



**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**UMA ESTRATÉGIA PARA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO SUS-BA:
A REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE**

Rio de Janeiro, novembro de 2009

**MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**UMA ESTRATÉGIA PARA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO SUS-BA:
A REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE**

Dissertação para o Mestrado Profissional
em Gestão do Trabalho e da Educação na
Saúde, da Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca –
ENSP/FIOCRUZ.

Mestranda: Jamile Oliveira Lima

Orientador: Sergio Tavares de Almeida
Rego.

Data da Defesa: 24 de novembro de
2009

Rio de Janeiro, novembro de 2009

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L732 Lima, Jamile Oliveira
Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede
de integração da educação e trabalho na saúde. / Jamile Oliveira Lima.
Rio de Janeiro: s.n., 2009.
142 f., il.

Orientador: Rego, Sergio Tavares de Almeida
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Educação. 2. Trabalho. 3. Saúde. 4. Rede. 5. Integração. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12

*Agradeço o apoio e incentivo dos colegas,
amigos e companheiros e o encorajamento e
torcida encontrados em minha família.*

Não há saber que esteja pronto e completo. O saber tem historicidade pelo fato de se constituir durante a história e não antes da história e nem fora dela. Então, o saber novo nasce da velhice de um saber que antes foi novo também. E já nasce com a humildade de quem espera que um dia envelheça e suma, para que o outro o substitua” (Paulo Freire)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar de que modo as esferas da educação e do trabalho se integram na área da saúde a partir da implementação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde. Para tanto, foram abordadas a integração educação-trabalho, através de um resgate das experiências de aproximação entre o ensino e o serviço nas décadas de 70 a 90 e nos anos 2000, chegando à perspectiva das redes. Sendo o objetivo da Rede mencionada ordenar a formação em saúde conforme premissa constitucional, identificar os obstáculos e fatores que favoreceram a sua implementação, facultará o entendimento acerca da efetividade desta como estratégia de articulação ensino-serviço. Com este intuito, além da análise dessa implementação, o estudo buscou avaliar a adequação e suficiência de um instrumento normatizador em uso pela rede, o Fluxo para Concessão dos Campos de Prática e Estágios no SUS-BA, no atendimento às demandas e especificidades das unidades de saúde e dos estudantes que nelas realizam estágios e práticas. Como consequência, foi possível detectar os principais obstáculos (resistências) e os fatores que favoreceram a operacionalização deste Fluxo, bem como sua importância para a manutenção da existência da rede. Por fim, como recurso metodológico, foi adotada a análise documental. Sua aplicação serviu como base para a exploração do conteúdo dos relatórios produzidos nas oficinas de avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas dentro da Rede com vistas a integração da educação e do trabalho na saúde.

PALAVRAS – CHAVE: rede, integração, educação, trabalho, saúde.

ABSTRACT

This study aimed to examine how the spheres of education and work are integrated in health through the implementation of the Integration of Education and Health at Work. This has thus been dealt with education, the integration work, from a redemption of the experiences of approach between education and service in the 70 to 90 and in 2000, reaching the perspective of networks. If the objective of the network referred to organize the training of health as a constitutional premise, identify obstacles and factors that facilitated its implementation, will provide the understanding of the effectiveness of a strategy of teaching / service. To this end, besides the analysis of this implementation, the study sought to evaluate the adequacy and sufficiency of a normative instrument in use by the network, flow to the Concession Golf Practice & Training in SUS-BA, in meeting the demands and characteristics of units and health of students in them attending training courses and practices. As a result, we found the main barriers (resistance) and the factors which facilitated the operation of this flow, and its importance for maintaining the existence of the network. Finally, as a methodological approach, adopted the document analysis. His application was the basis for exploring the contents of the reports produced in the workshops to assess and monitor the actions developed within the network with a view to integrating education and health work.

KEYWORDS: network, integration, education, work, health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – INTEGRAÇÃO EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE	14
1.1. Integração Docente Assistencial (IDA)	17
1.1.1. Estratégia Pedagógica e Debilidades da Ida	17
1.1.2. A Integração Docente Assistencial e a Perspectiva do Trabalho em Rede	20
1.2. Reformas da Educação Superior pelos Ministérios da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) e da Educação	22
1.2.1. Reformas do MARE e do MEC para a Superação da Crise no Ensino Superior e Reforma da Educação	23
1.3. Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade – Experiência do Programa UNI	25
1.3.1. O UNI na Prática	27
1.3.2. Mudanças Radicais: Marco do UNI	28
1.4. Rede Unida	29
1.5. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Área da Saúde	32
1.6. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)	34
1.7. Processo de Mudança Curricular dos Cursos de Graduação das Profissões de Saúde no Brasil	38
1.7.1. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)	39
1.7.2. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde)	42
1.8. Uma Aproximação Indispensável: Setor Saúde e Educação	44
CAPÍTULO 2 – REDES	48
2.1. Algumas Considerações	48
2.2. O Surgimento das Redes no Brasil	49
2.3. O que são redes?	50
2.4. Como se formam as Redes e as Relações se estabelecem	53
2.5. Redes, Gestão Pública e Governança	54
2.6. Interdependência e Aspecto Normativo da Rede	58
2.7. Micropolítica do Processo de Trabalho e a Rede	61
2.8. Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	65
2.8.1. Composição da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	67
2.8.2. Nível de Formação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde a partir de suas Ações	72
2.8.3. Potencialidades e Fragilidades da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	75
CAPÍTULO 3 – MATERIAL, MÉTODOS E JUSTIFICATIVA	77
CAPÍTULO 4 – DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	80

4.1. Preceptoria	80
4.2. Educação Permanente em Saúde	87
4.3. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – SUS/BA	92
4.4. Núcleos de Recursos Humanos	101
4.5. Caracterização dos Campos de Práticas e Estágios na Rede SUS-BA e a Negociação de Contrapartidas	106
4.6. Normas sobre a Regulamentação dos Estágios	109
4.6.1. Lei Nº. 11.788	110
4.6.2. Fluxo e Normas para Concessão dos Estágios Supervisionados	111
4.7. A Comunicação na Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	119
COMENTÁRIOS FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	129

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Diagrama da Integração Docente Assistencial	21
Diagrama dos Programas UNI	29
Diagrama da Rede Unida	31
Quadro 1	41
Quadro 2	52
Quadro 3	57
Quadro 4	67
Diagrama para localização da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde na estrutura do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia	71
Quadro 5	72
Quadro 6	85
Quadro 7	98
Quadro 8	116

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde
AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CES – Conselho Estadual de Saúde
CGL – Comissão Gestora Local
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIET – Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIRH – Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DIRES – Diretoria Regional de Saúde
EAD – Educação à Distância
EESP – Escola Estadual de Saúde Pública
GERES – Grupo de Estudos para Reformulação do Ensino Superior
IDA – Integração Docente Assistencial
IES – Instituição de Ensino Superior
IFES – Instituições Federais de Ensino Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ISP – Instituto de Aposentadoria e Pensão
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MEC – Ministério da Educação
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NGPES – Núcleo de Gestão de Pessoal e Educação Permanente em Saúde
NOB/RH – SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PEC – Proposta de Emenda Constituição
PEC – Programa de Extensão de Cobertura
PET-SAÚDE – Programa da Educação pelo Trabalho para a Saúde
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PGTES – Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – SUS/BA
PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
RIETS – Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
RVIETS – Rede Virtual de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
ESUS – Secretaria de Educação Superior
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUPERH – Superintendência de Recursos Humanos
SUS – Sistema Único de Saúde
UNI – União com a Comunidade

INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde no Brasil, como em outros países, passou a ser objeto de análise e reflexão nas últimas décadas do século XX e na primeira do século XXI, no sentido das possibilidades de resposta às necessidades de saúde da sociedade brasileira. As influências da incorporação tecnológica e da lógica de mercado na área da saúde vêm atuando na nossa sociedade na direção do modelo biomédico, centrado no profissional médico e na valorização dos procedimentos, elegendo o hospital como espaço privilegiado para a formação dos profissionais.

