que pode ser feita de muitas formas, com consequências bastante variáveis. Tal reordenamento curricular tem potencialidade para a transformação e superação dos limites apresentados em currículos mais normativos, tem a potencialidade de quebra de verticalidade, mas não garante a inovação e a transformação das práticas e dos fundamentos do processo ensino-aprendizagem escolar (53). Tão pouco garante que se saia do paradigma biomédico, ainda que favoreça a integração com a realidade social (54).

É fato que várias avaliações de algumas disciplinas as colocam como ambulatórios da Unicamp na unidade de saúde do município: uma espécie de franquias da Unicamp junto aos serviços de saúde que se instala, consciente ou inconscientemente, na rede básica com, ou sem, anuência dos gestores da SMS/Campinas (Seminário da pesquisa FAPESP). E

então, ficam algumas questões sobre essa integração ensino-serviço. Realmente há integração? Os alunos conhecem a equipe? Participam de suas reuniões? Partilham casos? Aderem à orientação clínico-política da rede de saúde? Fazem projeto terapêutico singular? Apoio matricial? Discutem Clínica Ampliada? Fazem acolhimento? Fazem visita domiciliar? E pelo lado dos serviços de saúde, como os trabalhadores lidam com isso? E os gestores? Como os estágios e seus alunos se inserem nos processos de trabalho e de gestão? De fato, a reforma avança no sentido de formar o aluno para o SUS?

Estamos falando aqui de um encontro. Encontro entre Universidade e serviço de saúde. Docentes, alunos, trabalhadores, gestores e usuários. Entre teoria e prática. Garcia (38) já indicou a potência intercessora deste encontro. É um encontro que coloca esses atores para dialogar, ainda que de posições diferentes e com diferentes relações de poder. Novamente o tema do encontro arremete-nos! E o que esse encontro produz? Ou o que pode produzir? Estaria produzindo afetos aumentativos de potência? O que se passa nesse encontro? Essas sim são questões problemáticas norteadoras deste trabalho, não devendo o leitor perder-se nas inúmeras outras interrogações que a discussão faz saltar aos nossos olhos e às quais não me furto de dar-lhes visibilidade. Talvez outros pesquisadores, pensadores, estudantes ou militantes tomem estes problemas como seus e resolvam investigá-los.

Esse acontecimento, o encontro, é permeado por diversos aspectos notados já na intencionalidade em promovê-lo. Aos alunos seria uma grande oportunidade para perceber um projeto tecno-assistencial distinto do curativo, individual e hospitalocêntrico tão tradicionalmente ressaltado no ensino na maioria dos ambientes hospitalares. Inserem-se os estudantes na prática, em um modelo teoricamente centrado no usuário, diferindo daquele

centrado no procedimento (55). Podendo reconhecer a construção de outro modelo de atenção na integração de práticas de prevenção, promoção, recuperação e assistência à saúde. Seria uma oportunidade de vivenciar uma experiência multiprofissional e interdisciplinar (quem sabe, transdisciplinar), podendo perceber as dificuldades de se agregar essas equipes e estabelecer o diálogo entre os profissionais (3). E as múltiplas dificuldades e insuficiências do SUS, sentidas na vivência desse sistema em disputa, colocariam os alunos para questionar desde sua organização até as práticas profissionais em si (56), permitindo que tenham subsídios para pautar sua atuação de forma dinâmica e crítica, analisando, planejando, gerenciando e avaliando suas atividades (57).

A chegada dos alunos aos serviços trariam questões e presenças que são mais do que de alguém “a passeio”, os trabalhadores realmente seriam mobilizados por isso. São múltiplas reações, alegrias e tristezas, incentivo e desânimo, potência e despreparo (38). Não dá para negar que a entrada dos alunos provoca certa desterritorialização nos trabalhadores. É uma energia que se mobiliza e que muitas vezes se dispersa sem que tenha um direcionamento para a construção do serviço de saúde em questão e do SUS. Dispersa-se, por vários motivos, seja pelas condições de trabalho e contrato dos trabalhadores ou pela sua alta rotatividade ou seja pela a insegurança e o despreparo de muitos gestores para lidar com essa situação (38). Mas, neste processo, a presença do ensino nos serviços também levaria os trabalhadores, que se sintam valorizados neste percurso, a se organizarem, em alguns momentos, em “redes docentes” para apoiar estes alunos (39), até mesmo como um movimento para superar certo “amadorismo” na relação da equipe com a universidade (38).

Já foi mencionado acima que os gestores têm um importante papel nesse encontro, apoiando a valorização e compartilhamento das experiências e qualificando a gestão,

assegurando a operacionalização da disciplina e apoiando a articulação entre alunos e trabalhadores. Entretanto, também vimos que muitos dos gestores não estão preparados para enfrentar esse desafio, esse tipo de relação e de encontro, tão potente em produções interessantes e em conflitos. É um processo que ocorre para dentro da unidade e que pode ter diversos tipos de desdobramentos, ou não ter nenhum, passando tangente à clínica e à gestão cotidianas. E dos serviços, tanto por gestores como por trabalhadores, sai a pergunta: E aí, no final das contas, como é isso do SUS ser responsável pela “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” (8)? Como se apropriar de todo esse movimento de forma a empoderar gestores e trabalhadores, produzir autonomia, conhecimento, qualificar a clínica, e o serviço prestado aos usuários? Esse encontro, não seria, em si, um dispositivo para a gestão? Para aquela gestão produtora de encontros, compartilhada, construída coletivamente?

E se nos serviços esse encontro produz tanta instabilidade e dúvidas tão nevrálgicas, não é diferente na Universidade. Ainda que muitas vezes a parceria não seja tão aberta ou tão dialógica, os docentes se veem obrigados a conversar com gestores e trabalhadores. Críticas sobre o processo de trabalho e sobre a relação desses docentes com os serviços e com os alunos não são poupadas. Cobra-se a presença do docente, cobra-se diálogo, abertura para que se possa colocar mais a cara do SUS para dentro do currículo, exige-se essa flexibilidade. Algumas pesquisas, inclusive, expõem as diferentes formas dos docentes se relacionarem com esta rede de saúde, as práticas de ensino distintas, mais ou menos participativas, reprodutoras ou não das lógicas de assistência praticadas em certas esferas hospitalares, valorizadoras do trabalho interdisciplinar ou médicos-centrados (38). Outra questão é o desafio colocado ao corpo docente de intermediar as relações, às vezes tensas,

entre alunos e trabalhadores, de produzir e manter compromissos e articular conversas para promover essa rede de apoio com gestores e trabalhadores (40).

É muita mobilização provocada para todos os lados, Pinto et.al. (56) falam-nos da riqueza deste processo de integração para o ensino:

“No processo de educação no trabalho em saúde ocorre o encontro do projeto institucional (do serviço), o educativo (da escola), o do professor e o do próprio aluno. A educação nesse processo diferencia-se da educação formal, não se restringindo à transmissão de saberes, mas colocando-se como mediação de projetos contraditórios em construção.” (p.127)

Neste processo de ensino-aprendizagem o cenário de formação pode como mediadora das relações e redefinir práticas e estágios. Assim, é necessário que seja olhado pelos gestores e demais sujeitos como um espaço em que as mudanças realmente podem ocorrer mutuamente, influenciando e trazendo novos sentidos para as práticas dos serviços e das universidades. E se a integração ensino-serviço é realmente efetiva, com foco no usuário, amenizam-se os conflitos entre ensino e produção de cuidado (55) e podemos ter, sobretudo, um bom encontro, com belas produções, mesmo sobre os dissensos.

“Os espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo.” (55)

Além disso, parece que o investimento neste processo aproxima o aluno da idéia de trabalhar no SUS, valoriza o trabalhador e o gestor e traz novos elementos para as práticas

de ensino da docência. Sobram possibilidades para se construir o SUS. A experiência baiana relatada no artigo de Pinto et.al. (56) conta como os alunos se envolveram com os serviços, se sentiram provocados pelas insuficiências e dificuldades e por fim fizeram relevantes sugestões que foram levadas para serem discutidas nas secretarias de saúde onde os estágios de Medicina Social estavam sendo realizados. Carvalho e Ceccim (3) falam de pesquisa realizada em que os profissionais médicos já graduados relatam o quanto foi impactante ter contato com o SUS e com algumas ferramentas de atenção e de gestão (cogestão, reunião de equipe, apoio matricial etc.), como isso mudou suas práticas. Espera-se que com os alunos o impacto seja o mesmo e até mais decisivo na construção das práticas desses profissionais em formação.

Essas múltiplas interferências institucionais e de práticas passam pela necessidade de construção de relações de cooperação interinstitucional democráticas, demandando mecanismos de cogestão do processo de ensino-aprendizagem e de produção de saúde que incluam universidade, serviços de saúde e organizações populares. Logicamente, não se pode deixar de reconhecer que se trata de uma articulação entre atores muito distintos entre si, com diferentes interesses, lógicas e tempos, seria impossível tal relação não passar por dissensos. Considera-se, entretanto, possível construir uma agenda estratégica comum, que congregue tais e tais interesses, fazendo uma tessitura de uma rede pactuações e compromissos (44). Olhar para esses dissensos também é uma oportunidade para dar voz ao diferente, avançando em uma construção democrática. Retomando a sessão anterior, é disso que se trata a cogestão que estamos trabalhando. Produzir sobre o dissenso, sobre a diferença é o processo e o produto desta forma de fazer gestão. Poder olhar para os diversos encontros que ocorrem no cotidiano, para o que tais acontecimentos produzem e, habitando

esse paradoxo, fazer uma gestão pautada pela produção coletiva dos modos de ser e de estar no mundo, de produzir saúde e vida.

Esses aspectos nos vão dando uma noção do complexo envolvimento de todos neste processo de ensino-aprendizagem. Um envolvimento tão profundo que não dá para pensar em discutir uma mudança (ou uma melhoria, ou uma transformação) do projeto tecno-assistencial sem discutir conjuntamente as mudanças na formação dos profissionais, e vice-versa (55). Colocar em pauta integração ensino-serviço é também falar da abertura de um campo estratégico de batalha política em que as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social são postas em questão. É também uma estratégia política de transformação da Medicina pelo ensino médico (16). Schraiber (4) reflete que as mudanças curriculares continuarão não sendo paradigmaticamente efetivas caso não se tenha uma conjuntura em que as práticas estabelecidas para o trabalho médico e sua inserção na sociedade capitalista não mudem também. Com tudo isso que foi dito até agora, vai ficando claro que além da gestão não se separar da clínica, a formação profissional (mesmo na graduação) também não pode ser pensada separadamente do cotidiano das práticas.

Os artigos (3, 39, 40, 55, 56) que trago nessa discussão nos apontam a importância e a contribuição que as relações de integração ensino e serviço trazem para a formação dos trabalhadores, para a reflexão e qualificação da gestão. A valorização do potencial desta articulação indica para a produção de importantes impactos nos planos da política e da prática (44). O encontro entre o aprendizado dos alunos com os processos de educação permanente, de trabalho e de gestão dos serviços tem se mostrado muito rico e bem avaliado.

Nesse sentido, vemo-nos impelidos a questionar algo para além de como tem se dado essa complexa e produtiva quádrupla relação (professores, alunos, gestores e trabalhadores). Tendo-a em mente, questionamos como a gestão tem aproveitado esse interessante momento, sem deixar, é claro, de contribuir substancial e politicamente com a formação dos graduandos (e mesmo dos professores). É igualmente interessante, por outro lado, indagar que gestão se faz necessária para processos de formação de graduandos (e trabalhadores) voltados para a produção da vida e que levem à concretização de práticas que façam referência e que qualifiquem as diretrizes e os princípios do SUS.

A importância dessa discussão passa, inclusive, pelo conteúdo do conhecimento produzido (e sistematizado) nos serviços e na universidade. Isso porque se pode estabelecer um regime de cogestão das práticas, da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores que sejam comuns e partilhados mediante as necessidades e interesses destes parceiros (instituições de ensino). Tal compartilhamento pode levar à produção de conhecimento sobre problemas identificados conjuntamente (44), com grande impacto na produção de saúde da população.

Capítulo 3 - Caminhos de produção do conhecimento

Diante desta série extensa e complexa de questões, às quais não pretendo lançar verdades, mas fazer reflexões sobre alguns desdobramentos, avanços e limites, é necessário um recorte para que a análise não se perca em uma dispersão de foco.

Para poder olhar para o que se passa no encontro entre gestores, trabalhadores, docentes e alunos opto por focar nos processos, e encontros, em torno de uma das disciplinas. Na verdade, um submódulo, o submódulo de Planejamento e Gestão em Saúde, que está inserido na disciplina Saúde Coletiva (MD 945) do 5º ano do curso médico¹. A escolha não é ocasional, pois se trata de um tema que poucas vezes vê-se sendo abordado no período do internato, utiliza-se de metodologias pedagógicas que atendem às diversas recomendações para uma reforma curricular, trabalha com a temática da gestão a partir de um referencial ético-político ligado ao projeto “Defesa da Vida”, em parceria com trabalhadores e gestores da atenção básica, mas também articulando com toda a rede de saúde.

Pretende-se, a partir da descrição do processo de criação e desenvolvimento da disciplina em questão, analisar as questões que a cercam, as relações de força, as tensões, a constituição de um campo problemático que envolve a relação entre universidade e serviços de saúde, entre teoria e prática. Espero que essa discussão possa auxiliar na reflexão a respeito dos rumos que a própria reforma curricular vem tomando. Importa-nos, aqui, aferir se os cenários e práticas vivenciadas no estágio têm aparecido mais como um processo de

¹ O outro submódulo, que ocupa metade da carga horária da disciplina, trata de Saúde Ocupacional e Ambiental, sobre o qual pouco se tratará aqui. Metonimicamente, o submódulo Planejamento e Gestão será muitas vezes chamado de disciplina.

experimentação e do que de inculcação de conceitos. Cientes das forças imobilizadoras que se fazem presentes na máquina capitalística e em instituições como as do ensino médico (52) (58) (40) buscamos, em nossa investigação, acompanhar as linhas de fuga, de criação de acontecimentos, mesmo que pequenos, que eventualmente foram (ou não) vivenciados pelos diversos sujeitos nas experiências do estágio.

Devemos, também, lançar um olhar sobre o ensino da gestão nos serviços de saúde do SUS nos colocando a pensar sobre a própria gestão desses serviços, dessa forma, identificando os processos de gestão que se desenvolvem por causa ou a partir da disciplina. Aqui, a questão seria se a entrada dos alunos no serviço pode ser, é, ou como seria, usada como dispositivo para a gestão do próprio serviço. Como este encontro pode ser desestabilizador, mas produtor de análises e de afetos que aumentem a potência de atuação da equipe e dos próprios alunos. Ainda que essa reflexão possa ser lançada para qualquer grupo de alunos que entre em um serviço de saúde, parece-me que ao se tratar de uma turma de discentes que vai à unidade de saúde justamente para discutir gestão isso pode ser ainda mais evidente.

Sem dúvida que também passaremos pela discussão da formação dos próprios alunos, vivenciando toda a turbulência da vida real das unidades básicas de saúde. Interessa, por conseguinte, refletir sobre as eventuais contribuições do estágio em Gestão e Planejamento para uma prática discente criativa, uma prática que logre experimentar os problemas postos pela realidade sócio-sanitária recolhendo desta última, elementos que sustentem um pensamento capaz de responder a problemas e, tão importante quanto, produzir/inventar novas leituras e possibilidades de afirmação da vida. Colocar, portanto, a

centralidade do trabalho vivo em ato e da vivência do acontecimento no encontro trabalhador/aluno/gestor/docente.

Mais do que discutir se tais sujeitos foram capazes de recompor a ordem fragmentária dos serviços de saúde interessa aferir e acompanhar a ação dos mesmos em relação às brechas e ruídos do cotidiano das práticas de saúde (42) expostas pelos acontecimentos compõe cada estágio. Estas brechas e ruídos os afetaram? Estas brechas e ruídos dispararam novas possibilidades de (re)invenção da vida, de produção de novas subjetividades e de investimentos coletivos e individuais que afirmaram a vida contribuindo para a produção de saúde nos espaços que foram habitados pelo estágio?

Retomamos, afinal, o que se passa no encontro de universidade e serviço, de aluno, trabalhador, docente e gestor? O que estes encontros produzem?

Estratégias, métodos e técnicas de pesquisa

Para fazer essa investigação lançaremos mão de múltiplos recursos metodológicos advindos de diversas fontes. Primeiramente os diários de campo terão importância fundamental, pois os mesmos irão descrever um processo e contar uma história, relato relacionado ao início do módulo de Gestão e Planejamento e que acaba se confundindo com a minha própria história de militância na saúde pública, na universidade e na reforma curricular.

O material empírico a ser analisado provém da pesquisa que realizamos pelo grupo Conexões entre 2008 e 2010, com o apoio financeiro da FAPESP, nomeada “Pesquisa Avaliativa Sobre a Gestão do Trabalho e a Formação de Graduandos e Trabalhadores de

Saúde: explorando fronteiras”. Nesta pesquisa nos valem de diários de campo dos pesquisadores, tanto daqueles que estavam em contato com o campo cotidianamente quanto daqueles que foram para o mesmo especificamente com o propósito de observar como a disciplina estava se desenrolando. Também realizamos grupos focais com os diversos atores da pesquisa (alunos, docentes, trabalhadores e gestores), seguidos por oficinas nas quais o material dos grupos focais e dos diários de campo foi posto em discussão. Além disso, todo o trabalho demandou uma análise documental e uma exploração bibliográfica em torno das temáticas gestão e educação médica/em saúde.

Abaixo detalho um pouco dessas técnicas metodológicas empregadas. Lembrando que a leitura que faço deste material, em muito já processado pela pesquisa FAPESP supracitada, obedece ao recorte que interessa a essa investigação, ou seja, fazendo um foco na relação, no encontro, na interface, entre a gestão e seus processos, os trabalhadores e a entrada dos alunos nos serviços.

O uso de todo esse material produzido servirá à produção de uma interpolação de olhares sobre o acontecimento para o qual olhamos, o encontro entre universidade e serviço, entre alunos, docentes, gestores e trabalhadores.

Observação Participante e Diário de Campo

Acredito que estar no campo de pesquisa (ou de trabalho, ou de estudo etc.) é estar implicado a ele e, portanto, interferindo nele (59). De tal forma é, que a Observação realizada ao longo da pesquisa se aproxima de uma Observação Participante.

A Observação Participante é escolhida como um dos principais métodos deste trabalho por se entender que por meio dela se pode acessar mais claramente as práticas, o que permite perceber como algo efetivamente funciona ou ocorre (60). É, então, na observação que poderemos olhar para as linhas de força e de tensão que se estabelecem no cotidiano, o texto, o contexto e o extra-texto de uma dada situação social, que, sendo expostas, afetam e deixam-se afetar, produzem e transformam a realidade (61), por exemplo, captando os ruídos que atravessam o dia-a-dia de uma instituição.

E com a Observação Participante mantemos o observador presente na situação social, colocando-o face a face com o território investigado, com seus atores (coisas, agenciamentos etc.). E ao participar desta vida que se descortina à sua frente, o investigador colhe (62) ou produz dados em conjunto com este “campo” com o qual está se relacionando. Assim, o investigador mergulha no campo, observando-o como membro, mas também o influenciando (60). Diante desta presença interventora do pesquisador no campo poderíamos até mesmo questionar o termo “observação”, entretanto, mantenho-o aqui, indicando e reconhecendo a partir de onde passamos a nos diferenciar no caminho metodológico. E é a partir dessa reflexão que, a partir daqui, abandonaremos termos como “coleta de dados”, por entender que o investigador está no campo, intervindo neste e, portanto, produzindo-o no ato da pesquisa, o que torna impossível a pretensa externalidade da “coleta”.