A fragmentação do ensino em disciplinas, a organização da academia ou serviços em departamentos, a extrema divisão técnica do trabalho e a dicotomia entre teoria/prática têm contribuído, de modo expressivo, para a valorização da especialização, perda da racionalidade integradora, do pensamento complexo e do cuidado integral à saúde¹.

Uma aliança entre trabalho e educação, que reconheça que tanto os processos de formação como os de trabalho produzem conhecimento técnico-político, deve balizar o compromisso social das instituições formadoras e uma nova participação do SUS na formação dos profissionais de saúde¹.

A integração entre as esferas da educação e do trabalho na saúde pressupõe, inicialmente, a identificação dos atores que as constituem, bem como estes mesmos atores atuam em suas instâncias de ação e interagem tendo em vista a satisfação de suas necessidades.

É neste contexto que atuo como gerente de incentivo aos processos de mudança na formação graduada em saúde, pela Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, na Escola Estadual de Saúde Pública, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, junto aos sujeitos envolvidos com a reorientação da formação profissional em saúde a exemplo dos profissionais de saúde, professores e estudantes.

Anterior a esta atuação pude estabelecer as primeiras aproximações com o Sistema Único de Saúde ao estagiar, quando estudante, em uma de suas unidades (Hospital Ana Néri) no Estado da Bahia e logo em seguida, ao concluir a graduação, como supervisora de estágio em outras três unidades da Rede Estadual pela Fundação Baiana de Medicina em Pesquisa e Extensão (FABAMED). Algum tempo depois, tornei-me servidora pública e assumi a gerência responsável pelo ordenamento da formação em saúde no SUS na Bahia.

Neste estudo, a educação, representada pelas Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e privadas do Estado da Bahia, e pelos estudantes dos cursos de saúde, mantém relação com o trabalho no que diz respeito à formação em saúde. No âmbito do trabalho, representado pelas unidades de saúde e trabalhadores da Rede Estadual, a formação em saúde encontra espaços privilegiados para a efetivação do binômio ensino-aprendizagem. Isto se explica pela possibilidade, dada aos futuros profissionais e trabalhadores da saúde, pelo cotidiano dos serviços, de confrontarem a teoria com a prática, subsidiadas pelos princípios e diretrizes do SUS, e oferta do cuidado em saúde, através dos estágios obrigatórios e não-obrigatórios.

Esse permanente contato entre as universidades e as unidades de saúde potencializa a discussão sobre a formação na área da saúde. As reflexões acerca da necessidade de mudar o caminho destacam e valorizam a retroalimentação mútua entre serviço e ensino. Nessa perspectiva, e com o objetivo de ordenar a formação em saúde, de nível superior, no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia é que foi criada a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, objeto deste estudo. Através dela, o que se pretende é formar profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, trabalhar em equipe, levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade, com vistas à transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde².

Tendo em vista contribuir com a implementação e funcionalidade desta Rede, este trabalho realizou um resgate histórico, entre as décadas de 70 e 90 e até os anos 2000, referente às experiências de integração ensino-serviço no Brasil em seu primeiro capítulo. Partiu, para tanto, de uma tentativa de aproximação entre o ensino e o serviço, proposto pela Integração Docente Assistencial (IDA). Passou pelas Reformas da Educação Superior pelos Ministérios da Administração Federal e da Reforma do Estado e da Educação, Programas UNI, Diretrizes Curriculares Nacionais e alternativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

No segundo capítulo foi trazida a perspectiva do trabalho em rede como estratégia para promoção da integração citada. Nele são abordados aspectos como a constituição das redes, gestão pública, governança, normatização e a micropolítica do processo de trabalho relacionado à lógica de redes. Ainda nesse capítulo, a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde é apresentada, bem como a sua composição, potencialidades e fragilidades.

Em seguida encontram-se o método adotado para a realização do estudo e os seus resultados. Ambos, respectivamente, nos terceiro e quarto capítulo. Este último tomou por base sete categorias de análise, escolhidas conforme descrição no terceiro capítulo.

CAPÍTULO 1 - INTEGRAÇÃO EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

A integração educação-trabalho, dentre outras definições, pode ser compreendida como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde. Incluindo os gestores, visa “à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços” (p. 357)³.

Esta concepção, ao evidenciar o estreitamento da relação entre estudantes, trabalhadores e professores, vem promover a construção de espaços para a reflexão acerca do binômio ensino-aprendizagem e, principalmente, a importância do papel da universidade nesse contexto. Papel este, marcado pela transmissão do saber como privilégio exclusivo da academia, legitimando a crença de que o ensino é mais relevante do que a aprendizagem.

Como consequência natural dessa “supremacia” instaura-se nos serviços uma postura de resistência por parte dos profissionais, em relação às Instituições de Ensino, que se estende aos estudantes de graduação, comprometendo o processo de formação destes.

Os serviços, espaços privilegiados para o encontro e diálogo entre docentes, estudantes e trabalhadores, acabam, desse modo, não contribuindo para dirimir as críticas que estes atores cultivam um do outro. Com isso, aumenta o distanciamento entre eles e “limitam-se as possibilidades de um fazer diferenciado, que assuma concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho, da gestão e da escuta do usuário” (p. 358)³.

O usuário, no contexto da integração educação-trabalho, termina por não ter a sua participação contemplada a depender do pensamento/entendimento vigente sobre essa relação. Assim, a visão da universidade e do próprio serviço relacionada ao usuário dos serviços, cidadão de direito, será determinante para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado³.

Se por um lado a universidade insiste na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos, a depender do campo de inserção e do saber na saúde, e os serviços se centram na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, por outro os estudantes são supervisionados, nos estágios curriculares ou em aulas práticas, pelo profissional do serviço. Em alguns casos, esta supervisão ocorre de modo assistemático e solitário³ sem discussões pertinentes ao que é vivenciado no cotidiano do trabalho em saúde. Dentro disso, o usuário, beneficiário primordial, de ambos os lados, não tem inserção nos processos que envolvem o cuidado e o ensino-aprendizagem.

Com frequência os docentes mais envolvidos com a pesquisa esquecem, ou não priorizam, a prestação de cuidados distanciando-se das práticas do cotidiano e os profissionais dos serviços desenvolvem exaustivamente as atividades rotineiras do trabalho deixando de lado a educação permanente. “Há, portanto, a necessidade de redefinir referenciais e relações com os distintos segmentos da sociedade no sentido de a universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. No campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática” (p. 24)⁴.