Flick (60) sistematiza características da observação participante, indicando o interesse do pesquisador que se apoia nesta metodologia em discutir a partir da perspectiva de quem está dentro de situações ou ambientes específicos, situando essas questões no tempo presente, podendo assumir diversos papéis que dêem conta do estabelecimento e

manutenção das relações com aqueles que são pertencentes ao campo, operando com uma lógica e um processo de investigação flexíveis e ilimitados, que são influenciados por aquilo que é encontrado no caminhar da pesquisa.

Nesse “mergulhar de cabeça”, nessa “perspectiva de quem está dentro” que retomamos o conceito de implicação. Esta ideia contribui para colocar em questão os pressupostos objetivistas e cientificistas que buscam se afirmar como o ideal de inteligibilidade nas ciências humanas; um ideal que compreende que o pesquisar deve realizar esforços para objetivar o material produzido em campo, isentando-o das opiniões do pesquisador. Reconhece-se aqui, que todos, de uma ou outra maneira, estamos implicados em qualquer atividade que exercemos (59) e que, neste contexto, é fundamental que façamos uma análise de nossas implicações em atividades como pesquisas e intervenções buscando refletir e assinalar o lugar que se ocupa, que se busca ocupar e que somos designados a ocupar (63). Partindo deste referencial é interessante destacar que as análises de implicação não são fáceis de serem praticadas e que muitas vezes são dolorosas. Ocupar ou desvelar esse lugar pode ser desestabilizador e alterar os rumos do trabalho em desenvolvimento (38).

De toda forma reconhece-se que há um perigo para a própria pesquisa neste método, que é o de se perder uma perspectiva crítica externa ao campo de estudo, particularmente quando se confunde com este a ponto de ser considerado totalmente dentro dele, ou seja, adotando de forma incondicional os pontos de vista do próprio campo (60). Neste sentido que se faz necessário fazer uma análise das implicações do autor/pesquisador na “observação participante”. Enquanto observa, o pesquisador constrói certa distância do objeto, mas ao mesmo tempo “deve obter o máximo de familiaridade com o campo de

estudo” (64), ou seja, tanto receber passivamente o que este ambiente de pesquisa tem a lhe passar, quanto construir ativamente uma rede de relações contíguas com as coisas e as pessoas. Trata-se do pesquisador estar presente no campo, sentir como é o lugar, deixar-se envolver com as coisas e as pessoas, participando do cotidiano e, na medida do possível, se envolvendo pessoalmente com o próprio trabalho das pessoas no local do estudo (65). Caminhamos aqui, de uma ideia de pesquisa participante para uma pesquisa intervenção.

O diário de campo poderá servir como ferramenta para expressar e dar visibilidade, a esses movimentos de aproximação e de distanciamento, podendo revelar as implicações do investigador neste processo de trabalho/pesquisa, seja no momento em que ele retoma suas anotações e faz o ordenamento daquilo que escreveu, seja no momento em que torna público seu escrito (64, 65), inclusive daquilo que fez ressonância em si mesmo tornando-se problema também para o pesquisador (61). Através destes movimentos de aproximação e de distanciamento o autor do diário exercita uma atenção concentrada no presente, na experiência que vivencia naquele momento de escrita, pois apenas com essa vigilância poderá fazer a dupla função de construir certa distância ao mesmo tempo em que obtém certa familiaridade (66).

Assim, vejo o uso do diário de campo como uma aposta de ter na escrita uma forma de dar visibilidade, de fazer falar, de fazer contar, de trazer algo que é pessoal, mas que pode se extrapolar e trazer outras coisas à cena. Aparece como uma ótima ferramenta, no referencial teórico-metodológico de pesquisa qualitativa no qual estamos trabalhando, para fazer um acompanhamento de processos na/da vida real enfatizando não apenas a análise das implicações do pesquisador, mas também as linhas de forças (relações de poder e vetores de produção de subjetividade) que neles se fazem presente (66).

O diário de campo terá essa função de facilitador da análise das implicações do pesquisador, mas também terá seu sentido mais funcionalista na pesquisa, sendo o instrumento pelo qual o pesquisador fará as notas do campo. Lourau (64) identifica no interior de um mesmo diário, três diários, indivisíveis e profundamente relacionados. Primeiro este, das notas de campo, no qual se percebe uma extrapolação instrumental, ou seja, um puro levantamento e agrupamento de dados observados ou a observar, o diário de campo.

Mas quando observador e objeto começam a confundir-se e “as relações entre as palavras, as frases, os vazios gráficos etc., tornam-se portadores de significação” (64), aquela inevitável implicação toma expressão em outro diário, o íntimo. É neste, que o extra-texto salta aos olhos, este que é censurado, seja pelo próprio autor, seja pelos editores, uma censura do “demasiado”, ou uma censura para resguardar as pessoas, para adequar-se a limites éticos, ou para encaixar-se em códigos morais vigentes (67) (64). Censura esta que, é importante observar, é coerente com paradigmas de investigação dominantes que afirmam que a “temporalidade existencial do pesquisador” não deve estar presente no labor científico. Para Lourau (68) ao contrário, é justamente no extra-texto que se encontra o contato do texto institucional com a realidade.

Observação, produção de dados e análise de implicação são movimentos simultâneos que se entrelaçam, aqui, com especulações, projeções e construções teóricas para conformar a existência de um terceiro diário, o diário da pesquisa. Este diário é, nas palavras de Lourau (64), uma “narrativa (...) ao mesmo tempo anterior, presente e futura”, é a produção de um texto “erudito” com a projeção e os esboços do que está para ser descoberto.

Remi Hess (69), por sua vez, propõe que a confecção do diário de campo se realize a partir de uma análise dos componentes do mesmo. Dessa forma, poderiam se produzir múltiplos diários de acordo com a ênfase dada pelo pesquisador – por exemplo, um diário íntimo, filosófico, um diário de pesquisa, institucional entre tantas outras possibilidades. Ressalto que assim se teriam componentes predominantes no diário, pois mesmo em um diário de pesquisa será inevitável que se tenham questões filosóficas, institucionais, íntimas etc.

No interior dos distintos textos identifica-se uma escrita fragmentada que se realiza no dia-a-dia. Diante das dimensões do vivido escolhidas para serem relatadas, reconstitui-se a lembrança a cada novo momento de registro e posteriormente esse conjunto de experiências atualiza-se no presente. A duração e a intensidade destes registros é que darão os parâmetros para a forma de se realizar os registros evidenciando o caráter de acumulação de informação da prática diarística (69).

A possibilidade de releitura das notas do diário traz acréscimos à auto-reflexão e à auto-avaliação a partir dessa (re) construção à distância em relação ao vivido ou ao objeto de pesquisa. Ao realizá-la é que se pode fazer uma reflexão sobre a prática e servir de fonte para trabalhar a congruência entre teoria e prática. É no momento em que se constrói essa distância que o diário pode ser considerado um instrumento para a pesquisa científica, tanto quanto serviria para a coleta de dados (69), ou, poderíamos dizer, para a expressão da produção dos dados no campo de pesquisa.

Ao considerar que a produção de um diário permite analisar a articulação de aspectos de natureza individuais, intersubjetivas, grupais, organizacionais e institucionais da vida em sociedade, Hess propõe a elaboração de um diário institucional. Considera que

este diário, ao se centrar na descrição cotidiana de fatos marcantes que se organizam em torno da vivência de uma instituição, pode desvelar as implicações que se fazem presentes no trabalho e no estabelecimento e “assinalar as contradições entre os projetos anunciados e as práticas institucionais” (69).

Sem negar a utilidade que o diário pode, em qualquer situação, ter para seu autor, Hess afirma que a utilização do mesmo pode servir a outros sujeitos e esferas da vida social. É o que ocorre quando este é disponibilizado para a leitura e análise por parte de outros atores da (ou fora da) instituição. Diferentemente do que se poderia pensar em um primeiro momento, ao encará-lo como uma escrita pessoal, o diário pode tornar-se uma ferramenta coletiva de análise de uma determinada situação ou problema. Para isto é importante que o esforço de sua leitura seja empreendido por um grupo que busque, nas suas reflexões, vivenciar e entender conflitos e contradições em oposição a uma postura de recusa das mesmas (67). E é assim que o diário tem o potencial de se caracterizar como dispositivo que explicita as linhas de força e de tensão, o texto, o contexto e o extra-texto de uma dada situação social que, ao serem expostas, afetam e deixam se afetar, produzem e transformam a realidade (61).

A passagem do diário íntimo para um material publicável, que possa ser utilizado como ferramenta coletiva, não é simples. É necessário realizar uma re-escrita do diário, ora resumindo-o e ora censurando-o para adequar-se ao entrelaçamento das forças presentes na dimensão onde tal escrito será publicado (sejam códigos éticos ou morais, políticos, institucionais ou conjunturais). Será uma análise do espaço em que será publicado ou veiculado que conduzirá o trabalho de re-escrita por parte do autor (67).

Temos assim, dois momentos de escrita deste diário. O “primeiro momento” podemos dizer que seja o do presente. É aquele em que o diarista está em campo, registrando o que passa por sua pele, o que toca sua sensibilidade. É o momento do registro do acontecimento, é um constante exercício de estar fixado ao presente sem perder-se em divagações ou tentativas de interpretações e análises, pois sempre se corre o risco de se perder alguma fala, gesto, sensação ou reação que seja essencial para aquela cena que se descortina aos olhos daquele que diariza. Escrever é, então, a composição de paisagens e enunciados que se atualizam ao passarem pela mão do autor. É a tradução de histórias, da descoberta, do novo, revelado em ato (70).

O “segundo momento” é o da reescrita, ou seja, a tentativa de tornar compreensível para outros leitores todas as anotações feitas no calor do vivenciado. Trata-se, então, do resgate de memórias, da constituição de uma narrativa. E a produção desta narrativa se dará no tempo das intensidades, não cronológica, pois a primeira escrita do diário obedece ao tempo do acontecimento, do sentido, do momento, não o minuto a minuto. E a cada trecho reescrito, a memória rompe com o instaurado e se remete a outras coisas, outros momentos que não aquele que está sendo transcrito.

Assim, só é possível escrever uma narrativa do presente, atualizando o passado, “um passado sempre a se refazer no presente”. O processo de criação que se dá ao se contar aqueles momentos não é isento de “interpretações”, ao se escrever é inevitável a busca por explicações, tentativas de compreensões, trazendo para fora puro devir (70). Escrever, ou refazer o passado no presente, é uma ação de trazer à superfície certa vontade ou ato de vir a ser, de transformação, é produção de subjetividade.

“Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir...” (71)

Junto e após as escritas do diário estão as (re) leituras. Primeiro as feitas pelo próprio autor no ato da confecção e transcrição do diário. Leituras essas, como já comentadas, carregadas das implicações e das interpretações do autor. Hess (69) vê neste momento de releitura passo estratégico do uso do diário. É na releitura, na tomada de distância, que se compõem novas abordagens reflexivas e que se alia a prática e a teoria.

Por sua vez é na (re) leitura, feita por aqueles que não são autores do material, que se dá o processo de intervenção, de análise, de clareamento das relações instituídas. É também na releitura que o método pode se tornar coletivo, caso haja, neste processo um esforço conjunto para fazer saltar concepções coletivas sobre a instituição, um processo ativo de compreensão, e não de recusa, das contradições postas às vistas (67).

Neste trabalho são utilizados meus diários pessoais, sendo revisitado um conjunto de notas escritas desde 2003 (quando ocorre o seminário sobre a reforma curricular no internato e começa-se a desenhar o módulo Planejamento e Gestão da disciplina Saúde Coletiva do quinto ano de curso). Esses, em seu processo de redação, não foram separados por componentes, como sugere Hess, mas escritos mediante os acontecimentos cotidianos, ou seja, são as anotações referentes à Comissão de Reforma Curricular e espaços similares, outras referentes às reuniões para formulação da disciplina e assim por diante.

Cabe lembrar que o mesmo é escrito a partir de distintos papéis ocupados com relação a esse módulo: aluno de graduação que trabalha por sua formulação, aluno de graduação que cursa a disciplina, residente em Medicina Preventiva e Social que recebe os

alunos que a estão cursando (no papel de tutor dos mesmos), pesquisador do grupo Conexões durante a pesquisa já mencionada e aluno de pós-graduação (ocupando o papel de professor voluntário informalmente ou através do Programa de Estágio Docente da Universidade).

Igualmente lançamos mão dos diários de campo do professor responsável pela disciplina, que a tem conduzido desde a sua formulação, e pela pesquisa FAPESP. Seu diário, por sua vez, não é composto por anotações estruturadas e diárias, mas sim por correios eletrônicos através do qual procurava organizar e partilhar momentos críticos da disciplina. Momentos críticos em diversos âmbitos, do ensino às relações políticas travadas para assegurar as parcerias para que ela continuasse desenvolvendo-se.

Os diários de campo que, especificamente, compuseram a pesquisa FAPESP, apoiaram a formulação de textos, junto à síntese dos grupos focais, para serem discutidos nas oficinas e no seminário final da pesquisa (72).

Grupos Focais

Para apoiar a discussão que aqui desenvolvemos, utilizamos as sínteses validadas e o material de análise sobre o produzido nos grupos focais da pesquisa FAPESP supramencionada.

O recurso do grupo focal foi utilizado naquela pesquisa por entender que é uma técnica que vem se mostrando pertinente para processos de avaliação participativa em pesquisas nos campos da Saúde, Educação e Sociologia. Permite trazer para a discussão

não só o que pensam os participantes, mas também o porquê de pensarem desta forma, além de se perceber os consensos e dissensos existentes (72).

Foram realizados seis grupos focais com alunos da disciplina MD 945 (submódulo de Gestão e Planejamento, disciplina Saúde Coletiva), cinco com trabalhadores das unidades de saúde envolvidas com a pesquisa, um grupo com docentes e outro com gestores das unidades envolvidas e nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Este desenho, assim como os demais que se seguiram, ocorreu desta forma para respeitar a dinâmica de cada um dos atores participantes da pesquisa. A síntese dos grupos foi colocada em discussão com cada segmento, através de duas reuniões com trabalhadores (uma em cada serviço), uma com gestores e uma com docentes. Apesar dos esforços empregados, não foi possível reunir os alunos após estes saírem dos estágios (já antevendo esta dificuldade que os grupos focais eram realizados enquanto as turmas de alunos ainda cursavam a disciplina) (72).

Os grupos foram realizados por três pesquisadores, um coordenador do grupo, um anotador, o que facilitou a “leitura” do áudio dos grupos, e um observador, que compunha um relato do extra-texto que circulava no grupo (reações que pudessem compor com os diários de campo). Isso permitiu olhar para as questões que surgiam nos grupos para além do falado, podendo registrar pontos críticos e de tensão (72).

Os roteiros dos grupos foram distintos e de acordo com a categoria que participou dos mesmos. Para alunos, uma abordagem mais provocativa foi pensada a partir de um roteiro de avaliação utilizado e aplicado aos mesmos ao final da disciplina. Para trabalhadores, a abordagem se dava buscando focalizar a relação que estes mantêm com o processo de formação profissional no SUS, o que também não se diferencia muito do que

vinha sendo trabalhado com os gestores, mas apenas levando em consideração que para estes últimos a gestão do processo ensino-aprendizagem é uma questão central. Com os docentes, o roteiro buscou priorizar questões que fazem referência aos aspectos pedagógicos do processo ensino-aprendizagem (72).

Porém, não podemos deixar de esclarecer que os roteiros se modificavam dentro das próprias categorias, de acordo com o processo de aprendizagem metodológica pelo qual o grupo de pesquisadores em questão também vivenciou. Novas leituras foram incorporadas ao grupo de pesquisa, o que ampliou gradativamente o potencial analítico e agregador de novas teorias, concernente ao processo de pesquisa (72).

Oficinas

A partir dos Grupos Focais e Diários de Campo foram feitas oficinas, as quais foram entendidas não só como espaço de criação, expressão, experimentação, mas também como espaço operador de mudanças subjetivas. As oficinas podem ser encaradas como um espaço potencializador da inclusão dos diversos atores envolvidos com uma pesquisa ou com as questões a serem debatidas.

“Podem operar como máquina de fazer ver e fazer falar já que, em sua montagem, forjam situações articuladoras de elementos heterogêneos, acionam certos modos de funcionamento, produzindo efeitos narrativos determinados, embora imprevisíveis.” (73)

Uma das oficinas foi demandada pelos gerentes do distrito de saúde em que a pesquisa FAPESP estava se desenvolvendo, ansiavam por uma devolutiva do material até

então produzido. Este momento foi realizado com estes atores a partir das sínteses dos grupos focais e seu relatório subsidiou encontros posteriores (72).

Outra oficina realizada foi chamada de “oficina final” da pesquisa. Reuniu trabalhadores, gestores, docentes e alunos trabalhando na análise cruzada das sínteses dos diversos materiais produzidos (grupos focais, diários de campo e relatório da oficina com gerentes). Trabalhou-se sobre três grandes eixos problemáticos, disparados pela leitura de um texto síntese: O Estágio na rede: Oferta ou Demanda?; O estágio e a prática clínica; O estágio na rede: Uma construção Coletiva? (72).

Trabalho aqui, sobre a síntese dessas oficinas, inclusive levando em consideração propostas de intervenção construídas pelos participantes da oficina final e os núcleos temáticos em torno dos quais girou a conversa.

Em um formato alternativo, ao final de todo o processo, fez-se um seminário, organizado em mesas de discussão em cima dos eixos apontados nas oficinas. Cada uma das mesas teve a presença de um interlocutor acadêmico, um pesquisador e alguém da rede de saúde de Campinas. Em uma das mesas também houve a participação de um graduando. Este seminário resultou em um relato que ajudará a compor a discussão que se segue (72).

Interpolação de olhares

A interpolação de olhares é um modo de escrita. Uma forma de apresentar e reconstruir uma narrativa a partir dos fragmentos de falas, opiniões e apontamentos diversos, que se cruzam, inclusive, com as considerações feitas pelo autor do texto. Entendendo que o afeto experimentado por um corpo fala muito mais da natureza do corpo afetado do que daquele que o afeta (49), uma fala expressa a maneira como determinado

corpo resiste ao que lhe ocorre, como ele resolve um problema posto a sua existência. Assim, entendemos que cada fala expressa a maneira como cada uma das posições (ou categorias) colocadas nesse estudo resolve o problema de perseverar em ser diante da tensa situação do encontro entre ensino e serviço (formulado a partir da intervenção de Teixeira, R. R., 2012, na arguição da banca de defesa desta dissertação de mestrado).

Coloque-se que são tensões diferentes, pois a cada posição há problemas diferentes. Assim, não convém olhar para esses sujeitos e suas opiniões a partir de pessoalizações, mas tomando-os por hecceidades, coisas singulares incorporais, pré-individualidades onde se dá o acontecimento, reconhecendo o outrem como estrutura perceptiva de um mundo possível (50), de potências de atualizações.

Capítulo 4 - Fazendo a discussão

Desenvolvendo o ensino de gestão no internato

Diante do caráter tão singular da disciplina que nos serve de campo para fazer essa discussão e dos bons registros que existem desde sua formulação, considero particularmente interessante iniciar a discussão traçando um histórico da mesma e fazendo uma análise de como ela tem se desenvolvido. Creio que isto nos ajuda a ampliar nosso olhar sobre o campo e já trazer algumas linhas traçadas pela entrada dos alunos no serviço de saúde, além de contribuir com o debate da reforma curricular.

Elaboração da disciplina e primeiras turmas

A discussão geral sobre cargas horárias e disposição dos módulos no esquema de rodízio de estágios do internato ocorria dentro da Comissão de Reforma Curricular. Tal comissão contava com a representação dos diversos departamentos da faculdade e com representação de discentes. Ao se deliberar sobre a existência de um módulo este deveria passar a ser gestado e gerido por uma “comissão gestora”, a qual contaria com a participação de docentes de diversas áreas relacionadas ao conteúdo do módulo, de um aluno que já passou pelo ano de graduação em que se insere o módulo e por outro que ainda passará ou está passando (caso já esteja em curso) pelo referido módulo. Já a partir do 4º ano do curso poucos módulos contavam com Comissões Gestoras, dos que tinham, a

participação estudantil era mínima, fosse por falta de abertura ao diálogo, fosse por falta de alunos interessados em desempenhar este trabalho.

O seminário sobre internato, de 2003, demandou da Comissão de Reforma Curricular um módulo sobre gestão em saúde. Definido a carga horária e o encaixe no rodízio, a demanda foi transmitida para o Departamento de Medicina Preventiva e Social, que então passou a ter o desafio de ensinar gestão e planejamento para a graduação em uma carga horária total de 40 horas distribuídas em 10 dias úteis consecutivos (neste mesmo período, nas outras 40 horas, os alunos passam pelo submódulo de Medicina Ocupacional e Ambiental).

A expectativa de alguns docentes da faculdade e de alguns discentes era a de um conteúdo programático voltado para a atenção suplementar (“como administrar seu consultório”). Estabelecido o posicionamento político de se formar um médico generalista que atendesse às demandas do SUS, a organização do módulo em si pôde ser encaminhada. A organização do módulo foi capitaneada por um docente da área de Políticas Públicas, Gestão e Planejamento do Departamento.

Um grupo de gestores, técnicos do DMPS, pós-graduandos e docente auxiliou na formulação e na articulação com a rede de serviços do município, este grupo também contou com a participação de discentes. Dessa forma, a elaboração da disciplina foi realizada por uma comissão quadripartite formada por docentes, discentes, gestores e trabalhadores do SUS Campinas, firmando, fortemente, um caráter de parceria e de construção conjunta.

Para esta disciplina, alguns Centros de Saúde do Distrito de Saúde Sudoeste foram escolhidos como campo de estágio, por diversos motivos, tais como: adoção do projeto

PSF/PAIDÉIA o que permitiria aos alunos experienciarem alguns instrumentos de gestão/clínica (colegiado gestor, conselho local de saúde, núcleo de saúde coletiva, equipe de referência, apoio matricial, projetos terapêuticos singulares, visitas domiciliares etc.), gestão sensível à questão do ensino e da articulação com a universidade e contexto socioeconômico precário (o que permitiria vivências distintas daquelas que se vê, em geral, no entorno da Universidade).

Apesar de apenas um grupo de quatro a cinco alunos cursar a disciplina por vez, optou-se por alternar entre duas ou três unidades para que as equipes não se sentissem sobrecarregadas com a presença intensiva e extensiva dos alunos. Aqui cabe informar que o módulo interrompe-se apenas no recesso de fim de ano (cerca de 10 dias), compondo uma carga horária total de 960 horas de estágio/ano (24 turmas durante o ano letivo).

O submódulo Saúde Coletiva / Gestão e Planejamento foi incorporado à grade de ensino do 5º ano médico em novembro de 2004, tendo como objeto a construção de uma intervenção discente que busque contribuir para a gestão do cuidado e do trabalho em saúde em distintas unidades do SUS/Campinas. Tem como referência as necessidades e demandas da unidade básica de saúde para, junto à rede campineira, propiciar que os alunos desenvolvam seus projetos de investigação/intervenção. Estas atividades são realizadas sob a supervisão de docentes, técnicos e pós-graduandos do DMPS/FCM/UNICAMP. A parceria com os gestores da rede e com os profissionais das unidades em que se realizam o estágio é uma diretriz e um eixo central ao processo de ensino-aprendizagem aqui referido.

Em coerência com o que preconiza as diretrizes da reforma na FCM/Unicamp, esta disciplina vem buscando inovar suas práticas e capacitar o corpo docente para funções que, no novo currículo, pedem professores aptos a atuarem como tutores/facilitadores, a

compreenderem e a se engajarem na dinâmica complexa e plural do cotidiano dos serviços de saúde onde este professor qualificado não deve ser visto como “produtor de serviços”, mas sim, como interprete de situação e articulador de programas de saúde, que tanto podem ser em nível de graduação como em atividades extramuros em unidades dos sistemas referidos.

Pedagogicamente, esta disciplina compartilha do entendimento de que é necessário aprimorar as práticas de ensino, buscando utilizar-se de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A partir de uma questão/demanda colocada pelos trabalhadores e da ementa do módulo como eixo teórico de referência, os alunos vivenciam distintos cenários pedagógicos com o apoio e parceria dos trabalhadores em saúde. O estágio pretende possibilitar aos alunos viver a dinâmica concreta dos serviços de saúde permitindo que os mesmos interajam com as distintas faces da gestão em saúde conhecendo seus arranjos e dispositivos, seus desafios, dilemas, complexidades e belezas.

Note-se, aqui, avanços em relação às estratégias de parceria que concebem serviços de saúde como “laboratórios de ensino” e/ou como “ambientes especiais” em que as instituições de ensino desenvolvem, muitas vezes, projetos pré-formatados, descontextualizados da realidade do serviço e das necessidades da população local. Uma intenção de sair daquela lógica de “franquia” da universidade na Atenção Básica para vivenciar as diferenças que os serviços oferecem, diferenças nos modos de produzir saúde e vida. Afirmando uma influência ético-política que entende que:

“Nunca se sabe de antemão como alguém vai aprender, que amores tornam alguém bom em Latim, por meio de que encontro se é filósofo, em que dicionários se aprende a pensar. Os limites das faculdades se encaixam uns nos outros sob a forma quebrada daquilo que traz e

transmite diferença. Não há métodos para encontrar tesouros nem para aprender, mas um violento adestramento, uma cultura ou Paidéia que percorre inteiramente todo o indivíduo. (...) Mas a cultura é o movimento de aprender, a aventura do involuntário, encadeando uma sensibilidade, uma memória, depois um pensamento, com todas as violências e crueldades necessárias, dizia Nietzsche, justamente para ‘adestrar um povo de pensadores’, adestrar o espírito” (74).

Para exemplificar este processo citamos o caso da reunião ocorrida em um Centro de Saúde antes do início da primeira turma deste novo módulo. O evento se deu cerca de uma semana antes do início das aulas, estiveram presentes a gestora da unidade, trabalhadores, uma representante usuária do Conselho Local de Saúde, um representante discente e um professor. Nesta reunião esclarecem-se dúvidas como, por exemplo, qual o papel que o estágio terá dentro do processo de trabalho da unidade ou se ajudará a suprir as deficiências de pessoal para assistência, discute-se sobre a angústia dos trabalhadores em relacionar-se com os alunos. Coloca-se a importância da vivência do espaço e da maleabilidade do curso para poder lidar com as demandas e aproveitar as oportunidades de aprendizado ofertadas pela equipe. Conforme o “gelo” é quebrado os participantes interagem mais, surgem sugestões programáticas (excertos do diário do estudante/pesquisador):

“A Pediatra da Equipe X, coloca a ideia de se trabalhar com óbitos. (...)

Um dos clínicos aponta também para os grupos como trabalho interessante”;

Reconhece-se a importância deste tipo de estágio:

“A pediatra diz que quando se formou e foi trabalhar na rede básica não sabia como trabalhar (...), sendo este tipo de visão muito importante para o aluno e nesse sentido acha que a disciplina auxiliará bastante”

E compartilham-se angústias:

“Será uma amostragem interessante dos problemas que enfrentam na rede básica (...) em relação à estrutura até dificuldades nas relações pessoais.”

Ao final do estágio os alunos apresentam e discutem com os trabalhadores do Centro de Saúde o projeto no qual trabalharam, muitas vezes um projeto terapêutico individual ou coletivo, quase sempre com aspectos intervencionistas. Em um grupo focal certo gestor revela que os estagiários geralmente causam incômodo na equipe, o que é bom para poder trabalhar gerencialmente com ela: “eu gosto de ter estagiários no serviço exatamente pelo incômodo que eles causam”. Alguns vislumbres do que faria tal gestor gostar desse incômodo são discutidos mais a frente. Suas vivências muitas vezes também são discutidas e propiciam diversas reflexões para os envolvidos. Por fim, deixam, como contribuição, um relatório a ser incorporado à pasta dos usuários investigados e/ou aos procedimentos de gestão e planejamento da unidade.

Algumas análises colocam que os projetos, elaborados a partir de discussões entre docentes, gestores, trabalhadores e graduandos, têm conseguido resultados surpreendentes superando desconfiças e dificuldades como a resistência dos alunos às disciplinas da “preventiva”; distância até as unidades de saúde; cenários de prática diferentes das unidades hospitalares, entre outros. Muitos trabalhos resultaram em apresentações em congressos locais e nacionais, alguns chegaram a ganhar prêmios no Congresso Médico Acadêmico da Unicamp (40).

Através de algumas fontes de informações tais como: observações de campo, conversas com gestores, projetos de intervenção produzidos, elaboração de trabalhos científicos por parte dos alunos e respostas ao formulário de avaliação da disciplina; pode-se apontar pontos importantes relacionados à disciplina: utiliza-se de uma abordagem conceitual em que se prioriza a interface entre a clínica e a gestão; a tentativa de incorporação desta atividade ao cotidiano do gestor e dos trabalhadores das unidades básicas; a necessidade de dar respostas concretas às complexas demandas postas pelas equipes de saúde; a metodologia de ensino que valoriza colocar o aluno em contato direto com os usuários, a rede e os trabalhadores de saúde; e a mediação por parte de docentes militantes da reforma curricular, do ensino das temáticas da Saúde Coletiva e do fortalecimento dos serviços prestados pelo SUS.

Cumprindo papel estratégico neste processo a parceria e os momentos de cogestão entre os serviços e a universidade, propondo mecanismos que busquem operar novos modos de gestão e organização das práticas de saúde e que estes processos venham a constituir um substrato privilegiado para a aprendizagem por parte dos alunos, trabalhadores e gestores de saúde. Busca ainda articular, na prática, distintas dimensões da formação, da gestão e da atenção.

Avaliações iniciais (40) sugerem que os referidos processos de ensino-aprendizagem vêm possibilitando aos alunos, em muitos momentos, vivenciar criticamente o cotidiano do serviço de saúde e vêm tentando ampliar a capacidade analítica e de ação dos trabalhadores de saúde que participam do processo. Um caminho que facilita e qualifica as práticas vivenciadas pelos alunos e, ao mesmo tempo, qualifica a gestão do processo de

trabalho das unidades em questão, ainda que muitos percalços sem apresentem nesse caminhar.

Desenvolvimento

Durante muito tempo a disciplina contou com a inserção de apenas um docente efetivo de forma transversal, outros docentes entraram de forma vertical e pontual em alguns grupos de alunos. O funcionamento da disciplina foi (e segue sendo) possível graças ao apoio de técnicos contratados do DMPS e pós-graduandos, apesar da alta qualificação técnica destes colaboradores a permanência dos mesmos era mais instável dependendo de muitos fatores externos (como duração da própria pós-graduação, por exemplo) e isto impunha (e segue impondo) uma grande dificuldade para se seguir os alunos de maneira adequada.

O formato pedagógico maleável, sujeito ao contexto dos serviços, ao mesmo tempo em que é uma aposta bastante audaz e bem avaliada é de execução bastante complexa, particularmente quando se tem um corpo docente tão limitado. É necessário que existam pessoas permanentemente sintonizadas com o que está acontecendo com o grupo de alunos e com a equipe do serviço sendo impossível, à boa execução, que o módulo conte com um professor¹ que entre verticalmente a cada dia para fazer uma discussão de sua própria área. Nos momentos em que isso se tornou mais crítico esse caráter maleável não foi bem avaliado, assumiu o rótulo de falta de organização, mas à exceção destes momentos, sempre recebeu boa avaliação pelos alunos e pela equipe de trabalhadores (conforme mostra o

¹ Chamaremos de professor/docente da disciplina todos aqueles que ocupam tal função a partir de algum vínculo com a Universidade (docentes formais, técnicos não-docentes, pós-graduandos)

compilado das avaliações aplicadas ao final dos estágios, que, enquanto método avaliativo, não são suficientes, mas já dão alguns indicativos).

Pedagogicamente este não foi (e não tem sido) o único desafio. Ao formular a disciplina o grupo gestor esperava que os alunos, após passarem por vários módulos (do 1º ao 4º ano) com inserção em Unidades Básicas de Saúde, chegassem ao de Gestão e Planejamento já com alguma boa bagagem sobre o SUS e sobre o funcionamento de uma unidade básica de saúde de Campinas, entretanto, a realidade foi bem distinta. A heterogeneidade é grande, alguns grupos chegam bem preparados outros parecem ter passado em branco pelos anos anteriores. Aparentemente o assunto não mobilizou a atenção de muitos deles durante toda a graduação. Parece que esta circunstância está relacionada, entre outros fatores, com certo preconceito e resistência criados contra os módulos que tenham relação com a Medicina Preventiva e Social. Soma-se a isso o fato de haver pouca integração entre os módulos do departamento ao longo da graduação, o qual tem uma carga horária de atividades incompatível com os docentes formais (todas as disciplinas dependem de um corpo de pós-graduandos grande e que muda a cada ano). Além disso, as disciplinas dos outros departamentos que se realizam na atenção básica pouco se integram com a equipe, com o contexto local e com outros departamentos da própria faculdade. Isso é bem abordado pelos alunos nos grupos focais:

“Nos outros anos [outras disciplinas do DMPS] que a gente ia, costumava ir pro centro de saúde e ficava numa sala discutindo textos que a gente tinha lido... Eu achei esse trabalho assim bem mais prático... Superou as minhas expectativas.”

“Mas uma coisa assim que me angustia um pouco é... (...) A gente tá há quatro anos na reforma... Só que tem muita coisa assim que eu não

entendo, assim de como o SUS se articula e até esse número de pessoas da equipe de saúde, sabe... (...) Isso me angustia um pouco, porque eu acho que é muita coisa que poderia entender. Deveria vir do primeiro ano...”

Esta grande barreira, muitas vezes foi bem desconstruída, restando ao submódulo muitas avaliações positivas por parte dos discentes, inclusive mencionando a quebra dos preconceitos e a superação das expectativas, mas parece-nos uma lacuna de formação deveras importante, cujas causas, algumas já aventadas acima, devem ser discutidas profundamente. Seria uma questão de método pedagógico? Estrutura curricular? O DMPS não é o único departamento que leva os alunos para a rede básica, qual a responsabilidade dos outros departamentos nesta questão? O tempo que o aluno está realmente em contato com a atenção básica é suficiente? Como já discutido, mudar o cenário de ensino não necessariamente muda o paradigma de saúde e de clínica que é ensinado, ao invés disso, ir para a Atenção Básica pode dar uma sensação de “treinamento” para o que é “realmente importante”, que seria o ensino hospitalar através das especialidades (4).

No quarto ano do curso existe uma disciplina em que o aluno passa o ano inteiro no centro de saúde em atividade assistencial em clínica de adultos, ginecologia e obstetrícia e pediatria (além de atividades junto à própria Saúde Coletiva). Surge com frequência a questão de este estágio funcionar como um “ambulatório da Unicamp na rede” (as tais franquias anteriormente mencionadas) já que os alunos chegam ao estágio do 5º ano e referem não ter tido contato com a equipe e não saberem quase nada sobre como os serviços da atenção básica funcionam ou se relacionam com outros serviços do SUS. Estaria esse estágio funcionando como o ensino de mais uma “especialidade” mantendo a fragmentação do ensino e do cuidado?

Diretamente relacionado a isto existe uma tensão de forças entre os gestores do ensino e uma parte dos alunos com relação ao momento em que esta disciplina se encaixa. Nas avaliações discentes existe, com praticamente a mesma intensidade, defesas pela manutenção deste estágio no quinto ano e pela sua mudança para o quarto ano. Alguns argumentam em favor da maturidade clínica já obtida no internato, outros que a mudança para o quarto ano propiciaria realizar Projetos Terapêuticos Singulares dos pacientes que são acompanhados ao longo do ano. Mantemos a dúvida se o trabalho com essas configurações realmente seria possível no quarto ano, em seu atual desenho.

Como pano de fundo disso, está a disputa entre grupos docentes por carga horária e pela hegemonia de um modelo de assistência à saúde em um momento que por muitos é considerado o mais importante da formação, o internato. Essa conversa evidencia que tal reforma curricular ainda tem de superar um modo de mudar o currículo que passa por meras disputas de cargas horárias e rearranjos dos lugares das disciplinas, isso pode conduzir ao fracasso da mudança curricular. Essa prática sustenta um discurso que, apesar de falar em mudança, paradoxalmente, coloca-se como não-mudança. Seria importante que áreas e departamentos dispusessem mais livremente de seus tempos e conteúdos para fazer parte de um jogo mais amplo de reformulação curricular pautada por acordos coletivos e cogerenciada (52).

Outra disputa constante, hoje em dia já parcialmente abandonada, foi por melhores estruturas para que o módulo se desenvolvesse. Em praticamente nenhum momento, ao contrário de outras disciplinas, pode-se contar com veículo da faculdade para o transporte dos alunos, ir para a periferia da cidade é um esforço militante feito sobre os veículos dos professores e às vezes nos dos próprios alunos (não sem muita reclamação – “É cara!

Rodamos mais de 400 quilômetros ao longo de duas semanas e a faculdade não forneceu transporte.” – resposta de aluno a questionário de avaliação da disciplina). Depois de muitas promessas não cumpridas, um van em condições precárias foi disponibilizado... Por não mais que um dia, de um grupo de estágio. Esse tipo de problemática resultou em situações desconfortáveis, que foram desde alunos mentindo que não tinham carro, até argumentações de setores da FCM de que não se deveria “paparicar” os alunos. Nessa disputa, os locais de estágio mais distantes da universidade (Distrito de Saúde Sudoeste) quase foram retirados do módulo, sendo a questão do transporte como um dos vários motivos anunciados para tal, o que consideramos que seria uma grande perda aos alunos e à relação da Universidade com a rede de saúde de Campinas.

Outra dificuldade que acaba se aliando à falta de transporte é a dificuldade de levar trabalhadores da unidade básica para os outros serviços, juntamente com os discentes, onde o problema em questão será discutido pelo grupo de estágio. Essa é uma constante pretensão docente que facilitaria o contato entre os serviços e a construção de redes, mas que passa por questionamentos. Seria função de a Universidade fornecer esse transporte ou do município, visto seu próprio interesse?