Com o intuito de induzir e/ou estabelecer mudanças na perspectiva da integração educação-trabalho, e corroborar com os esforços para sua efetivação, a discussão das redes vem ganhando destaque como espaço potencial para conformação de um novo ator social. Uma delas, a Rede Unida, teve significativa participação no processo de definição das Diretrizes Curriculares, junto ao Ministério da Educação. Esta ação veio a fortalecer a análise dos processos de transformação das práticas de saúde voltados para a interdisciplinaridade⁴.

Além da interdisciplinaridade, a rede permite, a partir do reconhecimento da interseção entre profissionais, estudantes e professores, implementar esforços para a consolidação do SUS. Tal idéia advém do conhecimento, construído no serviço, ou cenários de aprendizagem, a partir da reflexão sobre o vivenciado em um dado cenário de prática, transformando os modelos de atenção à saúde, pautados nos princípios do SUS.

Porém, nestes mesmos cenários são explicitados conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo configurada³. Dentre esses conflitos e dificuldades destaca-se a busca por adesão a um projeto, imbuído de uma nova consciência sanitária pelos trabalhadores de saúde e instituições de ensino. Tendo em vista a mudança curricular na área da saúde e construção de um modelo de atenção centrado no usuário, a integração educação-trabalho transmuda-se em importante componente para a necessária e gradativa substituição do, então vigente, modelo tecnoassistencial centrado no procedimento.

Modelo com forte ênfase no ensino clínico, na pesquisa biológica e demasiada especialização médica, graças ao relatório denominado Flexner produzido nos Estados Unidos em 1910. Fortalecido pela indústria farmacêutica, seu principal compromisso é com o quantitativo e valor cobrado por procedimento. Mudá-lo requer instaurar uma nova lógica nos espaços reservados ao ensino-aprendizagem, incorporando professores e estudantes ao cotidiano do usuário. Este trabalho acontece por meio das relações que se estabelecem entre os trabalhadores e entre esses e os usuários. A partir delas o instituído passa a ser questionado

e modificado, no cotidiano do próprio processo de trabalho, ao serem valorizados e devidamente aplicados os diversos protagonismos inerentes a cada profissional de saúde.

Desconstruindo o modelo hegemônico ao inferir alterações em seu modo de fazer assistência, e instituir novos processos de trabalho na organização dos serviços, promovendo reais modificações nos modelos assistenciais, o trabalhador evidencia a existência da formação de um consenso em torno da necessária adequação a uma proposta que enxergue a relevância do cuidado e importância do usuário fruto da adesão ao projeto mencionado.

Não só o profissional concorre com o exercício da reflexão sobre a oferta do cuidado. O estudante quando imerso nas unidades, ou espaços outros de oferta de serviços em saúde, para realização dos estágios, incentiva ao serviço organizar-se para recebê-los e acompanhá-los aproximando-os da realidade de saúde de uma população ou comunidade.

Medidas como a construção de currículos integrados, potencialização da articulação entre ensino, serviço e comunidade, incentivam a reflexão sobre a ação e realidade em que está inserido, leva o estudante a procurar por solução para os problemas que se conformam na rotina, forjando um perfil profissional crítico, reflexivo e comprometido.

A presença por si só do estudante ocasiona mudanças no dia-a-dia dos serviços. A formação deverá a partir do processo de trabalho. A formação, dessa maneira, não se circunscreve ao cumprimento da carga horária exigida por um currículo. Seus objetivos se ampliam para a transformação das práticas profissionais e organização do trabalho pautadas na integralidade (nos campos da atenção e gestão de serviços e sistemas), bem como a educação dos profissionais pela Educação Permanente.

A diversidade das categorias profissionais na saúde ao encontrarem-se nos serviços, para a consecução do projeto formativo, favorece a oferta de um atendimento abrangente, por ser composto pelas singularidades que formam o sujeito. Desse modo, quanto mais diversidade em categorias profissionais na saúde, maiores as chances de um atendimento dotado de inteireza e completude.

Pensando sob esta perspectiva, é que iniciativas como a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médio (CINAEM), em 1991, o surgimento da Rede Unida, em 1998, e o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED), em 2002, foram disseminadas no Brasil. O Ministério da Saúde e da Educação, respectivamente em 2005 e 2007, instauraram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa da Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), conforme descrição neste capítulo.

Antes, porém, ao final dos anos 70, uma experiência de integração ensino-serviço ocorreu no Brasil. Esta experiência ficou conhecida como Integração Docente Assistencial ou IDA.

1.1. INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL (IDA)

A necessidade de mudar o modo com que se relacionavam as esferas da educação e do trabalho foi reforçada pelo surgimento de propostas de integração ensino-serviço (docente assistencial), ao final da década de 70.

Marsíglia⁵ afirma que todas as propostas estiveram na sua essência preocupadas com a Constituição do Sistema Único de Saúde, público, unificado e descentralizado para o conjunto da população. Tais propostas sempre se detiveram na questão dos recursos humanos necessários para o sistema funcionar bem. Por isso definiram algumas formas de articulação com o setor formador de pessoal, principalmente com as unidades de ensino da área de saúde de nível superior, defendendo a necessidade de integração dos dois sistemas: utilizador e formador de recursos humanos.

A área de medicina preventiva, nesse contexto, teve importante contribuição na busca por esta integração. Fruto da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e tendo por base as experiências de Medicina Comunitária, da década de 60, realizava as suas atividades fora das dependências hospitalares, angariando para si, mesmo sem esta intencionalidade, a responsabilidade por toda e qualquer ação que ocorresse no exterior do hospital de ensino. Na tentativa de reverter esta situação, um grupo de professores e profissionais da saúde, na segunda metade da década de 70, começou a procurar uma outra proposta, mais integrada, que tivesse um pouco mais de impacto na formação dos alunos⁵.

Considerando a forte influência do modelo flexneriano que chega ao Brasil, na década de 40, incentivando a especialização e reestruturando a educação médica em suas áreas básicas e clínicas e na atenção de caráter individual, a integração docente assistencial corrobora com a perspectiva integralizadora que envolve a relação estabelecida entre o SUS e os recursos humanos indispensáveis ao seu pleno funcionamento.

Antes da IDA, cabem aqui algumas considerações sobre o modelo flexneriano. Abraham Flexner, em 1910, realizou uma grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos, com o objetivo de a ele conferir uma base científica sólida. A avaliação foi feita a pedido da Fundação Carnegie dos Estados Unidos neste país e no Canadá⁶.

Segundo Koifman⁶, Flexner “embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas” (p. 56). O resultado foi a publicação, ainda em 1910, do Relatório Flexner.

Já para Neto⁷, Abrahan Flexner “há um século revolucionou o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário indispensável à formação do médico” (p. 23). Em sua opinião, o relatório produzido por Flexner constitui-se em um documento de grande referência nas análises da educação médica. Além disso, encontrou um contexto favorável a sua difusão em outros países, como o Brasil, já que no início do século XX as indústrias farmacêutica e de equipamentos se encontravam na fase das descobertas e invenções.

No Brasil, o modelo flexneriano chega em meio a crise enfrentada pelos hospitais das Santas Casas de Misericórdia. Após a II Guerra Mundial, a ciência médica apresentou um grande desenvolvimento, acompanhado do fortalecimento da indústria farmacêutica e de novos equipamentos⁷. Com o alto custo atribuído aos produtos destas indústrias e sem a devida sustentabilidade financeira, por parte das Santas Casas, para a aquisição destes, algumas lideranças acadêmicas começaram a reivindicar “a construção de hospitais de clínicas próprios para suas escolas médicas” (p. 24)⁷.

Por conseqüência, em uma relação proporcional, em 1960, à medida que abriam novas escolas médicas, entravam em funcionamento novos hospitais-escola. Sem o devido amparo financeiro, essas escolas aumentaram suas dívidas e aprofundaram a crise que vivenciavam. A solução foi dada pelo Convênio MEC-MPAS (hospitais universitários e a Previdência), ou Convênio Global, celebrado em 1974.

Esse convênio envolvia internação e atendimento ambulatorial e simbolizou a primeira tentativa de uma política para os hospitais de ensino⁷. Ao aproximar a educação médica do sistema de saúde, este convênio permitiu identificar na medicina, as primeiras iniciativas de integração ensino-serviço.

Voltando a Integração Docente Assistencial, a sua ocorrência trouxe para reflexão, elementos como: a necessidade de implementar mudanças nas relações entre o serviço (unidades de saúde) e o ensino (universidades) tomando-se por base a realidade demográfica, as necessidades de saúde e o perfil do usuário de uma dada população; exigência da participação da comunidade na conformação dos processos e práticas em saúde; incentivo à pesquisa considerando as especificidades do serviço e não apenas uma prerrogativa da academia; e estímulo a experimentação de um novo modelo de ensino-aprendizagem que

enseje a constância do diálogo entre o ensino e o serviço não o reduzindo ao período de realização dos estágios ou treinamento em serviço.

Juntos, estes elementos constituiriam uma estratégia para formação dos recursos humanos em saúde, ao favorecer mudanças de impacto nas matrizes curriculares dos diversos cursos. Estas matrizes seriam reflexo de outras mudanças, de cunho relacional, fomentadoras da integração entre os serviços e as instituições formadoras, entre docentes e discentes, entre discentes e a prática nos serviços e dos serviços entre si.

Para Marsíglia⁵ houve tentativa de diferenciar as idéias de integração/articulação na relação entre ensino e serviços: considerou-se que a “articulação” exigiria apenas que as instituições juntassem seus recursos e uma procurasse colaborar com a outra. Mas no caso de “integração” havia uma exigência de “mudanças” mais profundas nas instituições – fundir seus vários elementos e chegar a um produto final diferente.

1.1.1. ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA E DEBILIDADES DA IDA

Os programas de Integração Docente Assistencial também funcionaram como alternativas possíveis de oferecerem resposta ao enfraquecimento, ou extinção, das políticas sociais, nos países capitalistas. Com o acirramento das pressões sociais ao requererem o atendimento aos direitos sociais, inclusive o de saúde, a IDA transformou-se em possibilidade de maior dinamismo no setor saúde, ao racionalizar o planejamento de recursos humanos, fortalecendo a atenção primária e promovendo a regionalização dos serviços.

Entretanto, apesar de sua estratégia pedagógica inovadora, a IDA não conseguiu alterar, com a celeridade que se fazia necessária, as práticas nos serviços, para além da aproximação dos futuros profissionais da realidade, contribuição esta, não oferecida pelos hospitais de ensino.

A IDA poderia permanecer como um espaço aberto à universidade, um compromisso do qual ela não podia fugir, ao mesmo tempo em que lhe permitiria colaborar na estruturação de um novo modelo assistencial com base na atenção primária, no perfil epidemiológico e nas características populacionais⁵.

Ao avaliar as experiências de IDA na América Latina após 1985, Marcos Kisil (consultor da Fundação W. K. Kellogg em 1985), as dividiu em três grupos:

- a) As que conseguiram um avanço importante, contando até mesmo com a participação da comunidade;

- b) As que foram inovadoras no início, mas que depois não conseguiram manter esta característica; e
- c) As que estavam iniciando-se recentemente, “descobrimo” os convênios entre os serviços e as unidades de ensino.

Porém, todas elas apresentaram três debilidades: “ausência de participação da comunidade, segmentação por faculdade, profissão ou departamento, e não proporcionavam alterações profundas na estrutura curricular das faculdades” (p. 35)⁵. A essas debilidades foi acrescida a opinião do Dr. Mário Chaves, segundo Marsiglia, de que o termo “integração” não foi bem compreendido, pois cada uma das instituições (ensino ou serviços) não deve perder sua identidade. Por outro lado a idéia de “assistência” limita a ação dos serviços, sem incluir as ações de promoção de saúde e autocuidado. E, por fim, a idéia “docente” restringe o campo, enfocando mais a idéia do “ensino” do que da “aprendizagem”⁵.

1.1.2. A INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL E A PERSPECTIVA DO TRABALHO EM REDE

A conformação de uma rede que integre a educação e o trabalho na saúde, e que otimize recursos e potencialize resultados⁸, surge como uma estratégia de responsabilização dos profissionais envolvidos, ampliando seu compromisso e participação nos processos decisórios, desenvolvendo o sentimento de pertencimento em relação ao sistema e coresponsabilização. Além disso, as redes têm um caráter preventivo da alienação das relações subordinadas, do isolamento no trabalho, entre outros fenômenos⁹.

Para Marsiglia, a IDA ao seguir a lógica de rede permitiu, ante as dificuldades do trabalho, incorporar ao seu funcionamento formas de relação mais espontâneas, voluntárias, de cooperação, de criatividade, mais informais, que acabaram efetivando-se “por fora” do setor, criando sistemas bem definidos, mas abertos nos seus limites. No que diz respeito à agregação tanto de novas atividades quanto de novos membros, ficou a critério dos participantes a definição do dimensionamento e da conformação última da rede⁵.

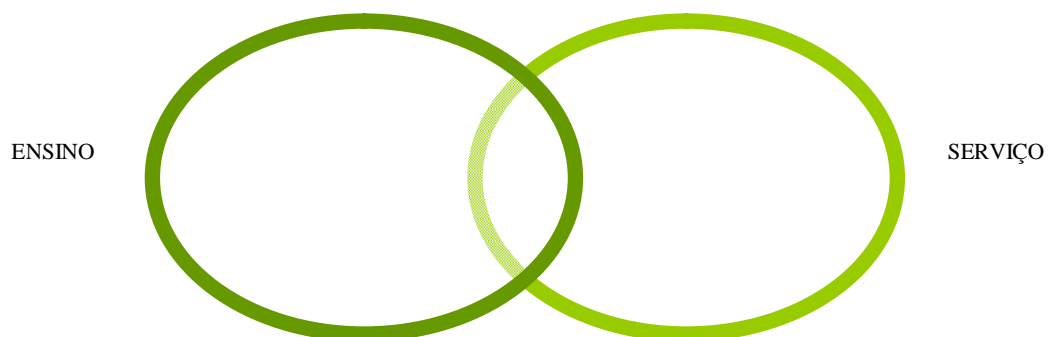
Para Rovere⁹ as redes são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de se conectar e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e as instituições. As redes seriam então a linguagem dos vínculos. Esses mesmos vínculos, para sua manutenção, necessitam da troca de informações e comunicação entre as pessoas. Tal se explica porque

ambas (informação e comunicação), dentro da perspectiva de rede, não ocorrem entre as instituições e sim, entre as pessoas. A idéia principal da rede é criar e estabelecer vínculos. Vínculos estes, que só poderão ser mantidos por pessoas.