A relação com o serviço onde está ocorrendo o estágio nem sempre é tranqüila e também está sujeita a todas as intempéries da organização municipal da saúde. Debate constante é se o estágio deve ser realizado em unidades/equipes que estejam sem médicos (o que tem ocorrido, nestes anos, com alguma frequência nos Centros de Saúde das regiões mais periféricas e pobres da cidade). E mesmo tendo médicos, diante de uma falta de pessoal das outras áreas a presença dos alunos pode ser enxergada como uma demanda extra e acaba sendo colocada no âmbito do “impraticável”, do “não damos mais conta” pela

equipe. Mas não seriam mesmo essas dificuldades objetos de estudo em um módulo de Gestão e Planejamento? Este debate, em alguns momentos, foi intenso o suficiente para que a disciplina quase se tornasse inviável.

Como já mencionado acima, a alternância de gestores nas unidades foi um entrave mais de uma vez, às vezes culminando com a necessidade de troca da unidade em que o estágio era realizado. Dentre os motivos estão a frequente falta de preparo dos novos gestores, às vezes para a própria gestão, às vezes para lidar com essa interface com as políticas de formação de pessoal e de relação com a academia (38). Este tipo de trabalho parceiro demanda sensibilidade da gestão para tal, demanda que a mesma organize e priorize a agenda de alguns trabalhadores para acompanharem o processo e serem tutores em serviço. A constituição de uma rede docente, como a explorada no relato de Carvalho, Garcia e Rocha (39), é importante para que o ensino seja contextualizado e as propostas dos alunos para as problemáticas demandadas pela própria equipe não sejam descoladas ou pouco executáveis pela equipe posteriormente.

Ainda que se tenha essa rede docente, o componente relacional é uma constante nos diários. Muitas vezes restando ao docente o papel de mediação. Alguns alunos entram “de sola” com uma percepção biomédica, realizando duras críticas ao serviço e aos trabalhadores, o que não fica sem resposta por parte destes. Outras vezes os trabalhadores exigem dos alunos e da academia adequação aos seus tempos de forma muito contundente. As dificuldades nas articulações extravasam para o estágio. Os docentes e trabalhadores acabam “engolindo muitos sapos”, particularmente quando o grupo de estagiários chega com uma carga de preconceitos muito grande, pouco abertos ao diálogo, à construção e ao aprendizado. A implicação militante dos docentes, de alguns gestores e de alguns

trabalhadores (constantemente referida em avaliações, diários e grupos focais) lhes coloca em um elevadíssimo grau de dedicação e, conseqüentemente, de desgaste mediante esse tipo de situação.

Com tantas dificuldades de ordem operacional e estrutural o corpo docente passa por crescente cansaço e desânimo. Em 2006, a entrada de um segundo docente para atuar de modo transversal no módulo revigora o fôlego para que ele continue sendo tocado a despeito do relatado, pois todos estes entraves perpetuam-se por toda a história de existência desta experiência. Mais recentemente o problema da falta de docentes amenizou-se por um tempo, uma vez que três docentes e dois técnicos logram responder por 50% da carga horária anual do estágio, além do envolvimento de maior número de pós-graduandos (que atuam; mesmo que às vezes sem o reconhecimento, seja por certificado, seja por remuneração; através de programas como o de Estágio Docente). Situação que, diga de passagem, segue sendo fonte de preocupação pela instabilidade do quadro docente e pelo fato de que não se vislumbra possibilidade de inserção de novos docentes da FCM/UNICAMP na disciplina nos anos vindouros.

A relação do grupo de professores é muito construtiva, mas divergências no entendimento do que é e de como se deve tocar o ensino em questão são evidentes. Discordâncias produtivas, às vezes críticas, mas não antagônicas.

Interessante aqui notar que nos seus sete anos de existência a disciplina contou, no seu corpo docente, com professores da Unicamp, técnicos e pós-graduandos que têm em comum a experiência acadêmica e, em especial, vivência junto à gestão do SUS na condição de gestores e clínicos. A este perfil que afirma certa militância se soma estratégias dos docentes da disciplina que fazem destes campos de estágios cenários de atividades

voltadas à extensão, de realização de investigação junto ao PET-Saúde e projetos de investigação no interior de suas linhas de pesquisa (inclusive de pós-graduações), tendo sido objeto de algumas publicações. Isto talvez explique, em parte, a sustentação da proposta em meio a condições bastante adversas e ao cansaço.

Ainda hoje muitas dessas questões, dificuldades e entraves se mantêm. Acrescentamos, aqui, que as mudanças de governo provocaram mudanças no modelo de gestão/atenção praticado ou incentivado.

“Na administração anterior, por exemplo, o PTS era o foco, então ao conversar com o SAID é obrigatório, já hoje, na minha percepção, eu posso conversar ou não.” (fala de gestor em grupo focal)

Apesar das mudanças não inviabilizarem o estágio, tornam cada vez mais difícil a articulação e priorização das agendas por parte da equipe, o bom andamento tem ficado cada vez mais gestor local-dependente. Tal acúmulo de dificuldades constantemente leva os docentes a questionamentos:

“Pessoalmente me questioneei a validade de tanto envolvimento e tempo. Pensei na falta de outros professores na disciplina para dividir a carga horária e, acima de tudo, a complexidade da gestão do curso e os sofrimentos. (...) Temeroso, sim. Se não conseguirmos consolidar, no mínimo um grupo de quatro professores estáveis nos próximos meses estamos fritos.” (excerto de diário docente de 2006)

“Acho que o difícil da disciplina é costurar a colcha de retalhos e encontrar um eixo. Isto pesa e tenciona. Acaba dando certo, mas é duro, a falta de tempo que se acumula. (...) O cansaço pesa (...)” (excerto de diário docente de 2006)

Mesmo com tantos entraves e disputas, a disciplina já se mantém há sete anos. Além da resiliência dos envolvidos podemos atribuir a resistência à construção de uma história de parceria entre a universidade e a rede de serviços SUS bastante gratificante. As avaliações de todos os sujeitos envolvidos tendem a ser muito boas, mesmo que a sustentação deste movimento todo seja um tanto tensa. E ao analisar qualitativamente essas avaliações e verificar que a disciplina tem logrado inserir os alunos na realidade do SUS, dá-lhes uma noção do que é trabalho em equipe multidisciplinar e multisetorial, discutir estratégias de ampliação da clínica e dar vistas a uma rede de serviços com trabalhadores que se esforçam para que aquilo tudo funcione,

“Eu sempre escuto falar que o trabalho no setor público é meio ocioso, mas lá eu achei muito interessante porque parecia todo mundo estar muito envolvido com o caso...” (fala de aluno em grupo focal)

Ao perceber tudo isso, ler esse tipo de avaliação, fôlegos se renovam. Também estratégias para a sustentabilidade do espaço foram sendo desenvolvidas, como trabalhar com as pesquisas de pós-graduação no mesmo território da disciplina, ajudando a concentrar pós-graduandos, alunos de iniciação científica e de PET no mesmo local.

Entendemos que esta experiência, pela complexidade, intensidade, as características dos vetores de forças, de produção de subjetividade e de interesse que a atravessam constitui um potente analisador dos desafios postos a processos de mudanças curriculares. Uma proposta pedagógica ousada, um arcabouço conceitual inovador da disciplina, o compromisso de um coletivo docente que é referência para o debate da gestão junto ao SUS, uma rede de serviços reconhecida por sua história, uma universidade pública e uma faculdade de medicina de excelência são, entre outras, presenças e linhas de força que

atravessam o plano (mesmo que às vezes mais pela força do discurso do que pelas vivências em si) aqui analisado.

Mas um ponto é aqui de especial interesse. Os alunos, os docentes, a Universidade, o estágio, colocam os processos de gestão e de trabalho em questão. Quase sempre! Costumeiramente de maneira bastante evidente! O incômodo está posto na roda! O processo intercessor está fervilhando, o que é feito com isso?

O que os envolvidos com a discussão pensam? Interpolando olhares.

Esse fervilhante processo intercessor dá-se no ato do encontro, em si, mas afeta desde a preparação para a entrada de cada grupo de alunos no serviço até os efeitos produzidos por cada intervenção, por cada momento de encontro entre ensino e serviço.

Para explorar a maior parte dos pontos levantados sobre cada um desses momentos tentemos fazer um caminho, da preparação para a entrada de um grupo até as questões que ficam após o término de cada estágio. Esse é um caminho meramente didático e organizativo, porque as questões levantadas se entrelaçam antes, durante e depois e retornam sucessivamente e são trocadas entre um conjunto de alunos e outro, entre uma equipe de trabalhadores e outra, de uma unidade básica de saúde para a outra.

O trajeto percorrido é um dentre vários. O olhar lançado para essas narrativas é um dos que poderiam emergir a partir da forma como se entende cada uma das frases colocadas. Para fazer esse olhar levantamos o material produzido na pesquisa FAPESP

supra-referida². Também cabe salientar que várias das questões aqui colocadas localizam-se temporalmente à situação encontrada em 2009 e 2010, quando o campo de dita pesquisa fora realizado. Algumas coisas mudaram, muitas (a maioria) permanecem do mesmo modo, por isso o interesse neste material.

A Seleção do Problema

Para começar a conversa, cabe ressaltar uma questão levantada pelos gestores. O currículo formal é elaborado exclusivamente pela Instituição de Ensino, a rede de saúde não participa nem na formulação, nem na avaliação, apenas na execução (quando não apenas cedendo espaço físico e população adscrita). Alguns gestores e algumas equipes tomam a iniciativa de fazer essa avaliação e enfrentar o conseqüente tensionamento junto à Universidade. Pode-se dizer que uma parte desse tipo de atitude é tomada a partir do empoderamento que essa disciplina dá às equipes (além de algumas iniciativas tomadas pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde – CETS, da Secretaria Municipal de Saúde), um tanto devido ao movimento único que constitui sua formulação já descrita acima e assumida na discussão do grupo focal de gestores:

“eu participei da seleção de conteúdo para esse quinto ano, na verdade não existia um quinto ano, a gente foi na Unicamp, sentamos com o professor (...) e a gente fez toda a seleção de que conteúdo a gente gostaria, mas ainda vejo pontual, como uma iniciativa do docente, da própria disciplina, não é o que a Universidade pede” (fala de gestor em grupo focal)

² As citações literais foram modificadas apenas no que se fazia necessário para resguardar a identidade dos participantes da pesquisa.

Aqui, há de se assumir que este processo cogestionário da formulação da disciplina tornou-se mais nebuloso com o tempo. De toda forma, foi uma oportunidade de construção conjunta não desperdiçada pelos envolvidos, mas cuja dinâmica metodológica demanda uma série de cuidados e preparativos, um deles é a seleção da questão que será discutida pelos alunos. Os docentes lembram que nem todos os grupos, ao longo desses anos, discutiram especificamente casos clínicos visando à construção de projetos terapêuticos, alguns entraram na discussão mais direcionada para outros pontos da gestão, entraram no planejamento da unidade, na construção de redes etc. De toda forma, criou-se um costume majoritário de se fazer a disciplina girar em torno de casos clínicos (ou também, poderíamos dizer, que em torno de problemas que têm a situação clínica como um sintoma), o que tem boas avaliações. Ainda existem questões dentro do corpo docente se a questão a ser trabalhada deva ser mesmo um caso clínico. Vamos tratar disso novamente adiante.

A seleção do caso (ou problema) a ser debatido coloca uma série de questões a começar por: quem seleciona o caso, docentes, gestores ou trabalhadores? Um ponto ressaltado pela maioria é que este caso deve ser escolhido com antecedência. É necessário que estes três segmentos conversem a respeito do mesmo. Para alguns, essa conversa prévia ajuda a minimizar a insegurança de alguns docentes (às vezes inexperientes na docência, já que o módulo depende de alunos de pós-graduação para acontecer) e ajuda gestores e trabalhadores a organizarem o serviço para lidar com a entrada dos alunos, buscando priorizar a agenda da equipe para poder acompanhá-los, por exemplo. Há docentes que colocam essa questão como de esfera de resolução da equipe, preferindo conhecer o caso junto com os alunos. Por outro lado, outros expressam essa necessidade da conversa prévia

como um ponto importante e que não sendo feita causa angústia, por vezes tal instabilidade provoca consideráveis níveis de estresse entre o grupo docente.

“Uma das dificuldades do curso, metodológica, que dá em nós professores uma angústia, que não é muito construtiva, é que não tem uma programação, fico conhecendo o caso no dia, às vezes um dia antes, e vai ter que aplicar o projeto terapêutico, vai ter que interagir com a equipe, vai ter que dar uma devolutiva no último dia, para equipe, mas não sabe se vai fazer visita, se vai atender, é uma programação feita muito correndo em um período curto, com poucos recursos, esses são um dos fatores que dão uma angústia, mas que também dão um barato.” (fala de docente em grupo focal)

E a escolha da problemática não é banal. Reconhece-se que cada caso vai mobilizar cada equipe de uma forma diferente e em torno de questões clínicas e gerenciais diferentes. Nesse sentido os docentes costumam pleitear que a temática dos problemas, cuja discussão é demandada ao grupo de estagiários, varie, para poderem trabalhar assuntos diferentes com os trabalhadores, de uma forma ou de outra entrando no processo de trabalho em questão. Há toda uma delicadeza aí. Não sem motivo, a equipe pode se ressentir mediante uma postura interventiva muito incisiva, que ocasionalmente ocorre e que dificulta a inserção de turmas seguintes naquele mesmo espaço, mas reconhece-se:

“Não podemos ficar com uma postura defensiva de achar que eles vêm aqui para avaliar o que a gente não faz, é um pouco o movimento da Universidade, vamos ouvir também, vamos pegar o que eles nos trazem também” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Como eles estão vindo, eles trazem um olhar diferente do nosso, dá para ter uma boa relação, trocar idéias, aprender com eles, e a gente também,

às vezes alguma coisa que é normal para gente no dia a dia, que naturaliza, para eles é diferente” (fala de trabalhador em grupo focal)

Os gestores reconhecem que se a responsabilização dos trabalhadores com o processo de ensino em serviço é desejada, é imprescindível que estes sejam participantes de todo o processo, do planejamento à avaliação. Em consonância com o dito pelos docentes, os gestores asseveram o uso de grupos de estágio (e não apenas do 5º ano) como um dispositivo de gestão para trabalhar com a equipe. Neste sentido visualiza-se a importância do olhar estrangeiro que é trazido e que questiona práticas cristalizadas. Valorizar esse olhar proporciona à equipe momentos de autorreflexão e de discussão, independentemente da forma como o estágio se estrutura ou o docente entra. Voltaremos a essa questão, de como a gestão aproveita a entrada dos alunos, mas adianto que isso, hoje em dia, é pouco dito e, aparentemente, pouco se sabe como trabalhar com os analisadores que o estágio levanta.

De toda forma, essa entrada também precisa ser bem conversada com a equipe, pois se tem apontado que a forma como isso se dará, influenciará na postura que será tomada frente a essa relação, conjugando-se isso a um sentimento dito de valorização ou de desvalorização. Ir de um ao outro, passa pelo quanto os trabalhadores são parte atuante neste processo, o quanto seu protagonismo é reconhecido ou incentivado ou aceito, o quanto isso é construído e cuidado com a equipe e de como o caso é discutido.

“Depende de como o processo se dá, quando conseguimos discutir o caso, ver o porquê estamos querendo que a UNICAMP entre nesse caso, sentar com os alunos para ver o que a gente já fez, o que já temos, a parceria com eles para mim é nesse sentido mesmo, ver o que já fizemos, o que

pode ser interessante, nesse caso trás benefícios sim [a entrada dos alunos para a equipe]” (fala de trabalhador em grupo focal)

Por outro lado:

“Depende da relação, porque tem professores com quem tivemos casos delicados aqui, e quando eles vêm todos falam, olha esse não estamos muito a fim de lidar, ou trabalhar juntos” (fala de trabalhador em grupo focal).

Seguindo nessa conversa, a percepção de uma relação utilitarista também é citada como um desincentivo à participação dos trabalhadores, assim como entradas com críticas mais contundentes. Não à toa é colocado pelos gestores que é necessário fazer um trabalho com a equipe para poder lidar com as questões que os alunos trazem sobre o serviço.

“Uma certa desvalorização, um certo uso, uma certa coisa de que está ali sendo usado (...) no começo a gente tinha um pouco de dificuldade. Lembro que tiveram os primeiros grupos, e os trabalhadores se sentiram muito desvalorizados do que eles tinham feito até então, porque vinha um pessoal de fora e fala ‘vamos fazer isso, isso e aquilo’ e passa o projeto (...). Quando eu cheguei na unidade, ninguém queria receber estagiário, era muita reclamação, qualquer proposta de trabalho não era bem vinda, porque era um problema da própria equipe com seu trabalho e à medida que isso foi superado, foi diminuindo as dificuldades, hoje eu avalio que a equipe recebe bem os estagiários.” (fala de gestor em grupo focal)

Ainda sobre a escolha do problema, resta o debate sobre qual seria a complexidade deste caso a ser trabalhado, sobre isso um docente conta sobre uma conversa com professores de outra instituição de ensino:

“será que a gente exagera, porque primeiro a periferia tem muitas coisas difíceis e as equipes jogam para a gente casos de outro mundo, então eles [outros professores] olharam para gente e falaram, poxa, com tanta coisa legal no cotidiano (...)” (fala de docente em grupo focal)

Os casos que se apresentam à Atenção Básica não são simples e, às vezes, tão mais complexos, quanto mais pobre é a região em que o trabalho ocorre. Que realidade é essa que gestores, trabalhadores e professores fazem questão de apresentar aos alunos? Qual é a medida disto? E diante de um “caso cabeludo” o docente admite:

“fui perguntar para eles [alunos] como eles se sentiram depois que foi feita a visita, como vocês ficaram, porque eu, na realidade, fiquei muito mal, e no dia seguinte abri para conversar sobre isso, porque também é uma sacanagem, porque dá a impressão que eles têm que entrar naquela boca e sair como se...” (fala de docente em grupo focal)

O quanto a Saúde Coletiva também não incorre no risco de certa naturalização do sofrimento, tal qual outras áreas da Medicina também naturalizam certo sofrimento e até mesmo adoecer por uma sobrecarga de trabalho e de plantões. Não pouco freqüentemente os alunos, ao longo da graduação, ao se queixarem de noites seguidas mal dormidas pela carga de estudos e plantões de estágio escutam coisas como: “vai se acostumando que vida de médico é assim”. Paraguay (54) traz uma reflexão sobre o adoecimento e a sobrecarga do estudante de medicina. Em um ensaio Rocha et. al. (75) reflete o quanto a postura cientificista do currículo e a metodologia de ensino de outros módulos impacta sobre a qualidade de vida do estudante, sua sobrecarga e sua pouca valorização dos módulos relacionados à Saúde Coletiva. Schraiber (4) já colocava esse tipo organização e uma valorização do saber como lugar de poder como forma de se estabelecer hierarquias não só

com relação a outros membros de uma equipe de saúde como também dentro da própria corporação médica.