A Rede IDA, marcada pela horizontalidade nas relações, abriu espaço para a autonomia, criatividade, abertura para a realização de um trabalho de colaboração, no qual a produção de conhecimento é compartilhada, bem como as experiências exitosas que venham a contribuir com a superação de obstáculos pertinentes a integração ensino-serviço.

O papel que a Rede IDA-Brasil desenvolveu, desde o seu surgimento, foi considerado por Marsiglia como fundamental não só como apoio para cada experiência, mas também como oportunidade de integração e troca entre elas. O caráter de relações horizontalizadas entre os programas que dela participam, e a existência de uma coordenação para encaminhar as proposições do grupo foram valorizados pelos participantes⁵.

Diagrama da Rede IDA



Em se tratando de integração ensino-serviço, e sendo as instituições de ensino superior um ator-chave para esta relação, torna-se imprescindível destacar as reformas da educação superior realizadas pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) e do Ministério da Educação (MEC).

1.2. REFORMAS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR REALIZADAS PELOS MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO (MARE) E DA EDUCAÇÃO (MEC)

O MARE, desde o início do governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1995, esteve à frente da Reforma do Aparelho do Estado. A justificativa para que a Reforma fosse implantada teve por base o processo de globalização sofrido pelo Estado. Este processo reduziu a autonomia do Estado, para formular e implementar políticas, conduzindo-os ao auge da crise nos anos 80. No Brasil, a hiperinflação decorrente da crise econômica foi o principal motivo, eleito pelo governo, para que a reforma do estado fosse considerada indispensável¹⁰.

O governo de Fernando Henrique e o MARE contaram com o Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira que defendia o projeto de reforma como único meio de modernizar e aumentar a eficiência da administração pública. Modernizar significava melhorar a qualidade do atendimento aos cidadãos. Aumentar a eficiência da administração pública era efetuar um ajuste fiscal (reduzir a perda do crédito público e potencializar a poupança pública) no Estado brasileiro.

Para tanto, Bresser afirmou ser necessário descentralizar a administração pública com a implantação de agências executivas e de organizações sociais controladas por contrato de gestão. “A estratégia do Ministro foi uma cerrada campanha por todos os meios de comunicação, freqüentes artigos nos principais jornais do país, conferências em fóruns nacionais e mesmo do exterior com repercussão no Brasil” (p. 28-29)¹⁰.

Transpondo a reforma para a educação superior, foram identificadas algumas medidas com o objetivo de também instaurar, nessa área, uma reforma com vistas a modernização do sistema de educação superior do país. Entre essas medidas estiveram o contingenciamento de recursos para custeio e capital e o congelamento dos salários de docentes e funcionários das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)¹⁰.

É importante salientar que o processo de modernização do sistema de educação superior do país teve forte influência dos organismos supranacionais, a exemplo do Banco

Mundial. Estes organismos pretendiam reduzir os gastos públicos pelo Estado desobrigando-o deste modo a financiar a educação superior pública, bem como outros direitos sociais como a saúde. O objetivo era desresponsabilizar o Estado da garantia desses direitos, o que favoreceu as privatizações e a proliferação das organizações sociais. Estas últimas foram fruto da transformação das universidades federais de ensino superior em instituições públicas de direito privado.

Na conformação de uma Organização Social os contratos não obedecem ao Regime Jurídico Único como se espera para concursos públicos. Eles seguirão as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas, contrariando a lógica existente da unicidade de carreira do pessoal e da isonomia salarial dentro das IFES, promovendo a profusão e diversidade dos planos de salários e busca por recursos em fontes públicas ou privadas.

Além disso, o Plano contava com duas emendas constitucionais voltadas para a administração pública em que uma delas propunha: a flexibilização da estabilidade dos servidores estatutários, permitindo-se a demissão, além de por falta grave, também por insuficiência de desempenho e por excesso de quadros; possibilidade de se colocar servidores em disponibilidade com remuneração proporcional ao tempo de serviço como alternativa à exoneração por excesso de quadros; limitação rígida dos proventos da aposentadoria e das pensões ao valor equivalente percebido na ativa¹⁰.

Criar e enfatizar uma distinção entre universidades de ensino e universidades de pesquisa é uma tática defendida por estudiosos dos problemas da educação superior no país desde meados dos anos 80. Em 1986, o Grupo de Estudos para Reformulação do Ensino Superior (GERES), formado pelo MEC, propunha essa alternativa para o sistema¹⁰. Combatida por representações de docentes do ensino superior federal e de dirigentes de universidades públicas federais e estaduais paulistas, a proposta de distinção não obteve êxito.

1.2.1. PROPOSTAS DO MARE E DO MEC PARA A SUPERAÇÃO DA CRISE NO ENSINO SUPERIOR E REFORMA DA EDUCAÇÃO

O incentivo a busca por recursos em fontes privadas pelo MEC, advém do esforço deste ministério, em conjunto com o MARE, em ratificar, no Plano Diretor da Reforma do Estado, o programa de publicização. À época, este programa consistia na transferência, para o setor público não-estatal (Organização Social), da produção dos serviços chamados competitivos ou não exclusivos de Estado como as universidades, as escolas técnicas, os hospitais, os museus, os centros de pesquisa e o próprio sistema de previdência.

Como em seus diagnósticos, referentes à crise na educação superior no Brasil, as IFES eram apontadas como em pior situação, o MEC, através de portarias, decretos, normas e leis, tornou-se o principal articulador da denominada autonomia universitária. Autonomia esta, segundo Sguissardi e Silva¹⁰ presente na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) em seu capítulo Da Educação Superior e no Art. 207 da Constituição Federal. As universidades passam a gozar de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Em um de seus documentos, especificamente da Secretaria de Política Educacional, “A Política para as Instituições Federais de Ensino Superior” (Brasília, julho/95), o MEC prevê o incentivo a busca por recursos em outras fontes que não seja, exclusivamente, a União.

Considerando o contexto que se conformou em torno da autonomia universitária, as IFES passam a demonstrar insatisfação ao compreenderem que foi dado início ao processo de privatização. Conscientes da gratuidade apenas para os cursos de graduação e pós-graduação tornou-se evidente que tudo o mais, que não guardasse relação com o ensino, deveria ser mantido ou promovido pela própria IFES, através da aquisição de recursos junto a outras fontes, inclusive de natureza privada.

Sendo a pesquisa e a extensão elementos outros que não ensino, o não financiamento destas veio confirmar, a confluência entre as propostas do MARE e do MEC. O objetivo era desresponsabilizar, gradativamente, o Estado em relação a educação superior, configurando o fim da gratuidade do ensino público, fortalecendo o princípio da “diversificação de fontes de financiamento”. Ou seja, afastar o Estado da manutenção plena do ensino superior oficial, tão preconizado pelo Banco Mundial.

É notória, no processo de Reforma do Estado, a articulação com os organismos multilaterais que incentivavam uma busca por equilíbrio orçamentário através do corte nos gastos públicos. Privatizar empresas e serviços públicos foi uma das iniciativas do governo em atendimento a essas prerrogativas. Desse modo, a educação não poderia ficar isenta de contingenciamentos, como bem exemplificam as IFES. Como conseqüência, a qualidade do serviço ofertado ficou comprometida.