Ao refletir sobre essa complexidade dos casos escolhidos os trabalhadores também admitem:

“Talvez não seja ideal fazer o projeto terapêutico de um caso mais complicado e sim de um coletivo, para o território, para as questões mais globais da unidade.” (fala de trabalhador em grupo focal)

Essa é uma questão aberta, até mesmo se o problema a ser trabalhado deva ser de fato um caso clínico, se seria individual ou coletivo, se seria com um componente mais clínico ou mais de gestão, intervindo no processo da unidade ou partindo dele para olhar a rede de saúde. E, paradoxalmente, docentes queixam-se de trabalhadores e vice-versa nas tentativas de proteger os alunos para lidar com tal realidade:

“A equipe monta uma fotografia da família que está sendo foco da discussão e às vezes tenta nos proteger (...)” (fala de docente em grupo focal)

“Uma vez fizemos uma avaliação de que o professor precisa sim intermediar essa relação com a gente, mas às vezes ele já chega trazendo-os em uma redoma, e a gente não tem muito contato com eles [alunos]” (fala de trabalhador em grupo focal)

Sem dúvida que tal proteção também passa por pré-conceitos, por más experiências anteriores etc. Não cabe aqui procurar afirmar se um ou outro está certo, mas é mais uma questão a ser lançada ao debate. O quanto um ‘mostrar a realidade’, de forma mais ‘nua e crua’, não cria um efeito de afastamento dos alunos da atenção básica, que em uma atitude reativa podem dizer ‘com esta realidade não quero conversa’, afastando-se do complexo

desafio que é esse trabalho? Por outro lado, um paradoxo, o quanto esta realidade encarnada, viva e "real" não contribui para sensibilizar e desconstruir olhares, escutas e perceptos fechados em si mesmo? Cuidar dos afetos produzidos por tal contato também me parece fazer parte da estratégia pedagógica, tornar a vivência desses encontros-acontecimentos algo provocador de boas mudanças, de afetos aumentativos de potência.

Mediando a Relação

Diversos envolvidos com a disciplina têm demandado conversas prévias para aprofundar nesta difícil empreitada que é a escolha de um bom problema para ensino e intervenção. Mas este momento não tem sido fácil de arranjar. Várias vezes, de fato, professores conseguem se sentar com equipe, mas não é incomum que ocorra problemas nessa relação, nessa comunicação, ao que os trabalhadores rapidamente reagem:

“Não tem como a gente fazer uma reunião de equipe extraordinária porque a UNICAMP precisa de um caso!” (fala de trabalhador em grupo focal)

De toda forma tem ocorrido um grande esforço para fazer um estreitamento entre estes atores, inclusive influenciando na construção de arranjos de gestão para dentro da unidade para poder dar cabo desta atividade:

“A MD 945 é algo extremamente inovador, porque você faz um debate prévio do caso, e a gente não pode perder esse referencial (...) gente vai inovar e ousar no sentido de quem está acompanhando esses alunos, vir na equipe discutir, quais são os casos que existem, potenciais pedagógicos que a gente possa estar retomando para discutir com as outras turmas da universidade e já deixar na manga, para a próxima vez. E na nossa

unidade a gente criou um núcleo de estudos que é para fazer esse tipo de discussão” (fala de gestor em grupo focal)

Mesmo esses arranjos sofrem com as instabilidades dos serviços de saúde. Neste caso, esse núcleo de estudos mencionado acabou dedicando-se mais aos processos de trabalho internos à própria unidade pouco avançando na relação com a universidade e, por fim, deixou de existir no ano seguinte (segunda consta em um dos diários analisados).

Este esforço de conversa também ocorre por parte do corpo docente, cuja maioria procura articular, construir esses espaços de reunião, tenta estar um pouco mais presente no cotidiano da unidade, mas isso também não tem sido simples e nem sempre há sucesso.

“Tem reuniões que nós dois vamos, mesmo fora da disciplina, e a gente procura, no máximo uma semana antes, ter uma discussão com a equipe ou com o distrito (...), a gente tenta articular reunião, nunca tem horário ou atravessa uma série de questões, a cada cinco vezes a gente consegue duas ou três, pactuar qual será o caso” (fala de docente em grupo focal)

Novamente, não cabe entrar em uma lógica de culpabilizações ou condenações. O que vamos percebendo é que neste intrincado e singular campo, composto por tantos militantes do SUS e do ensino de qualidade, os atores envolvidos têm tido reais esforços de aproximação.

Passamos por momentos de profunda crise e instabilidade nas relações e, de certa forma, isso parece ter se relacionado mais a uma dificuldade em operar um franco falar entre esses parceiros do que a uma indisponibilidade em compor. Os docentes já vão indicando que há muitas questões que se conjugam nessa relação e que contribuem para essas dificuldades:

“Esse trabalho tem que ser permanente e é muito instável, o CS está bem depois não fica bem, ganha médico depois perde, está articulado depois desarticula, coordenador briga com agentes, isso tudo interfere no nosso curso.” (fala de docente em grupo focal)

Sem dúvida o momento do grupo condutor do módulo na Universidade, o momento da unidade, o momento da gestão, o momento do curso em que o aluno entra na disciplina, tudo isso vai impactar no bom andamento e na qualidade do estágio. É preciso falar disso, pois os alunos percebem esses momentos críticos da unidade.

“a gente tem que ter um médico para discutir a conduta (...) é importante ter uma coisa mais estrutural, uma equipe mais estruturada” (fala de aluno em grupo focal)

Abordaremos mais a frente se a questão está, especificamente, na presença ou não de alguém da categoria médica.

De início, equipe e alunos conversam sobre o problema proposto. Uma idéia inicial seria que os trabalhadores demandassem a discussão do grupo de alunos, mas aqueles reagem:

“porque no início parecia isso, eles perguntaram o que vocês querem da gente. A gente falou, ‘a gente não quer, nós vamos fazer uma troca’, a gente expôs o que já fez, e agora temos que ver se as pessoas têm outras propostas” (fala de trabalhador em grupo focal).

E afirmam:

“Mas assim, o mais legal quando eu vou para minha área com um grupo de alunos e professores, são realmente as conversas, as trocas, então isso é muito legal. Além de eu estar formando eles, eles também estão me formando.” (fala de trabalhador em grupo focal)

Esse caráter de parceria, que a disciplina evoca desde a sua criação, é bastante ressaltado por diversas pessoas. Os gestores colocam a participação do trabalhador em todo processo como essencial:

“ouvir nossos trabalhadores (...) a que medida queremos receber [alunos], como queremos receber, isso é importante, ele se sentir mais participante no processo. Tem uma tentativa, nessa participação, na formação. O protagonismo do trabalhador hoje é bem maior do que em relação alguns anos atrás” (fala de gestor em grupo focal)

A parceria não deve ser apenas na relação entre trabalhadores e alunos ou dentro da própria equipe. Da relação com a docência, com a gestão dos serviços e com a gestão da disciplina também é demandado tal caráter cogestionário.

“Com o professor é um momento sempre bom, construtivo, a forma de conduzir a conversa, as orientações, com os alunos também, lógico que isso varia.” (fala de gestor em grupo focal)

“Essa reunião de hoje só foi possível com essa formatação, imaginário meu, porque a disciplina, professores e grupos, já estão aqui no Distrito há um tempo, vocês foram ousados em colocar na mesa a nossa chefe, que não é qualquer uma, então a liberdade que a gente teve para fazer aqui hoje, não acredito que tivéssemos em qualquer lugar” (fala de gestor em grupo focal)

Postura que é assumida por docentes:

“Isso é uma coisa que faz diferença nessa disciplina, porque trás para nós um investimento legal por parte das pessoas que estão fazendo. Não dá para pensar na disciplina só sobre o ponto de vista técnico, os alunos são muitos sensíveis nesse ponto (...) não estamos aqui para mandar, estamos

aqui para descobrir como vamos sair disso” (fala de docente em grupo focal)

“Estimulo muito o encontro do aluno com o trabalhador, na perspectiva de passar o mundo real, de refletir mesmo, mas eu sou um cara que o tempo inteiro insiste nessa idéia de tentar essa mistura, porque nisso o trabalhador e o aluno trocam” (fala de docente em grupo focal)

Esse modo de fazer, essa postura ético-política (não mandar e sim descobrir juntos), não parece ser algo do cotidiano dos alunos, de tal forma que proporciona um aprendizado prático bastante marcante e influencia decisivamente no ensino e na atitude dos vários sujeitos com relação ao estágio:

“Acho que tá interessante ver a relação. De como é uma relação de equipe num Centro de Saúde, que é diferente. O que é se relacionar com as outras pessoas. Ou que essas pessoas têm de vivência. Você sai de certa organização e vai pra uma equipe já formada. Com a vivência deles.” (fala de aluno em grupo focal)

“Ver o exemplo de como que as equipes atuam, como se relacionam entre elas com os pacientes, com esses profissionais, como o professor também se relaciona também para interagir e buscar outros planos de saúde como com o SAID” (fala de aluno em grupo focal)

“Visão de equipe, de como funciona, de como que se pode trabalhar” (fala de aluno em grupo focal)

“Eu acho que eu aprendi a escutar um pouco mais” (fala de aluno em grupo focal)

“Contato que a gente teve com a equipe, que eu tive com a equipe, foi um contato que eu nunca tinha tido antes: de conversar, de discutir propostas.

(...) E também um pouco trabalho que funciona também em parceria, a gente chega aqui ocupando um espaço.” (fala de aluno em grupo focal)

“São professores que você tem uma admiração e ao mesmo tempo fazem você trabalhar de uma maneira mais... Isso eu gostei, a gente trabalhou que nem uma pessoa de igual pra igual e poder trabalhar junto, construir junto (...). De repente eu me confrontei com alguns textos que encaixavam no meu projeto. Então, assim, despertavam um outro interesse. Talvez a relação com o professor tenha sido boa por isso. Por que acaba despertando. E não sendo uma obrigação” (fala de aluno em grupo focal)

“A relação deles com a equipe é ótima. Souberam conduzir o trabalho muito bem, fazer as discussões. Sempre participaram de todos os andamentos.” (fala de aluno em grupo focal, sobre a relação entre docentes e equipe do serviço de saúde)

E isso de construir junto, de partilhar questões e dilemas, de propor alternativas compartilhadamente, não é nada simples, nada banal. É um desafio trabalhar isso com os alunos, com a equipe, com docentes e gestores.

“Vai propor o negócio pra alguém continuar. Eu acho que isso é uma das coisas mais difíceis da graduação que já passei. Não é um pedido que você vai fazer, não é um remédio que você vai passar, é uma coisa que você tem que planejar” (fala de aluno em grupo focal)

E talvez seja esse um dos pontos que mais provoca “rusgas” (se não rompimentos) na relação, quando essa construção conjunta não acontece. Essa fragilidade provoca de frustrações a queda na qualidade do ensino, de queixas em alguns momentos de avaliações

a dificuldades em se compor novas parcerias e até mesmo problemas para se fazer a gestão do ensino, da disciplina (para não dizer da própria unidade de saúde).

“foi uma coisa mais a gente falando e eles não falaram tanto com a gente (...) a gente teve um contato extremamente superficial” (fala de aluno em grupo focal, sobre a relação com os trabalhadores)

“mas pra mim ali, eles achavam que ali era um pé de mentira, entendeu? Eles estavam naquela sensação (...), mas o resto, o resto da equipe, eu acho que não. Eu acho que talvez a ‘Pessoa y’ seja uma pessoa que estivesse um pouco mais interessada no caso, mas...” (fala de aluno em grupo focal, sobre a relação com os trabalhadores)

“acho super ofensivo você apresentar um caso e falar: ‘olha a solução agora é...’, no slide aparece: ‘você vai ser responsável’, você não constrói junto” (fala de trabalhador em grupo focal sobre a forma como os alunos colocam os projetos, que fizeram para o fim do estágio, para a equipe)

“eles [alunos] deixam um projeto e o povo não enxerga isso como uma parceria, e sim como se eles viessem aqui para mostrar que o CS está fazendo errado, acaba que o que era para ser uma parceria vira o inverso (...). Não podem ser alguém externo que intervêm na relação para complicar mais.” (fala de trabalhador em grupo focal)

“eu vi uma trabalhadora dando um chega para lá em uma turma de alunos do quinto ano e no professor, sentaram com eles e falaram: ‘quem você pensa que é para chegar dizendo o que a gente tem que fazer. Acho que você não se colocou no seu lugar’. Então dizer isso faz toda a diferença” (fala de gestor em grupo focal)

“Temos que tomar cuidado porque a maioria das turmas está com característica de consultores externos, então vai perdendo isso, alguém muito externo, que entra e sai.” (fala de gestor em grupo focal)

“A outra relação é assim, fez parceria com o serviço, elaborou o projeto, fez toda uma pactuação, não se faz ‘tchau’, eu acho que isso é importante de colocar no registro, porque a Unidade, com sensibilização menor ou maior, está esperando esses alunos e esses docentes, tem todo um compromisso com a Universidade, não se pode dizer, um belo dia, ‘fui’. Se é parceria, não estou dizendo que é casamento, mas tem um bem querer, não posso só chegar e virar as costas.” (fala de gestor em grupo focal)

A tensão não é apenas entre sujeitos da Universidade e sujeitos do serviço de saúde.

Entre alunos e docentes também:

“tão tentando mais provar que tá certo do que... entender o que você está falando e achar, buscar uma solução, alguma coisa do tipo viu...” (fala de aluno em grupo focal)

“a experiência que a gente tem é completamente conflitante com a teoria que eles estão falando” (fala de aluno em grupo focal)

Desafios, não!?! Constituir tal parceria e tal trabalho conjunto não é algo que está dado como um *a priori*. Não podemos assumir uma postura de que se abrimos o espaço para conversa e para a construção coletiva as mesmas se darão automática e naturalmente. Essa construção democrática da participação social não está dada e não é simples. Assim, quando assumimos como diretriz de trabalho uma gestão que valorize a diferença e produção no dissenso também temos de assumir um processo que é de invenção de formas para lidar com esse outro tipo de condução das questões cotidianas.

Tão pouco poderemos considerar que uma ação de formação nesse sentido será suficiente ou que não precisará ser repetida. A disciplina existe há sete anos e por mais que tenha iniciado em um inovador processo de construção conjunta, contextos, pessoas e serviços mudam e as pactuações devem ser refeitas e atualizadas constantemente. Uma desatenção nisso, por qualquer parte, acaba produzindo os tais ruídos, incômodos que podem levar até mesmo ao rompimento de relações. Esses “barulhos” são parte constituinte da gestão, a questão é como lidar com isso cotidianamente e transformar os desencontros em analisadores, em conversas, em encontros alegres potentes.

Currículo Oculto

Quando a Constituição coloca que é dever do SUS ordenar os recursos humanos para a saúde não podemos tomar de barato que todos saibam como fazer isso ou como lidar com isso quando a Instituição de Ensino bate-lhe à porta. Garcia (76) entende que devemos interpretar tal preceito mais como uma discussão sobre qual é o profissional que o SUS precisa e como devemos formá-lo do que como uma obrigatoriedade para que todos os serviços de saúde sejam capazes receber alunos e participar da formação na graduação.

“trabalhadores não estão prontos (...) nossos trabalhadores ainda estão construindo essa relação no papel de formadores, de colaboradores na formação” (fala de gestor em grupo focal)

“sensibilizar esses trabalhadores de seu papel de formador, junto com o docente, junto com os outros funcionários” (fala de gestor em grupo focal)

Gestores também assumem, em outras conversas, suas dificuldades para lidar com a entrada dos alunos. Isso já foi discutido em sessões anteriores deste texto. A rotatividade de

gestão, que as unidades têm enfrentado, coloca os novos gerentes em um ‘aperto’ quando estes assumem serviços com os mais diversos estágios, às vezes de mais de uma instituição de ensino e mais de uma categoria profissional. Não é simples lidar com isso.

Por todas essas citações vamos levantando outro ponto importante para ser abordado, particularmente para a formação dos graduandos, um indicativo que o currículo oculto³ tem importância considerável nessa conversa. É justamente o convívio entre estes diferentes sujeitos que permitirá o aprendizado de diversas questões que, aparentemente, até então, haviam sido pouco abordadas. Os alunos percebem outra forma de trabalhar, rompem preconceitos, quebram tabus e aprendem com as posturas ético-políticas de docentes, trabalhadores e gestores (muitas vezes com esforços ativos para isso), identificam vantagens e belezas no trabalho na rede pública de saúde e na atenção básica (poderíamos até dizer que enxergam a existência de uma rede!), constroem outras formas de se relacionar com a doença, a saúde e a vida. Um pouco sobre isso já foi discutido no diálogo com as referências bibliográficas nos capítulos anteriores. Mudar os cenários de ensino-aprendizagem não garante mudanças no paradigma que se está construindo com os alunos, mas o contato com formas de pensar e de fazer diferentes das hegemônicas do currículo cientificista hospitalar abre para outras explorações e criações.

“Deu pra ampliar um pouco mais a visão dos limites fora daqui da faculdade (...) eu já falei que eu quero cooperar com o trabalho no centro

³ Lampert (78) coloca o uso da

“expressão currículo oculto para evidenciar a existência de certos fatores não prescritos no currículo, que se combinam para dar sabor específico à vida da sala de aula. A eficácia formativa dos elementos imprevistos do cotidiano escolar pode contrastar com as demandas acadêmicas, com o currículo oficial, tendo linhas de estudo não prescritas, que incidem na eficácia do prescrito.” Relaciona isso a “um aprendizado indireto, no qual os estudantes adquirem atitudes, valores e padrões de comportamento como subproduto do contato com os instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde, que acontece de forma duradoura no envolvimento contínuo na sociedade do estafê médico, colegas e pacientes, que caracteriza a escola médica como uma organização social, reflexo da sociedade na qual está inserida.”

de saúde de lá, mas entendeu? Quero saber melhor como eles interagem, vê como é que é o limite de cada um (...) eu acho que eu conectei com o que vai valer pra mim, o que eu vou julgar e poder dar uma resposta melhor nas situações” (fala de aluno em grupo focal)

“Olhar para a saúde pública com outros olhos para que depois a gente saiba que valeu a pena para a gente pensar um pouco mais na saúde pública” (fala de aluno em grupo focal)

“Mas depois do que você passa aqui, que olha pra rede de saúde, nossa! Esse paciente podia ter feito diferente” (fala de aluno em grupo focal)

“A Unidade é muito mais periferia, mas mesmo assim é muito mais estruturado. Os outros lugares pareciam uma bagunça. (...) eu assim me surpreendi de verdade. Foi melhor do que eu esperava. Achei que fosse ser mais precário” (fala de aluno em grupo focal)

“Eu acho que só a experiência, o contato que a gente teve com o professor foi uma das melhores coisas desse módulo. (...) Tem mais contato, uma troca mesmo” (fala de aluno em grupo focal)

“[o professor] contou muito das experiências dele para gente. Contou para gente sobre a experiência dele em vários municípios, depois contou da experiência de trabalhar em outras esferas de gestão, como as coisas funcionam. Foi muito bom ouvir alguém experiente, porque se não ia ficar preso só no texto e aí, como fica, e agora? (...) em pensar o que fazer de acordo com cada realidade, com cada cidade, isso foi muito importante, ele mostrar a tentativa e erro” (fala de aluno em grupo focal)

“A gente pode tentar trazê-los para a gente. Às vezes nos sentimos tão atacados por eles e não prestamos atenção nisso. (...) Estamos aprendendo

a conviver com eles (...) gente percebe que eles gostam da gente” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Mas em relação à disciplina em geral, a passagem dos alunos pelo CAPS é muito importante para desconstruir o preconceito e o imaginário dentro da loucura. (...) no estágio eles acabam tendo oportunidade de trabalhar o preconceito inclusive com o supervisor” (fala de gestor em grupo focal)

Essas sensibilidades passam, inclusive, por um olhar para a equipe de saúde e para os profissionais nela inseridos às vezes bastante distintos do que vinham tendo até então. O olhar sobre o trabalho do médico e a valorização das outras categorias profissionais é bastante atingido por essa experiência. É um momento em que se pode fazer uma discussão sobre o núcleo e o campo de atuação de cada profissional ou então avançar na construção de um trabalho de equipe transdisciplinar, promovendo certo borramento dos limites das categorias profissionais e potencializando uma produção coletiva de diagnósticos, condutas, responsabilidades etc.