Estrategicamente, de todas estas formas organizativas (universidade, centros de educação superior, institutos, faculdades e escolas superiores) a única que possui como exigência a indissociabilidade das atividades de ensino, da pesquisa e de extensão é a universidade¹⁰.

Dessa forma, contribuindo com os gastos referentes ao ensino, o governo abandonaria a pesquisa e a extensão. Para que estas pudessem ser efetivadas, a instituição formadora ou buscaria recursos em outras fontes ou adotaria o ensino pago. Na busca por estratégias que modificassem este cenário, e ensejassem a manutenção da qualidade do ensino sem gastos exorbitantes e com melhoria para o atendimento nas unidades de saúde, as instituições formadoras passaram a adotar as experiências de integração ensino-serviço, com vistas à qualificação de seus profissionais e defesa própria frente às reformas impostas pelos Ministérios.

No cenário brasileiro, uma experiência de integração ensino-serviço e com extensão para a comunidade e usuários do sistema de saúde surgiu em 1992. Trata-se do Programa UNI ou União com a Comunidade. A análise do Programa UNI, nesse trabalho, tomou por base o artigo Contribuição ao Movimento de Mudança na Formação Profissional em Saúde: uma avaliação das experiências UNI, das autoras Feuerwerker e Sena.

1.3. UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UNIÃO COM A COMUNIDADE – EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA UNI

O Programa UNI reuniu os principais atores que compuseram e estabeleceram a relação entre a educação e o trabalho em torno do seu principal propósito, ou seja, formar profissionais de saúde, ao ensinar a aproximação entre eles e a comunidade.

A universidade, os serviços de saúde e comunidades dispostas a construir uma nova concepção de saúde, consoante às necessidades da população e conformação de perfis profissionais para o SUS, buscaram produzir mudanças significativas em seus contextos engendradas pela identificação da relevância social das universidades e dos serviços, através da abertura a relações democráticas com a população usuária¹¹.

Na universidade, a capacidade crítica e investigativa teve o seu desenvolvimento estimulado por meio do exercício de integração dos currículos. Essa integração consistiu na flexibilidade na construção dos currículos e no cuidado em não deixa-los previamente prontos para o enfrentamento de uma realidade complexa como a da saúde. A integração dos conteúdos no currículo iria ocorrer a medida que o estudante conhecesse uma dada realidade, o funcionamento do serviço e as necessidades da população por ele atendida. Com esse conhecimento os conteúdos seriam definidos de modo a dar respostas a realidade vivenciada pelos discentes. Desse modo, os currículos seriam integrados à realidade observada.

O entendimento sobre a importância de partir para o enfrentamento de problemas por meio da interdisciplinaridade e da possibilidade de inserir os estudantes, desde o princípio da formação, na realidade concreta dos serviços de saúde também deveriam ser considerados pelas instituições de ensino superior. Esta realidade seria conhecida a partir do funcionamento e necessidades dos serviços. Segundo Feurwerker e Sena, o Programa UNI teve como estratégias:

1. **Parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias:** o processo de trabalho seria desenvolvido com base na co-gestão. Dentro dele, “os sócios” compartilhariam “poderes, saberes e recursos” (p. 40)¹¹. Pretendia-se que as mudanças acontecessem simultaneamente nas instituições e não de modo isolado dentro de cada estrutura. O serviço e a universidade, ao abrirem-se para a participação popular, iriam permitir aos trabalhadores e estudantes vivenciar o mundo real. Juntos, universidade, serviço e comunidade, conseguiriam potencializar a governabilidade sobre os processos de mudança, bem como aumentar as capacidades de comunicação e negociação, na busca por soluções dos problemas reais a serem enfrentados pelas equipes de saúde;
2. **Inserção dos projetos nas instituições de saúde, educação e organização comunitárias:** a necessidade de estabelecer pactos e compromissos com a direção das instituições de ensino e de saúde e parceiros comunitários foi, reconhecidamente, elemento primordial para implicá-los nos processos de mudança. O envolvimento dos gestores, desde o início, nas propostas e práticas que ensejem modificações estruturais, no pensar, no agir e no fazer fortalecem a governabilidade dos atores que se mobilizam em torno de uma dada proposta ao adquirirem permeabilidade no interior das instituições com conseqüente aceitação e/ou adesão de seu projeto;
3. **Estratégias para participação ativa dos atores nos projetos:** envolver as pessoas mais mobilizadas nas esferas da educação, do trabalho e da comunidade constituiu-se em um eficaz dispositivo do UNI para dar início às atividades do programa. Através destas, foi garantida a ampliação da participação de outras pessoas “dos mais variados departamentos, de diferentes posições políticas, de diferentes organizações e serviços que faziam parte da área de abrangência dos projetos” (p. 41)¹¹.

1.3.1. O UNI NA PRÁTICA

A operacionalização do UNI ocorreu em três cenários distintos; cada um com seus diferentes tempos e atores políticos na tentativa de construção de um novo modelo pedagógico, tanto do ponto de vista conceitual, quanto metodológico.

O 1º cenário trouxe à tona o reforço às mudanças curriculares, dado pelo UNI, contribuindo para um melhor direcionamento das mudanças que já vinham em curso. Em outras situações, o UNI teve atuação restrita. A diferença se explica pelo tipo de inserção do projeto nas instituições, com maior ou menor contato com as respectivas direções, pelas relações de poder existentes e concepções contrárias às mudanças que protagonizaram a não construção de alianças e espaços democráticos¹¹.

Deve ser ressaltado que os movimentos contrários foram fortalecidos, em projetos que desenvolveram-se em espaços de ocorrência incipiente de experiências prévias de articulação entre a educação e o trabalho. Este fator corroborou com o comprometimento da capacidade de criar estratégias que promovessem reflexão e alternativas (metodológicas, cenários de aprendizagem) acerca das mudanças necessárias ao processo formativo e a relação entre a aprendizagem e o trabalho.

O 2º cenário evidenciou o reconhecimento pelos atores da necessidade de adequar ou substituir o modelo tradicional de ensino-aprendizagem por outro que respondesse à realidade concreta vivenciada nos serviços junto à comunidade. Apesar de ter reconhecido essa necessidade, o UNI não possuía as condições para promover as alterações necessárias. Nesse ponto, se limitou a estimular a discussão em torno da busca por idéias e caminhos para a adoção de um novo referencial teórico-metodológico¹¹.

Muitos projetos utilizaram o UNI como instrumento de mobilização e maior comprometimento dos atores envolvidos; apesar de nem sempre terem sido exitosos nas convocatórias e na adesão institucional das propostas inovadoras¹¹. O 3º cenário registrou o início do UNI com a participação das pessoas mais mobilizadas da universidade, dos serviços e da comunidade. Mesmo assim, havia a preocupação em ampliar esta participação, qualitativa e quantitativamente, para fortalecimento do programa. O UNI precisava de diversidade em sua composição, ou seja, incorporar à sua proposta os mais variados departamentos, diferentes posições políticas, organizações e serviços.

A busca por esta ampliação resultou em negociações e conflitos permanentes. Os interesses divergentes organizaram-se, conformando-se em alguns casos em grupos de oposição, com o objetivo de criar dificuldades ao desenvolvimento do programa. Entretanto, o

processo de negociações e disputas também facultou a construção de consensos entre os defensores da integração ensino-serviço-comunidade, gerando agendas comuns e viabilidade para a realização de um trabalho conjunto.

1.3.2. MUDANÇAS RADICAIS: MARCO DO UNI

As autoras Feuerwerkwer e Sena¹¹ dizem que o êxito obtido pelo UNI em seus projetos teve como explicação o esforço em garantir a aliança das forças presentes nas universidades, nos serviços e nas organizações comunitárias. Quanto maior o envolvimento e compromisso político dos agentes mobilizadores que compuseram essas estruturas, proporcionalmente, aumentaram as perspectivas de mudança de um modelo de atenção e ensino para a saúde que não correspondia, há muito tempo, a equidade e a integralidade preconizadas pelo SUS, e as necessidades da população.

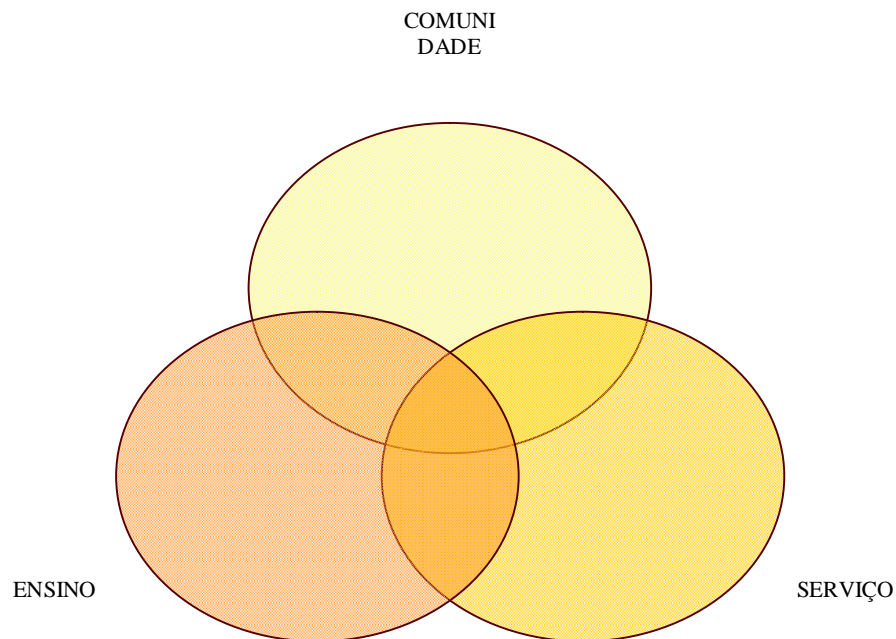
Permitindo e incentivando a participação da comunidade, o diálogo democratizou-se e favoreceu o surgimento de cenários favoráveis às mudanças curriculares, necessárias à qualidade dos serviços prestados, e fomento a potencialização da governabilidade sobre os problemas, bem como criação de “massa crítica”.

Em uma relação assimétrica, social e culturalmente construída, docentes, profissionais de saúde, estudantes e usuários (cidadãos) conseguem transformar ou sobrepor-se a uma lógica de disputa ao protagonizarem, pela articulação estabelecida, processos de reforma curricular e nas carreiras envolvidas.

As mudanças, dentro do UNI, consideradas radicais assim são chamadas por terem ocorrido em “lugares em que existia uma crise tão grave que a mudança radical surgiu como alternativa de sobrevivência”¹¹.

Algumas dessas mudanças tiveram oportunidade de serem potencializadas com o surgimento da Rede Unida. Rede esta, nascida da fusão da Rede IDA e do Programa UNI, em 1998.

Diagrama dos Programas UNI



1.4. REDE UNIDA

O principal elemento propulsor da fusão da Rede IDA com o Programa UNI foi a necessidade política dos Projetos UNI junto à falta de plena efetividade da Rede IDA. Havia também a necessidade de sistematizar as experiências já realizadas gerando assim oportunidades de reflexão sobre as mesmas, potencializando o que já havia sido produzido e criando outras estratégias para a melhoria da formação de recursos humanos em saúde. Buscava-se uma intervenção direta e dotada de resolubilidade nos cenários de aprendizagem – trabalho, edificando contextos favoráveis à implementação de ações inovadoras.

Centrada na construção do SUS, a Rede Unida elegeu como objeto de suas ações a Formação e Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Como toda rede que tem uma imagem-objetivo única, independente das diferentes concepções dentro dela sobre uma dada

temática, a Rede Unida estabelece como sua a Formação de Recursos Humanos, Transformação do Modelo Assistencial e Participação Social¹².

Os projetos que fazem parte da Rede Unida privilegiam a interdisciplinaridade, o estudante como sujeito do processo de ensino-aprendizagem, a articulação entre teoria e prática e a relação com a comunidade baseada na participação social. Embora os interesses individuais e das organizações disputem espaços dentro da Rede, esta deverá estar fortalecida em cooperação, solidariedade e no aspecto normativo (regra, fluxos, etc.), para equilibrar as forças em oposição pela conquista do poder. Contraditoriamente, o alcance de uma meta que diga respeito ao coletivo e a ele proporcione melhorias, poderá vir a desencadear processos predatórios, dentro dos quais as instituições e projetos acirrem a disputa pela defesa e manutenção dos espaços antes ocupados e que com as mudanças sofreram deslocamentos. Seja diminuindo a sua relevância para o funcionamento da rede ou perdendo poder após a redistribuição deste, consequência natural que advém das transformações que perpassam as instituições e seu desenvolvimento, as pessoas que nelas atuam e, principalmente, o sentido e a nova razão de existir que passam a ter.

Daí apreende-se que a existência e manutenção de uma rede dependerão da defesa real e do comprometimento por parte dos seus integrantes, ou boa parte deles, com o objetivo por ela delineado. Se assim for, os grupos, organizações e/ou instituições contrários perderão força podendo ser extintos ou enfraquecidos dentro da rede, o que não se constitui em impeditivo absoluto para a convivência, mesmo entre opositores.