“Eu acho que foi importante pra gente perceber a importância dos outros componentes que a equipe de saúde tem (...) desse funcionamento do serviço de saúde. Por exemplo, aquela agente comunitária de saúde, eu vi que ela é central lá dentro daquela região, ela acho que toca muita coisa ali e ela é uma das partes mais importantes da equipe, né. Além da enfermeira, além da auxiliar de enfermagem” (fala de aluno em grupo focal)

“As experiências com os agentes são sempre muito boas, agora o médico é pior” (fala de aluno em grupo focal)

“Olhando de fora, a gente vê ali, um certo conflito entre a equipe médica e a equipe de enfermagem (...) no centro das enfermarias, e a gente sempre

naquela posição de médico entre aspas, e vê as enfermeiras como inimigas e agora, a gente estando de fora, a gente vê o médico como inimigo. Nesse caso, inimigo assim, o enfermeiro assumindo tudo e o médico não fazendo o que a gente esperaria que fizesse.” (fala de aluno em grupo focal)

“Em uma Unidade Básica nós tivemos muitas dificuldades com os médicos, porque eram médicos mais antigos, tradicionais, na outra, ao contrário, são médicos de família, inclusive para o ensino é ótimo, isso facilita muito para que o aluno tenha um conceito de médico, e lá os médicos eram muito conservadores, não iam à discussão e quando iam ficavam na resistência na defensiva, então isso para o ensino é ruim.” (fala de docente em grupo focal)

“Uma preocupação minha quando a gente vai discutir, não acho que tenha que ser com um médico, tem que ser com a equipe (...).” (fala de gestor em grupo focal)

Intervindo na Gestão, no Processo de Trabalho e no Currículo

Claro que uma parte importante do conhecimento produzido ali passa também pelas questões levantadas pelos estagiários (mas não só por eles) sobre os paradoxos dos processos de trabalho, de gestão e de ensino. Em se tratando de uma disciplina sobre gestão em saúde muita coisa sobre isso acaba vindo à discussão de forma bastante contundente. Os próprios docentes não se furtam a essa conversa, procurando medir o quanto intervir nos processos da equipe, mas não deixando de apontar os desafios postos no cotidiano. A tentativa militante destes docentes é de que, a partir do ensino, possa-se avançar no debate dentro das unidades, produzir cogestão. Em alguns pontos avanços são sentidos, em outros,

preocupações são levantadas. Em alguns momentos consegue-se trabalhar essa intervenção junto com a gestão, em outros, as contradições atravessam mais rápida e fortemente do que a mediação poderia dar conta.

“Então, acho que a gente tem que ter uma preocupação de trazer valor de uso tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (...) estava chamando muita atenção da coordenadora uma demanda reprimida de 80 pacientes na área de dermatologia, (...) no final, de 40, três foram encaminhados para a universidade para avaliação, três foram biopsiados, e o restante ficou ao nível do CS. (...) Essa mistura da gestão do caso, com a demanda reprimida do CS, abriu brecha para o PTS, foi de grande valor de uso. Muito interessante!” (fala de docente em grupo focal)

“A gente tem utilizado muito essa experiência do 5º ano para fazer aparecer, (...) através de diferentes leituras, diferentes histórias, dificuldades, obstáculos de relação, como muito dos casos tem questão de adesão” (fala de docente em grupo focal)

“Você falou que precisava variar o tema [do problema a ser trabalhado pelos alunos] (...) Para a gente não só, mas para a equipe poder trabalhar com outras questões, porque às vezes está tencionando, eu senti isso várias vezes na equipe” (fala de docente em grupo focal)

“Angústia maior é até que ponto a gente interfere no processo de trabalho do médico do CS (...), teve um discurso de uma pediatra em uma devolutiva que ela falou: ‘olha aqui a demanda é muito grande e aqui é diferente do serviço privado, do meu consultório’ (...). Como a gente interfere na microprática do profissional médico?” (fala de docente em grupo focal)

“O que me preocupa é que você trabalha no caso e depois de um tempo você volta e nada mudou, a equipe continua com o mesmo discurso (...), então é uma coisa que para mim me inquieta, não me deixa satisfeito e fico me perguntando até quando estamos aí em uma vanguarda...” (fala de docente em grupo focal)

“A gestão ficou envergonhada, então com certeza vai pensar uma estratégia de educação para isso, porque não é nosso papel chegar lá e fazer isso, a gente tem que identificar isso no campo da gestão podemos ajudar, contribuir e não tem muito jeito porque os alunos estão vendo.”
(fala de docente em grupo focal)

Alguns gestores percebem nesse caráter interventivo, que essa disciplina propõe e que a entrada de docentes e alunos provoca, uma oportunidade para qualificar a gestão. Chegam a colocá-la como um dispositivo de gestão que vai fazer ver e falar as contradições da unidade, da equipe, reconhecendo que há uma responsabilidade da gestão para que isso possa acontecer.

“Nos outros estágios, eu uso como um instrumento de um olhar de fora, do dia-a-dia, dos encontros e desencontros (...)” (fala de gestor em grupo focal)

“Essa possibilidade do trabalhador poder refletir sobre sua prática, com responsabilidade de transmitir algo é importante, mas aí independe da estrutura de estágio, do professor, depende da gestão.” (fala de gestor em grupo focal)

“(...) então peço para que eles criem algo para discutir com a equipe também. Até porque com isso também conseguimos trabalhar em paralelo

com a equipe. Isso é importante e as pessoas não valorizam isso.” (fala de gestor em grupo focal)

“algumas turmas são muito impactantes, elas trazem teorias, trazem uma discussão além do caso. Então, algumas são muito importantes mesmo, mas o impacto realmente seria isso, o trabalhador saber reconhecer o caso, ter um novo olhar frente a um caso que muitas vezes as pessoas já não sabem mais o que fazer, porque um olhar externo dá um novo rumo para um caso que já havia se esgotado (...)” (fala de gestor em grupo focal)

“(...) mas isso [do arranjo com o ensino funcionar] vai do profissional que está envolvido, e não são todos os grupos [de alunos] que a gente [gestor] consegue ir.” (fala de gestor em grupo focal)

“Não acredito que seja uma questão da disciplina, mas sim do processo de trabalho mesmo, é uma questão da unidade mesmo.” (fala de gestor em grupo focal)

“(...) um instrumento de gestão que precisaríamos ter, o que está incomodando, e o porquê os funcionários estão incomodados, o que é fazer junto com a equipe uma discussão, o que foi uma postura de falta de respeito, ou de pressa, por parte dos estagiários, supervisores ou trabalhador.” (fala de gestor em grupo focal)

“Se está gerando um desconforto tão grande, isso é bom, isso é inovador, porque quer dizer que a gente está tendo a chance de falar” (fala de gestor em grupo focal)

Novamente são os desafios da cogestão, da construção coletiva cotidiana. A forma de operar essa intervenção vai dizer muito da reação da equipe às propostas. O quanto o desconforto pode ser produtivo ou não? Ou, como torná-lo produtivo? Vai-se indicando que

um ensino em serviço de qualidade ajuda a qualificar o processo de trabalho e que um bom processo trabalho qualifica o ensino e que ambos têm uma importante relação com a operação de uma forma de fazer inclusiva e democrática.

Os trabalhadores, ao mesmo tempo em que sentem uma tensão por esse encontro com os alunos, o desejam, enxergando certo “efeito oxigenador” (fala de trabalhador em grupo focal), e, até mesmo, almejando conquistá-los para trabalhar na Unidade de Saúde, ou no SUS. Há que se lembrar de que essas unidades, localizadas em regiões de alta vulnerabilidade social e distantes dos bairros preferenciais de moradia de médicos, costumam sofrer com uma grande dificuldade de conseguir tais trabalhadores ou de fixá-los por ali. De toda forma, demarcam bem que existem formas e formas de se fazer essa intervenção, muito disso já pôde ser sentido pelas citações anteriores.

“queremos conquistar essas pessoas para virem trabalhar aqui” (fala de trabalhador em grupo focal)

“O que a gente deixa de fazer agora aparece mais. É uma oportunidade da gente buscar o que não estamos fazendo.” (fala de trabalhador em grupo focal)

O espaço aberto para a fala e a suscitação a um posicionamento crítico também abrem caminhos para os trabalhadores criticarem a disciplina em si. Dispara-se com relação à abordagem metodológica, ao conteúdo, à forma de chegada dos alunos e mesmo à forma como ele está estruturado dentro da grade curricular.

“Propomos que tenha uma pessoa de referência e que essa pessoa seja tal (...) mobilizem o bairro para que o bairro tenha lideranças de apoio’ [reproduzindo fala de alunos em relatório final de estágio] (...) É bem

coisa de livro! (...) Particpei de várias experiências como essa. Foi bem chato” (fala de trabalhador em grupo focal)

“É uma coisa muito pontual, eles saem, tem turmas jóias, outras não estão nem aí, mas de fato, eles saem sem entender de fato com funciona [a unidade]” (fala de trabalhado em grupo focal)

“O horário que eles vêm, também é um dos inconvenientes, porque eles vêm em horário de pico, o horário que está bombando, então a gente não consegue parar” (fala de trabalhado em grupo focal)

“Falta a eles [alunos] conhecerem um pouco mais da unidade, eles chegam sem saber nada sobre nossa realidade, até mesmo para fazer propostas, eles não estão ali a passeio” (fala de trabalhador em grupo focal)

“O tempo deles é muito curto” (fala de trabalhado em grupo focal)

“Não dá para ter uma vivência recortada, tem que ser longa” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Para você fazer um bom trabalho em primeiro lugar você precisa de tempo, segunda coisa conhecer o processo de trabalho, porque a sequência do posto geralmente é essa, recepção e depois vão para outros locais, depois a equipe que vai trabalhar e por último o território, não adianta ir direto para o território sem saber como o CS funciona, é uma coisa mais sequencial” (fala de trabalhador em grupo focal)

Os alunos sentem que incomodam e percebem claramente que estão intervindo no processo de trabalho e de gestão da equipe. Algumas vezes isso aparece mesmo pelo objetivo do módulo, em outras como uma consequência das atuações dos discentes. Quando se sentem chamados a essa responsabilidade de transformação também colocam outro

empenho no desenvolvimento do trabalho. As críticas com relação à forma de funcionamento da unidade são bastante explícitas e contundentes, ora vindas de forma mais construtiva, ora vindas como enfrentamentos. De todo jeito há o reconhecimento que os desafios não são apenas por conta da atuação dos trabalhadores, mas também tem um papel da gestão e uma questão de processo de trabalho.

“que a própria situação de chegar para um posto de saúde e falar, eu vim aqui e sou aluno do primeiro ano e nós vamos fazer um negócio, o cara fala ‘que pé no saco’” (fala de aluno em grupo focal)

“Entender que o centro de saúde também tem suas falhas, (...), a gente vê que as falhas acontecem, basta encontrar, mexer da melhor maneira pra o paciente ficar bem acolhido. Isso aí eu acho que contribuí.” (fala de aluno em grupo focal)

“Quando a gente discute essa parte, eu acho que é legal porque é algo que desperta indignação na gente, de ver uma pessoa mal cuidada, de ver um serviço de saúde que não funciona” (fala de aluno em grupo focal)

“Ficou, assim, aberta a insatisfação do trabalho que eles estão tendo um com o outro (...) a gente deu força pra alguém que estaria com o intuito de fazer algo certo ali (...). Que a gente provocou alguma coisa, talvez a gente tenha provocado.” (fala de aluno em grupo focal)

“A gente tentou mostrar o que a gente viu de falha, a gente tentou mostrar que faltavam ações e não o que uma pessoa fez de errado ou deixou de fazer” (fala de aluno em grupo focal)

“Não sei se foi um ponto positivo, no sentido de pensar a questão deles, do que é necessário da equipe, que foi nosso intuito” (fala de aluno em grupo focal)

“Quando falaram que estavam dois anos sem médico, a gente ‘como assim’? (...) faltou o médico dar um diâmetro no que ele achava que não estava levando num bom resultado. Não foi isso, foi a gente, porque nem a enfermeira sabia, era nova” (fala de aluno em grupo focal)

“Não tinha uma responsabilidade, o atendimento precisa de responsabilidade (...) fila gigante lá fora então você vê logo e manda embora (...) raras consultas realmente completas” (fala de aluno em grupo focal)

“Depois a gente questionou se as coisas não chegaram ao ponto que chegaram, de precisar internar a paciente, porque desde o começo não teve um compromisso de realmente resolver o caso dela, e fazer um contato com o CS para monitorar” (fala de aluno em grupo focal, questionando a atuação da equipe do hospital que atendia a paciente em questão)

“Responsabilidade, o posto que entrega a confiança que eles têm na gente para tentar propor uma solução, algo que eles possam fazer. A nossa responsabilidade perante o caso, de representar nossa instituição, de ajudar o CS de ajudar o paciente, é bem diferente, então o estímulo para disciplina é bem maior” (fala de aluno em grupo focal)

Esse movimento de olhar criticamente para o serviço também faz com que a própria disciplina seja analisada, exibindo seus paradoxos, quando não o currículo como um todo. Aí surgem comparações com outras disciplinas do próprio Departamento de Medicina Preventiva e Social e com estágios de outros Departamentos. Alguns paradigmas, que vêm lhes sendo ensinado ao longo da formação, ficam claros, inclusive como um choque e uma

crítica à forma como a disciplina trabalha e o enfoque que a mesma dá, fazendo lembrar os contextos, ou linhas de força, ou agenciamentos descritos nos capítulos iniciais.

Em meio a essas avaliações, aparece com constância o desejo de intervenção em casos e nas equipes, a expectativa (frustrada) de revisão de aspectos para a prova de residência, a demanda de discussão sobre mercado de trabalho (em se falando na atenção suplementar). Em termos de conteúdo, por vezes, há uma queixa de pouca fixação dos conceitos.

“Eu acho que essa disciplina de todas as que a gente tem dos módulos da Preventiva, é a que mais se adapta. Porque, nesse momento, a gente tá tendo muito mais um contato com clínica, com paciente. Com essa visão de clínica e pela primeira vez na Preventiva a gente tava vendo o indivíduo” (fala de aluno em grupo focal)

“(...) mas eu não fui lá colocar a mão na paciente, eu não relei na paciente, né? (...) E daí aqui a gente começa a ver o ‘lá fora’ só que na verdade a gente larga a patologia, né?” (fala de aluno em grupo focal)

“Agora, vindo dos outros anos, foi um negócio que massacrou. Eu acho assim, que você chega tão massacrado pra esse módulo que talvez, muitas pessoas não aproveitam por causa disso, eu acho” (fala de aluno em grupo focal)

“Eu acho que a minha formação médica não se faz aqui (...) eu vejo que a formação da universidade é uma formação mais técnica, as minhas crenças e valores eu tenho. Mas isso aqui é muito pessoal...” (fala de aluno em grupo focal)

“Foi bom porque foi uma coisa mais intensiva (...). Quando você sai da Ocupacional, que você está mais na parte ambulatorial, e vem aqui psicologista.” (fala de aluno em grupo focal)

Particularmente essas duas últimas citações colocam-nos para pensar que paradigma de saúde e de formação tem sido ensinado pelo atual currículo médico. Remete-me diretamente àquela história de formação de especialistas centrados no procedimento, voltados para a atenção hospitalar e para atenção privada. Retomo uma citação deste texto, do documento síntese do Seminário sobre Ensino de Graduação em Medicina de 1998: ‘indica que o médico formado deveria ser generalista, capaz de trabalhar em equipe, com inserção e conhecimento da organização do SUS, participativo social e politicamente, capaz de buscar e propor alternativas, com uma visão holística do ser humano (27).’ O quanto será que o currículo está, de fato, conseguindo formar o médico a que se propõe? Ou esse tipo de opinião seria derivado de um currículo oculto muito mais forte e presente do que a teoria colocada pela reforma curricular? Alguém poderia colocar que estas manifestações são de alunos “fora da curva de normalidade”, nossa experiência diz o contrário, basta ver, por exemplo, as manifestações de diversos graduandos diante de uma avaliação feita por três de seus colegas sobre outro estágio deste mesmo internato, discussão tornada pública através de um blog (<http://reflexoesdointernato.wordpress.com/>, até abril/2012 era acessível). Basta lembrar que esta conversa não é nova, como apontam várias das referências que trazemos para a discussão.

Redes

Mais um ponto que parece ser bastante provocado pelos distintos olhares, vindos de distintos lugares, sobre um determinado problema da unidade de saúde está nas possibilidades existentes ou potenciais para a construção de redes. Redes de serviços de saúde, mas não apenas isso, redes de pessoas, redes de apoio, redes de produção de saúde.

Vários dos sujeitos envolvidos notam esse ponto, mas, marcadamente, lançam questões distintas para ele. Os alunos têm oportunidade de conhecer outras formas de fazer clínica para além da consulta individual no consultório:

“conhecer o CAPS (...) conhecer a clínica do paciente em consultório e ele em casa fazendo esse link (...) interface dessa parte clínica com a parte administrativa” (fala de aluno em grupo focal).

Podendo olhar para quebras na continuidade do cuidado em rede, percebendo esse problema não como exclusividade da Atenção Básica ou da Secretaria de Saúde, mas também do Hospital Universitário e seus docentes. Diante desses problemas de composição da rede, também há um grande aprendizado que é a possibilidade desses alunos conhecerem outros nós da mesma.

“eu acabei conhecendo algo diferente, o SAID, por exemplo, que eu não conhecia, eu acho que é um serviço aqui de Campinas (...). Então, assim, é alguma coisa que um hospital público, se é um hospital que tá inserido na rede pública precisa ter conhecimento (...). Ah, então, eu vi aí uma falha de comunicação dos professores, né? Não só dos professores, da secretaria, ou da equipe médica. O que eles teriam que saber, né?Então, daí eu vi uma falha, é...” (fala de aluno em grupo focal)

“Eu estive só uma vez no CAPS, mas eu ainda não conhecia, não sabia o que era o CRAISA (...) verificar na prática mesmo a articulação do sistema” (fala de aluno em grupo focal)

Já os trabalhadores expressam a necessidade de se construir redes, reconhecendo que quando se trata de redes de serviços de saúde eles têm importantes dificuldades em articular as equipes e estabelecer canais de comunicação. O tráfego que a disciplina faz com os alunos pelos serviços ajuda abrir pontos de conversa, mas ainda de maneira insuficiente e pouco sustentável.

“A gente precisa da rede social” (fala de trabalhador em grupo focal)

“É muito difícil sair do CS, porque não conseguimos acessar [os outros serviços].” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Perguntaram se havia a possibilidade de alguns de nós ver e participar da visita, para ver se tava tudo certo, então esse caso não deu para gente acompanhar de perto, porque ele é do CAPS, e o CAPS tem auxiliar de enfermagem também, então como fica essa ligação?” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Levaram lá para ele ver o paciente, muito legal, e aí? Eu tive acesso com o médico da paciente, tive acesso a uma opinião dos docentes da UNICAMP, mas depois, sem um arranjo pontual de como continuar aquilo fica impossível. Pontualmente foi bom, mas o que acrescenta em termos de novas parcerias, em termos de segmento.” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Nesse caso, dessa paciente, nós somos da rede, CS e Ouro verde são rede, precisou os alunos nos ajudar abrindo portas mesmo. (...) eu acho que o Distrito poderia se envolver mais, estar fazendo essa inserção, estar

divulgando esse trabalho que os alunos fazem no CS e estar tentando amarrar aí com a Unicamp para utilizar melhor.” (fala de trabalhador em grupo focal)

A discussão sobre a construção de redes não aparece nos grupos focais de gestores e docentes, mas sabemos que esta é uma preocupação recorrente, particularmente dos docentes, já que isso aparece na organização da disciplina, na intenção de se passar por alguns serviços, às vezes levando junto trabalhadores da unidade onde o estágio foi disparado. Temos percebido que esse tipo de iniciativa tem contribuído bastante para a abertura desses canais de conversa entre as equipes

A citação anterior nos remete a pensar sobre qual função poderíamos atribuir aos diversos sujeitos que compõem esses encontros (o que o Distrito poderia ou não fazer, por exemplo), ponto que aparece nos grupos focais, mas antes de tratar disso, convém discutir o que se passa após o término do estágio de cada grupo de alunos e como se lida com as intervenções produzidas.

Formação e Intervenção

Os trabalhadores reconhecem que a entrada do estágio na Unidade de Saúde “traz muito benefício. Primeiro porque a gente volta às atividades acadêmicas”, “A academia faz você pensar, ter tempo pra refletir” (falas de trabalhadores em grupos focais). Tendo nessa questão da volta às atividades acadêmicas uma expectativa “que é do docente trazer não só a teoria, mas de como é que ele facilita o acesso ao conhecimento para a equipe” (fala de trabalhador em grupo focal) abrindo um canal diferenciado para a construção disso na equipe. Assim, o estágio também ocupa uma função de educação permanente dos

trabalhadores (e dos gestores). Entretanto, não é porque está se discutindo Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, com a equipe, construindo formas de ela operar essa ferramenta (ou dispositivo) que, automaticamente ela conseguirá fazer isso acontecer no cotidiano do serviço, sem os alunos.

“Eles passaram para a gente uma forma de estar dando continuidade ao trabalho deles.” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Enquanto eles estão em cima de um caso, eles ficam bem intensivos, e quando eles vão embora, a gente não consegue dar conta da mesma intensividade” (fala de trabalhador em grupo focal)

“O CS não tem toda essa perna” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Aqui no CS tem as vagas do dia, então tem vindo muita gente com olho na vaga do dia, que é coisa que não têm como (...). Tem todo esse processo, eles vão querer sempre esse atendimento carinhoso que sempre teve, fica muito complicado para a gente” (fala de trabalhador em grupo focal)

“Difícil você falar, hoje vou tirar um tempo para ver no prontuário, para conversar com a família e com a equipe, o que faz parte do projeto terapêutico, realmente não temos isso, um horário reservado. A gente até precisa aprender a fazer mais isso nos casos mais complicados. Precisamos fazer em casos mais complicados. A gente até faz em situações mais extremas, mas não temos esse hábito” (fala de trabalhador em grupo focal)

A situação é tão complexa, tão delicada, que mesmo quando se manifesta uma expressão da potência da equipe e de seu bom trabalho a mesma tem dificuldades para lidar com isso, para acolher e seguir.

“A atenção é grande, para vocês terem uma ideia, têm um caso na Equipe X que ele ia parar de pagar o convênio porque amou o SUS, a gente falou, ‘não, socorro, continua pagando o seu convênio, porque nem todos os acessos do SUS estão tão facilitados como esse que você teve’, já se chegou nesse extremo, (...) [mas] falta pessoal, falta material, não é sempre que a gente consegue dar conta de continuar esse trabalho que é muito bonito” (fala de trabalhador em grupo focal)

Afinal de contas, o que tem ocorrido com os serviços de saúde para que esse tipo de coisa aconteça? É o tipo de questão que pode ter múltiplas explicações causais e múltiplas consequências de tal forma que nos seria difícil abordar a todas. Algumas manifestações de gestores reenfatizam essa questão trazida pelos trabalhadores, outras podem nos dar uma ideia dos seus motivos, outras chegam a responsabilizar o trabalhador pela continuidade das ações. Os docentes também sentem o impacto disso, tentam criar formas para poder dialogar com tais complexidades, mas também tem suas disposições abaladas diante de tal quadro. Apesar das dificuldades, ambos os segmentos reconhecem que um componente de educação permanente tem acontecido.

“E em relação às disciplinas, acho que os trabalhadores tiveram um ganho muito grande” (fala de gestor em grupo focal)

“É muito pouco aproveitado, precisaria sensibilizar um pouquinho mais esse trabalhador para se fazer algo de mais continuidade na assistência”
(fala de gestor em grupo focal)

“Vemos situações aonde o professor fala, ‘vamos retomar o PTS’, e a gente vê que não andou, que está parado, e isso é uma contribuição da disciplina de fazer: ‘olha, vamos lembrar, foram vocês quem selecionaram, porque tinha uma importância para vocês’, na maioria das

vezes a gente não tem andado tanto nesse PTS.” (fala de gestor em grupo focal)

“A construção do projeto terapêutico, ainda gera bastante dificuldade no fazer e dar continuidade, trabalhar ainda tem sido bem difícil, acho que até porque ainda temos um quantitativo coletivo considerável a ser pensado, então quando trazemos para os serviços a construção do projeto terapêutico singular, percebo que as equipes se mobilizam muito e tem um desejo muito forte de estarem com os alunos e com os docentes, destacando o caso, de aprofundar, de trazer conhecimentos novos, eles realmente ficam muito mobilizados e ficam com um desejo enorme de fazer um exercício dessa prática, dar continuidade ao PTS” (fala de gestor em grupo focal)

“fizeram uma educação dos trabalhadores em relação a isso (...) isso eu chamo de impacto, pois marcou a equipe de uma forma geral” (fala de gestor em grupo focal)

“são poucas coisas dentro do modelo de saúde de Campinas, hoje, que conseguem ir contra o PTS. Na administração anterior, por exemplo, o PTS era o foco, então conversar com o SAID era obrigatório, já hoje, na minha percepção, eu posso conversar ou não” (fala de gestor em grupo focal)

“Vocês estão falando sobre o seguimento do PTS que a gente teve que assumir em boa medida nos nossos retornos a continuidade, voltando várias vezes na visita domiciliar de novo, para vários pacientes, às vezes até sem alunos, somente docentes” (fala de docente em grupo focal)

“A gente vinha de uma crescente detecção seguidas, discutindo caso e na próxima turma, quando ia retomar, não tinha rolado nada (...) os alunos perguntavam o que havia sido feito, onde estava o registro, e a equipe toda baratinada, não achava, e aí, teve um remodelamento que todas as vezes que a gente discute é um momento de reunião, fizeram uns arranjos nos horários de reunião que dá para gente acompanhar sempre com o 5º ano” (fala de docente em grupo focal)

“Tem um ponto que é essa coisa da equipe conseguir discutir as hipóteses que formulam no seu posicionamento, na história daquele caso, e a gente tem conseguido chegar nesse ponto com bastante frequência” (fala de docente em grupo focal)

Fica o questionamento, quem é responsável por fazer com que os projetos construídos com cada grupo de alunos tenham continuidade, tenham consequência, não virem papéis mortos e perdidos no prontuário dos usuários ou da Unidade? Por vezes se coloca no docente uma função de apoiar esse processo cotidiano, que está para bem além (até temporalmente) da turma de alunos. Parece-me que sim, a unidade precisa de um apoio para que esses trabalhos se desenvolvam, mas seriam os docentes que deveriam fazer tal apoio? Se sim, em que momento?

Isso nos leva novamente à questão da função de gestores e docentes neste processo. Para fazer toda essa “confusão” girar, fazer acontecer um estágio, formar todos os sujeitos envolvidos a partir deste dispositivo, fazendo intervir e permitindo-se passar por intervenções no cotidiano do trabalho, cada um deles teria um papel a cumprir, entraria neste processo de uma forma diferente. Não quero dizer que se individualmente cumprirem sua função tudo dará certo, mas sim, o que se pode esperar de cada um dos segmentos

envolvidos nisso. Já vimos que o almejado seria uma construção coletiva do planejamento, da execução e da avaliação de todo esse processo, mas também já vimos que isso foi possível no surgimento da disciplina, mas que tem sido difícil ao longo do processo.

Sobre os docentes, trabalhadores pensam que estes devem ter uma ação intermediadora entre a teoria e as concepções pré-estabelecidas e a realidade, visando à construção de um projeto de intervenção mais aplicável.

“O docente tem que interferir (...) mais integrados (...) depende muito deles, de frearem, de falar que é bacana, mas como fica depois (...) tem docente que faz isso, mas outros não, deixam as asas se abrirem. É legal ser estudante, a gente viaja, a gente acha que tem solução para tudo, mas na realidade é diferente” (fala de trabalhadores em grupo focal)

Além de uma função articuladora, professores colocam a si mesmos em uma posição de cuidado com relação aos discentes de forma que sofrimentos e dificuldades do dia-a-dia possam ser trabalhados visando uma produção de subjetividade capaz de vislumbrar potências nas complexidades diárias.

“Coloca uma vivência diferente e a maioria dos casos são hiper complexos, com situações em que nunca se viu em nenhum lugar, então esse estranhamento é muito forte, então isso coloca muitas vezes os alunos em uma situação de querer colo, (...) demorei um tempo para conseguir localizar qual era esse ponto e conseguir oferecer acolhimento (...) contextualizar a relação profissional do médico nesse contexto que vamos trabalhar, de forma que ele consiga visualizar seu ambiente, sendo bem aceito, conseguindo fazer alianças e fazer um bom trabalho” (fala de docente em grupo focal)

Colocam-se também em uma posição de dialogar com a diferença, respeitando interesses e desejos dos alunos, de forma a singularizar a formação. Já alguns alunos colocam uma percepção contrária, que passa pelo sentido do convencimento, da “catequese”, com relação ao trabalho no SUS ou certos conceitos e diretrizes.

“Assim como toda especialidade, cada área investe e convida pessoas a entrarem na sua área, essa disciplina por sua vez faz menos isso, ela consegue dialogar mais com as pessoas que tem outros interesses, até porque tem esse compromisso com o serviço, que precisa de todos eles diferentes” (fala de docente em grupo focal)

“Estão tentando mais provar que está certo do que... entender o que você está falando e achar, buscar uma solução, alguma coisa do tipo (...)” (fala de aluno em grupo focal)

Já a gestão pode ser encarada em diversos níveis identificando-se tarefas para cada um deles. Os gestores, cujo grupo focal foi composto por gestores locais e distritais, identificam diferenças entre os apoiadores distritais (apoio à gestão do Distrito de Saúde onde está inserido cada serviço), os gestores locais (coordenadores de unidades) e outras esferas como, por exemplo, o Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde. Dito isso vemos o CETS sendo colocado em uma função de articulação entre o serviço e a Universidade.

“Da pactuação, junto com o que você estava falando da avaliação, eu tenho gostado da ideia do CETS se encarregar disso, a gente tem tido oportunidades de discutir quando surgem problemas, eu gosto de ter alguém que está encarregado de fazer esse trabalho, acho que é colocar

mais uma coisa para o gestor desnecessária, a gente pode fazer isso via representação” (fala de gestor em grupo focal)

Já com relação ao distrito e o apoio à gestão distrital, ele é colocado em um lugar de articulação entre o serviço e outras esferas de gestão, tendo uma posição de maior externalidade com relação à execução do estágio em si. Identificam que entram no diálogo direto com os alunos apenas quando o tópico tratado fala bastante diretamente da gestão distrital ou municipal. Os docentes têm uma crítica bastante contundente com relação a essa externalidade.

“O Distrito, na questão da elaboração, a gente fica mais distante, a gente tem essa participação de agenciamento de integração muito próximo com o CETS, temos o apoiador responsável por essa área (...). Acabamos funcionando como um interlocutor (...), mas a elaboração mesmo acaba se dando por vários grupos em vários serviços e aí tem uma necessidade de maior aproximação com o grupo que vai estar fazendo isso (...). Interlocutor das informações em alguns momentos de problema (...), ou de não estar conseguindo uma pactuação possível, ou legal, então fazemos essa intermediação (...). E em alguns momentos a gente até tem a participação efetiva do Distrito no caso, por acabar tendo dimensões que permeiam a gestão, permeiam a gestão distrital e de secretaria [municipal de saúde], já tivemos alguns casos aonde o Distrito acabou sentando para discutir com os alunos, que o caso acabou demandando uma vertente mais de gestão.” (fala de gestor em grupo focal)

“Agora tem uma coisa, que a gestão não se encerra na gestão da Unidade, a participação de apoiadores de Distrito está ruim, o SUS está em uma crise muito grande, mas que não aparece, e quando aparece tem um

apoiador que você fica ouvindo a fala dele porque atravessa a gestão o tempo inteiro, com demandas, com agendas externas, tiram as pessoas, pegam os agentes e levam não sei para onde, e ao mesmo tempo às vezes aparece como mera expectadora (...)” (fala de docente em grupo focal)

Aparece aqui, de novo, a questão da estrutura necessária para que o ensino aconteça. Em citações anteriores questiona-se se os serviços têm condições físicas, estruturais e de pessoal para receber estagiários, agora docentes levantam a hipótese de que não apenas a Universidade deveria se responsabilizar por alguns pontos como, por exemplo, transporte. Este ponto, em específico, foi pauta de muitas reuniões e conversas dentro da Faculdade sem que houvesse sucesso na disponibilização de um carro para o estágio.

Por fim, uma manifestação em um grupo focal de alunos traz o quanto o estágio tem sido interessante para que os discentes pensem sua própria prática presente e futura relacionando com o contexto de gestão pelo qual o SUS passa, uma análise crítica sobre o trabalho em saúde e as determinações colocadas pelas esferas de gestão que vão além do serviço de saúde em si.

“Tem que fazer tantas cirurgias, eles fazem várias por dia, todos os tipos, mas como eles têm que cumprir a meta eles fazem as cirurgias mais simples, acaba perdendo (...) vou ter tal parâmetro para dizer se está funcionando ou não (...) avaliar pela qualidade e não quantidade” (fala de aluno em grupo focal)

“Nenhum serviço agüenta (...). Acho que a gente pode até fazer diferente quando for a gente que estiver lá, mas o ideal do ideal a gente não vai conseguir, mas pode ser diferente do que é.” (fala de aluno em grupo focal)

Capítulo 5 – Alguns Apontamentos Finais

Vamos chegando ao final deste percurso, procurando parar de desenhar esse mapa (ou de cartografar?), ao menos por um instante, para fazer alguns arremates. Por um instante porque o processo de pesquisa não se encerra, apenas determinamos um ponto de parada. A disciplina seguirá e os encontros entre alunos, trabalhadores, gestores e docentes, ponto de disparo deste trabalho, seguirão ocorrendo.

Então, falando deste encontro, teremos sempre aí um cruzamento de mundos muito distintos que colocam diversos problemas diferentes para essa atividade formativa. Gestores, trabalhadores, docentes e alunos querem coisas diferentes deste momento. Um ponto que só existe na relação entre os diversos sujeitos, no encontro entre eles, onde subjetividades encontram-se e produzem-se em uma nova coisa.

Cada mundo é pautado por histórias e relações institucionais diferentes, por problemas diferentes, por interesses diferentes e para que a gestão e o trabalho possam desenvolver-se será necessário fazer acordos, trocar, construir junto. O consenso não é absolutamente necessário, visto que é sempre provisório e mutável. São pontos muito distintos a se conciliar ao se falar da relação que se estabelece entre universidade e serviço de saúde e o conflito está posto.

E colocamos uma forma para lidar com isso, uma postura política e organizacional que se pautem pela construção coletiva e democrática. Sem tentar colocar isso como qualquer panaceia, ou ter qualquer pretensão generalizante, parece-me que se fala de uma forma de fazer que possa dar outro tom para a relação entre Universidade e Serviços de Saúde. Operar mais a conversa entre as categorias, fazendo cogestão, é uma forma de se construir

um problema em comum. A construção desse problema pode ser capaz de integrar e permitir a formação de um corpo maior, mais potente para o ensino-serviço, um corpo em ação coletiva.

Para além de um contrato de responsabilidades com relação a determinado estágio (acordando obrigações estruturais ou funções de cada segmento envolvido) parece interessante trabalhar na construção de corresponsabilidades, na pactuação coletiva do que será a entrada da universidade nas unidades básicas de saúde (por exemplo). Reforço, então, a necessidade de que trabalhadores e gestores participem da formulação e da gestão dos currículos dos cursos da saúde e de suas disciplinas também.

Isso não quer dizer que toda e qualquer interferência advinda do serviço na Universidade e nos currículos será desprovida de interesses particulares, ou será interessante para a construção de ensino e serviço de qualidade e do SUS. Quer dizer que se coloca mais uma força de tensionamento, uma força que vem de fora do, muitas vezes, ensimesmado ambiente universitário. Isso poderia proporcionar uma importante inflexão no profissional que irá se formar, saindo das palavras quase vazias para construção em ato.

Essa é uma das inflexões que talvez tenha faltado para que a CINAEM, por exemplo, pudesse acumular forças para seguir em frente com as propostas de mudanças mais ousadas. Se a questão é formar um médico que atenda às necessidades de saúde da população e às necessidades do Sistema Único de Saúde nada mais coerente que ter a participação dessas pessoas externas à Universidade (gestores, trabalhadores e usuários do SUS, não só a própria categoria do currículo em mudança) para fazer o necessário tensionamento para dentro da Instituição de Ensino. Talvez sejam essa parceria e essa construção conjunta os fatores necessários para impulsionar mudanças realmente radicais

na formação dos profissionais de saúde. Seria um importante acúmulo de forças capaz de deslocar a acirrada disputa existente em torno da formação médica.

Nessa disputa, do que se pode depreender sobre o currículo como um todo, parece que, em parte razoável deste, afirmações como:

“Seu documento de síntese das discussões indica que o médico formado deveria ser generalista, capaz de trabalhar em equipe, com inserção e conhecimento da organização do SUS, participativo social e politicamente, capaz de buscar e propor alternativas, com uma visão holística do ser humano” (27)

parecem ter pouca repercussão prática. Assim como dar como fato consumado a existência de “professores aptos a atuarem como tutores/facilitadores, a compreenderem e a se engajarem na dinâmica complexa e plural do cotidiano dos serviços de saúde onde este professor qualificado não deve ser visto como “produtor de serviços”, mas sim, como interprete de situação e articulador de programas de saúde, que tanto podem ser em nível de graduação como em atividades extramuros em unidades dos sistemas referidos”, como o currículo demandaria, chega a parecer ingênuo. São discussões a se avançar. De fato, qual será o médico que está sendo formado? Não me proponho a responder isso, mas indico que a resposta não é única e não é simples, retomo algumas citações de alunos que parecem ser marcadoras de alguns caminhos para essa resposta:

“Agora, vindo dos outros anos, foi um negócio que massacrou. Eu acho assim, que você chega tão massacrado pra esse módulo que talvez, muitas pessoas não aproveitam por causa disso, eu acho” (fala de aluno em grupo focal)

“Eu acho que a minha formação médica não se faz aqui (...) eu vejo que a formação da universidade é uma formação mais técnica, as minhas crenças e valores eu tenho. Mas isso aqui é muito pessoal...” (fala de aluno em grupo focal)

“Deu pra ampliar um pouco mais a visão dos limites fora daqui da faculdade (...) eu já falei que eu quero cooperar com o trabalho no centro de saúde de lá, mas entendeu? Quero saber melhor como eles interagem, vê como é que é o limite de cada um (...) eu acho que eu conectei com o que vai valer pra mim, o que eu vou julgar e poder dar uma resposta melhor nas situações” (fala de aluno em grupo focal)

“Olhar para a saúde pública com outros olhos para que depois a gente saiba que valeu a pena para a gente pensar um pouco mais na saúde pública” (fala de aluno em grupo focal)

“Olhando de fora, a gente vê ali, um certo conflito entre a equipe médica e a equipe de enfermagem (...) no centro das enfermarias, e a gente sempre naquela posição de médico entre aspas, e vê as enfermeiras como inimigas e agora, a gente estando de fora, a gente vê o médico como inimigo. Nesse caso, inimigo assim, o enfermeiro assumindo tudo e o médico não fazendo o que a gente esperaria que fizesse.” (fala de aluno em grupo focal)

Por essas citações (e retomando todo o texto) percebemos que a lógica cientificista, especializada, fragmentada ainda é anunciada com bastante força, a ponto de alguns alunos sequer conseguirem reconhecer a Atenção Básica como um *locus* importante para sua formação (a qual, admitamos, muita vezes reforça essa lógica). Não só pelo currículo, mas também por todo um imaginário criado em torno do SUS e destes serviços como sendo de baixa qualidade e de baixa importância. Os alunos vão com expectativas ruins para o

estágio, vários tiveram experiências anteriores que pouco atenderam às suas expectativas e que foram um tanto frustrantes. Muitas vezes é possível problematizar tais questões durante o estágio. Vários alunos saem positivamente impactados tanto pela atuação que a Saúde Coletiva pode ter em suas clínicas, quanto pela influência que podem ter sobre os processos de trabalho de uma unidade de saúde, quanto pela qualidade inauditamente encontrada no SUS, em suas unidades e em seus trabalhadores.

Aos trabalhadores fica a clareza que sua participação no processo de gestão da própria disciplina é essencial. Ainda que em sua formulação a mesma tenha sido coconstruída com esse segmento, atualmente nem sempre se sentem tão corresponsáveis ou mesmo percebem o papel importante que têm sobre a formação dos alunos ou o quanto essa relação pode ajudar em suas próprias formações. Lembrando, novamente, que muito dessa formação dar-se-á na própria relação, na troca e observação de condutas tomadas, posturas éticas etc. Uma construção que pode levar a maior afirmação da vida, ou não...

Sobre a própria disciplina, muitas questões foram levantadas. Seu caráter único e protagônico em tentar construir outro tipo de relação entre Universidade e SUS são importantíssimos. E aí, mais importante do que a conversa sobre ser em uma época ou outra do curso, com um referencial teórico ou outro, partindo de casos clínicos ou de problemas gerenciais, com pactuação de caso prévia ou não é essa forma de fazer pautada pela construção coletiva. Sim, o momento atual dela não é bem esse, os pactos parecem frágeis e as equipes pouco visualizam o quanto trabalhadores e gestores intervieram no currículo formal da universidade através deste módulo, mas fica o indicativo de reestritamento de laços, conversas, construções, pactuações e responsabilizações.

A atual fragilidade tem tornado mais difícil atuar sobre a constante sensação dos trabalhadores de serem desvalorizados no processo da disciplina ou pelos alunos. Além de manter dificuldades para lidar com as próprias questões escolhidas para se trabalhar com os alunos. Essas questões são formativas, inclusive para os professores, entretanto, as situações frágeis nos processos de trabalho e de gestão acabam trazendo para a roda problemas cujo debate margeia o impossível. Enfrentar as insolubilidades dos casos é fonte de sofrimento para alunos, mas também para as outras categorias envolvidas. O processo da disciplina é decisivamente marcado pelos momentos institucionais. Em um momento de crise política do município, por exemplo, seria difícil re-estabelecer uma cogestão com alguma perspectiva a médio e longo prazo, mas, de toda forma, para cada momento isso pode ser construído.

Tudo isso faz com que o desenvolvimento do trabalho com cada grupo de alunos, em cada equipe, tenha uma singularidade importante. Diversas citações colocadas neste trabalho apontam como a operacionalização da disciplina depende da forma como a relação é estabelecida. Assim, as escolhas políticas relacionadas ao estágio (da forma de operar, até o serviço que entrará na parceria) são fundamentais nessa construção. Frequentemente a forma de fazer gestão que é aqui apontada é colocada como questão a ser trabalhada pelos próprios serviços, não apenas a ser conhecida pelos alunos. Todavia, é evidente que nem sempre isso se desenvolve bem.

Fica também o indicativo de que há boas experiências relacionadas à intervenção de gestores e trabalhadores do SUS sobre o currículo universitário e vice-versa. Ressaltando aqui a posição delicada que o docente ocupa, pois mais do que ensinar, deve ter uma função de intermediação entre os diversos sujeitos envolvidos nesse processo. Além de ensinar aos

alunos recai sobre eles a expectativa de que atue sobre a Educação Permanente de gestores e trabalhadores, e atuam. Tem também a delicadeza da intervenção que, de uma forma ou outra, acabam capitaneando para dentro dos processos de trabalho e de gestão das equipes. É uma intervenção que não deve deixar de ser feita, mas é melindrosa e é preciso cuidar das relações e das pessoas envolvidas para potencializar esse avanço.

A gestão acaba sendo colocada em posição semelhante de intermediação entre os diversos sujeitos envolvidos, mas com algumas particularidades. Sua ação sobre o processo de trabalho e gerencial faz-se fundamental para que equipes e universidade possam realmente ter momentos juntos. Há uma responsabilidade do(a) gestor(a) sobre o desenrolar do que é apontado pela disciplina, tanto tendo que lidar com os desconfortos e conflitos que são evidenciados pela mesma, quanto operando sobre o dispositivo-disciplina e as diversas ferramentas-dispositivos que ela lança para a equipe. Isso se faz essencial para qualificar a gestão e o trabalho. Temos a clara sensação que um serviço com gestão e atenção de qualidades qualifica o ensino, assim como um ensino de qualidade, cujo processo se responsabiliza pelo que está produzindo, também qualifica a atenção e a gestão.

O contrário também nos parece verdadeiro. Uma rede que pouco valoriza o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, discursa sua importância, mas passa anos sem contratar mais trabalhadores ensinaria a (des) importância desta categoria profissional. Assim como Unidades Básicas de Saúde cujo processo de trabalho esteja centrado no médico também (des) ensinaria a (des) importância do trabalho em equipe. A constituição dessa relação fala das escolhas políticas dessas instituições, tanto com relação à política de saúde, à gestão e ao trabalho quanto com relação ao ensino e suas prioridades.

Com estas reflexões caberiam alguns indicativos. A complexidade de questões disparadas pela disciplina demanda acompanhamento para que a equipe possa dar conta da intervenção clínica e de gestão. Não acho que tal acompanhamento seja função da Universidade, ele precisaria ser mais cotidiano. Em Campinas, o apoio à gestão (lugar/função instituído vinculado aos distritos de saúde) poderia ser um segmento capaz de se debruçar sobre isso, já que tem a possibilidade de estar em contato com o serviço mais cotidianamente, podendo ajudar a equipe a problematizar as questões do serviço.

Os processos de cogestão, de construção coletiva, da disciplina precisam ser retomados também em espaços específicos para tal. A gestão cotidiana constrói as relações de cada grupo de estágio com cada equipe, mas seria necessário retomar momentos periódicos de reunião, conversa e pactuação do grupo docente com os grupos de gestores e de trabalhadores. Talvez retomar a operacionalização do grupo gestor da disciplina com participação não só de docentes, mas também de alunos, gestores e trabalhadores.

Tudo isso tem uma grande complexidade e enquanto o corpo docente estiver tão defasado em sua carga horária será realmente difícil conduzir todas essas tarefas. Fica o indicativo que, para lidar com a complexidade e a intensidade de cada estágio, o ideal seria a presença de dois docentes por grupo de alunos. Lembrando que, assim como os docentes, trabalhadores e gestores também têm seus quadros defasados e encontram-se trabalhando em situações bastante difíceis, quando não precárias. Isso só ressalta a importância da parceria estreita para aumentar a capacidade de, como grupo, tais pessoas lidarem com os desafios cotidianos do ensino, da gestão, do trabalho, da assistência, da clínica, do cuidado... Para que as equipes sejam incentivadas e possam ser mais coletivamente acompanhadas,

também fica a sugestão de realização de eventos periódicos (anuais ou semestrais) para troca das experiências.

Por fim, aponto alguns caminhos e insuficiências deste trabalho. O leitor deve ter passado essas cem páginas se perguntando, “onde está o usuário nessa conversa?”. Optamos por não incluí-lo neste momento, não por valorizar menos as opiniões e percepções desse segmento, mas por considerar que essa entrada merece outro estudo, mais específico e detalhado. Incluindo, inclusive, a discussão sobre a participação do controle social organizado sobre o próprio processo de gestão do currículo (e sobre a própria pesquisa).

Diante das definições aqui colocadas para gestão, ensino, integração ensino-serviço fica colocado um obstáculo epistemológico, como ensinar uma gestão que se constitui enquanto política do encontro? Como ensinar a gestão considerando que ela, em si, tem o elemento inseparável do ensinar e do fazer gestão? Talvez se ensine melhor o que não se sabe... Talvez precisemos concluir mudando o título da própria dissertação, de “encontros possíveis” para “modos de oportunizar a aprendizagem coletiva”...

Referências

1. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. 1993: p. 177-184.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde Brasília: CONASS; 2007.
3. Carvalho YMd, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In Campos GWdS, Minayo MCdS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YMd. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 149-182.
4. Schraiber L. Educação Médica e Capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1989.
5. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Dissertação (mestrado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social; 2004.
6. Ceccim RB, Capozzolo ÂA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 346-390.
7. Brasil. Artigos 196 a 200. Constituição Federal do Brasil. Brasília.; 1988.
8. Brasil. Lei 8080. Brasília.; Diário Oficial da União; 1990.
9. Campos GWS. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde. In Fleury SMT. Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha. São Paulo: FGV; 2006. p. 417-442.
10. Righi LB. Produção de Redes de Atenção à Saúde: acordos, confrontos e reparos. In Pasche DF, Cruz IBM. A Saúde Coletiva: Diálogos Contemporâneos. Ijuí: Unijuí; 2006. p. 73-92.
11. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Carta do XIV Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina. Porto Alegre.; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. [Online].; 2011 [cited 2011 Junho 09. Available from: <http://189.28.128.178/sage/>.

- 13 Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança São Paulo: Hucitec; . 2005.
- 14 Brasil. Poder Executivo. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Brasília;; 2011.
.
- 15 Ceccim RB, Feuerwerker L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da . integralidade. Caderno de Saúde Pública. 2004: p. 1400-1410.
- 16 Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina . preventiva São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Unesp/Fiocruz; 2003.
- 17 Brasil. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, . de 7 de Novembro de 2001. Brasília;; 2001.
- 18 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 . de novembro de 2001: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação de Medicina. Brasília;; 2001.
- 19 Clark KG. Preventive Medicina in Medical Schools - Report of Colorado Springs Conference. The . Journal of Medical Education. 1953: p. 3-6.
- 20 Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 610, de 26 de . Março de 2002. Brasília;; 2002.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Uma nova escola médica para um . novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar currículo de medicina. Rev Saúde Pública. 2002: p. 375-378.
- 22 Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Pró-saúde : programa nacional de . reorientação da formação profissional em saúde Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 23 Brasil. Portal da Saúde. [Online].; 2011 [cited 28 Janeiro 2011. Available from:
. http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23208.
- 24 Brasil. Portal da Saúde. [Online].; 2011 [cited 28 Janeiro 2011. Available from:
. http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
. AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília;; 2004.
- 26 Brasil. Ministério da Saúde. PET-Saúde. Pet-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a
Saúde. [Online].; 2010 [cited 2011 Janeiro 31. Available from:

. http://www.petsaude.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=53.

- 27 Coordenadoria de Ensino de Graduação em Medicina. Seminário Sobre Ensino de Graduação em Medicina Campinas: FCM/Unicamp; 2000.
- 28 Brasil. Congresso Nacional. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9394, 20 de Dezembro de 1996. Brasília;; 1996.
- 29 Unicamp. Faculdade de Ciências Médicas. Programa de Incentivos Curriculares no Curso de Medicina. Campinas;; 2003.
- 30 Coordenadoria do Curso de Medicina. Programas dos Módulos de Ensino do Curso de Medicina - Primeiro Ano. Campinas;; 2009.
- 31 Coordenadoria do Curso de Medicina. Programas dos Módulos de Ensino do Curso de Medicina - Segundo Ano. Campinas;; 2009.
- 32 Coordenadoria do Curso de Medicina. Programas dos Módulos de Ensino do Curso de Medicina - Quarto Ano. Campinas;; 2009.
- 33 Coordenadoria do Curso de Medicina. Programas dos Módulos de Ensino do Curso de Medicina - Quinto Ano. Campinas;; 2008/2009.
- 34 Nascimento EPL, Correa CRS, Nozawa MR. O município de Campinas e a organização da Secretaria Municipal de Saúde. Revista de Ciências Médicas. 2007 maio/jun.: p. 161-173.
- 35 Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda São Paulo: Hucitec; 2000.
- 36 Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In Cecílio LCO(). Inventando a Mudança na Saúde. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 113-160.
- 37 Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família. Campinas;; 2001.
- 38 Garcia RA. Parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde do distrito sudoeste de Campinas: um olhar sobre (des)encontros. Dissertação (mestrado). Campinas;; 2009.
- 39 Carvalho S, Garcia R, Rocha D. O ensino da Saúde Coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde e

- . Educação. 2006: p. 451-472.
- 40 Carvalho S, Campos G, Oliveira G. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de . medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Interface - Comunicação, Saúde e Educação. 2009: p. 455-465.
- 41 Campos GWS. Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a . reorganização do trabalho em Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 1999: p. 393-403.
- 42 Merhy EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a . micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In Carvalho S, Ferigato S, Barros M. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 276-300.
- 43 Ceccim RB, Feuerwerker L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, . Atenção e Controle Social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004: p. 41-65.
- 44 Feuerwerker L. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In Marins JJN, . Rego S, Lampert JB, Araújo JGCd(). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 17-39.
- 45 Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e . reforma das pessoas. O caso da saúde. In Carvalho S, Ferigato S, Barros M. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 243-275.
- 46 Foucault M. A governamentalidade. In Foucault M. Microfísica do Poder. 24th ed. São Paulo: . Graal; 2007. p. 277-293.
- 47 Ferigato S, Carvalho SR. O poder da gestão e a gestão do poder. In Carvalho S, Ferigato S, . Barros M. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 53-73.
- 48 Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em . saúde. Doutorado (Tese). Rio de Janeiro; 2010.
- 49 Spinoza Bd. Ética. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2008.
- .
- 50 Deleuze G, Guattari F. O que é Filosofia? 2nd ed. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
- .
- 51 Teixeira RR. A Grande Saúde: uma introdução à medicina do Corpo sem Órgãos. Interface - . Comunicação, Saúde, Educação. 2004: p. 35-72.

- 52 Feuerwerker L. Cinco Caminhos para Não Abrir Espaços de Transformação do Ensino Médico. . Revista Brasileira de Educação Médica. 1999: p. 21-26.
- 53 Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio . para o processo de formação. In Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGCd(). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 143-164.
- 54 Paraguay NLBB. A clínica e o ensino na atenção primária. Dissertação (mestrado). Campinas;; . 2011.
- 55 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração . Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais de Saúde. Revista brasileiras de Educação Médica. 2008: p. 356-362.
- 56 Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: Integração Ensino- . Serviço na percepção dos internos em Medicina Social. Revista Baiana de Saúde Pública. 2007: p. 115-133.
- 57 Marins JN. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In Marins JN, . Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 97-108.
- 58 Merhy EE, Aciole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as . possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em Medicina. Pro-Posições. 2003.
- 59 Passos E, Eirado A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos E, . Kastrup V, da Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervanção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 109-130.
- 60 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
.
- 61 Kastrup V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In Besset . LRdCeVL. Pesquisa-intervenção na infância e juventude. 1st ed. Rio de Janeiro: Nau; 2008. p. 465-489.
- 62 Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: . Hucitec; 2010.
- 63 Barros RB, Passos E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.

- . Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2000: p. 71-79.
- 64 Lourau R. Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, diário de etnógrafo (1914-1918). In Altoé S. René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 259-283.
- 65 Brandão CR. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. Sociedade e Cultura. 2007 . jan./jun.: p. 11-27.
- 66 Azevedo BMS, Carvalho SR. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME(. Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 204-219.
- 67 Hess R. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In Hess R, Savoye A. . Perspectives de l'Analyse Institutionnelle. Paris: Méridiens Klincksieck; 1988. p. 119-138.
- 68 Lourau R. Processamento de texto. In Altoé S. René Lourau: Analista Institucional em Tempo . Integral. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 69 Hess R. Momento do diário e diário dos momentos. In Souza ECS,AMHMB. Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si. Porto Alegre: PUCRS; 2006. p. 89-103.
- 70 Mairesse D. Cartografia: Do Método à Arte de Fazer Pesquisa. In Fonseca TMG, Kirst PG. . Cartografias e Devires: a construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2003. p. 259-297.
- 71 Deleuze G. A literatura e a vida. In Deleuze G. Crítica e Clínica. São Paulo: Editora 34; 1997. p. . 11-16.
- 72 Carvalho SR. Pesquisa Avaliativa sobre a Gestão do Trabalho e a Formação de Graduandos e . Trabalhadores de Saúde: explorando fronteiras. Relatório Técnico Final de Pesquisa. Campinas;; 2010.
- 73 Alvarez AP, Passos EC, Carvalho HF, César JM, Gonçalves LLM, Barros RB. As oficinas como . espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R(). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; 2008. p. 300-318.
- 74 Deleuze G. Diferença e Repetição Rio de Janeiro: Graal; 1988.
- .
- 75 Rocha Dc, Garcia R, Lopes I, Oliveira M, Carvalho SR. A Sobrecarga dos Alunos com as Matérias Básicas do Curso Médico: um Ensaio sobre suas Implicações. Ensaio a ser discutido pelo Grupo

- . de Investigação Docente-Assistencial. Campinas;; 2004.
- 76 Garcia RA. Banca de qualificação da tese de mestrado "O Ensino da gestão na graduação de . Medicina, um possível encontro entre Universidade e Serviço de Saúde". Campinas;; 2011 Outubro 10.
- 77 Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de Atenção à Saúde: a organização de equipes de . referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG. Cadernos de Saúde Pública. 2000: p. 507-515.
- 78 Lampert JB. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. Revista Brasileira de . Educação Médica. 2001: p. 7-19.
- 79 Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - . UFMG. Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. [Online]. São Paulo; 2002 [cited 2012 Janeiro 10. Available from:
[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/\[2002\]mercado_trabalho_medico.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/[2002]mercado_trabalho_medico.pdf).
- 80 Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. . Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades. [Online].; 2011 [cited 2012 Janeiro 10. Available from:
http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf.
- 81 Brasil. Lei 8142. Brasília;; 1990b.
.
- 82 Fadul W. Minha Política Nacional de Saúde. Saúde em Debate. 1978 abr/mai/jun;(7/8): p. 67- . 76.