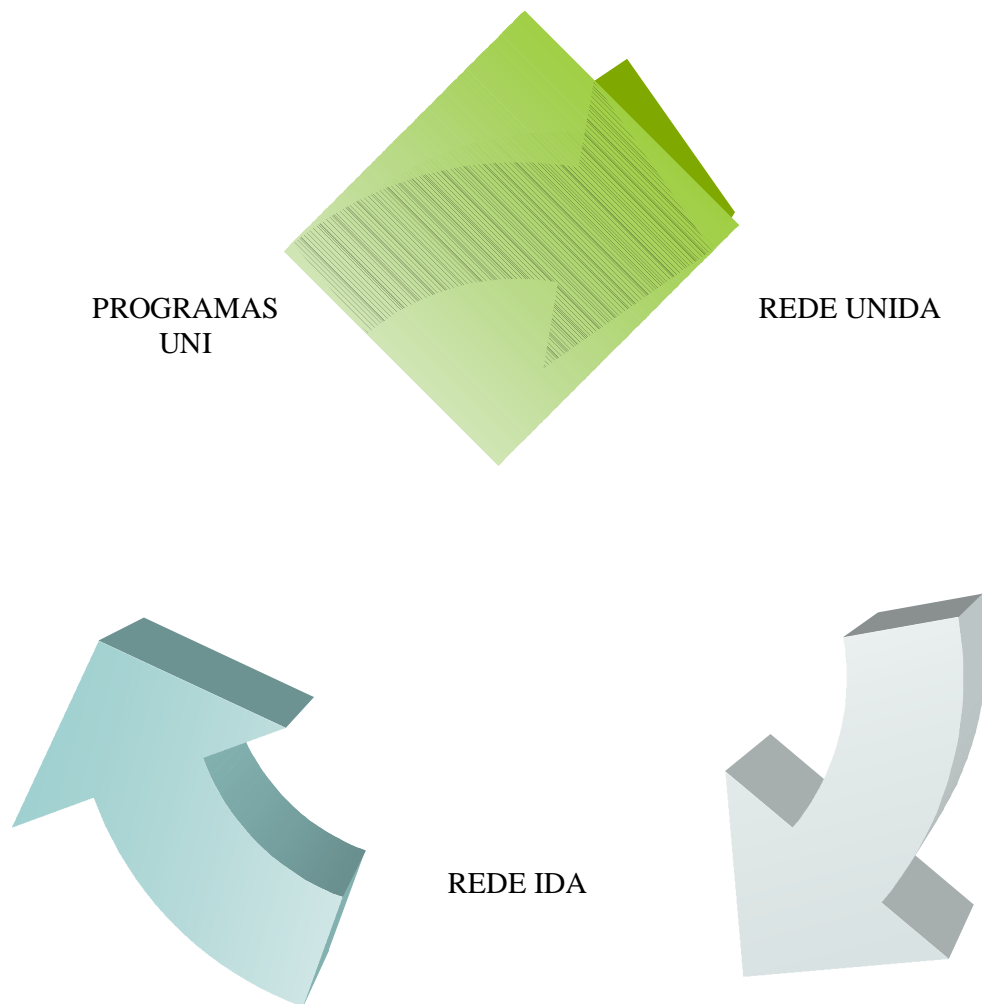
Sendo a rede um espaço que aposta na coexistência das mais distintas individualidades e interesses, bem como instituições, sem nisto vislumbrar um obstáculo para o diálogo e as negociações, um ponto que desponta como merecedor de destaque é a troca de informações. Esta troca de informações, não só para a Rede Unida, mas qualquer outra constituição em rede, não deverá limitar-se a mera prática do acúmulo e melhoria das informações existentes. A sua função deverá traduzir-se em ações concretas que favoreçam as mudanças pela reflexão e criticidade de que podem dotar-se os sujeitos que movimentam a rede, e a ela conferem legitimidade pelas alterações que estabelece.

Para cumprir com este papel de promotora ou indutora de mudanças, “as redes não precisam estabelecer um consenso de princípio e valores que seja único para todas as partes que a constituem, e sim desenvolver a capacidade de trabalhar progressivamente os interesses, valores e propósitos das diversas partes que a integram” (p.104)¹³.

A Rede Unida, além de trazer a importante perspectiva do trabalho em rede, esteve entre os grandes responsáveis pela estruturação e difusão das Novas Diretrizes Curriculares

Nacionais para a área da saúde (DCN). Tais diretrizes estabelecem, para cada curso, um projeto político pedagógico com vistas a conformação de perfis para uma atuação qualificada em saúde.

Diagrama da Rede Unida



1.5. AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE

Em relação à organização curricular, as DCNs, de modo coerente com a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei Nº. 9394, de 20 de dezembro de 1996) apontam estratégias que potencializam a construção de um currículo integrado. Nesse sentido, pode-se observar a indicação de que: o projeto político pedagógico seja construído coletivamente; a interdisciplinaridade conforme o processo ensino-aprendizagem; haja valorização das dimensões éticas e humanísticas; a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço; haja diversificação de cenários; a gestão desenvolva um sistema de co-responsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos; e a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais¹.

As inovações apontadas pelas DCNs requerem uma postura aberta à construção coletiva na qual o professor não é a única fonte de informação. É preciso estabelecer uma relação mais horizontalizada com estudantes e gestores, embora com distintos papéis e responsabilidades; a desconcentração e distribuição de poder do corpo docente em relação aos estudantes, aos professores de outras áreas e aos profissionais dos serviços envolvidos nas atividades de ensino-aprendizagem tem que existir. Tudo isto implica comprometimento e proteção de espaços para reflexão e educação permanente dos educadores; pressupõe uma participação ativa no desenvolvimento curricular, num sistema de co-gestão. Requer, ainda, a ressignificação da avaliação que assume um caráter predominantemente formativo e voltado à aprendizagem¹.

As Diretrizes Curriculares vêm de encontro ao modelo pedagógico baseado nos currículos mínimos cuja formulação apresenta-se por meio das grades curriculares. Essas grades são conseqüência da fragmentação e excessivo detalhamento dos conteúdos disciplinares, caracterizadas por uma quase insuperável rigidez. Já o currículo mínimo, sem o devido equilíbrio entre teoria e prática e desprovido de flexibilidade, não consegue dar o retorno esperado as demandas sociais e às suas especificidades, a depender da região em que tenham origem, bem como incorporam, inadequadamente, o grande volume de novos conhecimentos e tecnologias¹⁴.

O ensino, desse modo, compartimentado em disciplinas, tende a formar profissionais com uma visão segmentada em relação ao paciente não permitindo ver o usuário dos serviços em sua integralidade. O olhar desse profissional é centrado na doença, o que “não os capacita para atuarem como promotores da saúde integral do ser humano”¹⁴.

A formação em saúde deve primar pela educação permanente e estimular a auto – aprendizagem, ensejando a cada indivíduo a oportunidade de adotar uma conduta profissional-ético-humanística responsável¹⁴. De acordo com essa premissa, a Rede Unida, pelo parecer do CES/CNE N° 583/01, preconiza e incorpora aspectos fundamentais às áreas de conhecimento que integram a saúde. Tais aspectos estão nas propostas de Diretrizes dos Cursos de Graduação da Área da Saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino. Os aspectos são: perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso e acompanhamento e avaliação¹⁴. Após inclusão desses aspectos, as propostas foram apresentadas em audiência pública, ocorrida em Brasília, em 26 de junho de 2001, aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró – Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino da SESu/MEC e outras Entidades Organizadas da Sociedade Civil¹⁴.

A apresentação dessas propostas a este público diverso correspondeu à necessidade de promover uma construção coletiva com estabelecimento de princípios decorrentes da articulação e debate entre as instituições formadoras e os serviços. À esta necessidade aliou-se o exercício de não enfatizar, exclusivamente, o diagnóstico e o tratamento. Como resultado, foram definidos 8 (oito) princípios para as diretrizes curriculares, a saber:

1. Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
2. Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino – aprendizagem que comporão os currículos, evitando-se ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. Com base neste princípio, admitiu-se a definição de percentuais de cargas horárias para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
3. Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
4. Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;

5. Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno;
6. Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
7. Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
8. Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino – aprendizagem.

Para além destes princípios, as Diretrizes Curriculares contribuem com a reflexão acerca do papel do professor e postura do estudante. Respectivamente, o 1º, considerando a adoção de metodologias ativas que estimulem o estudante a responsabilizar-se por seu aprendizado, passa a assumir a condição de facilitador ou mediador de aprendizagem. O 2º, pertencente a um modelo pedagógico aluno-centrado, irá constituir-se em sujeito de aprendizagem, a partir do desenvolvimento como profissional baseado nas competências, em evidências científicas, na solução dos problemas e voltado para a comunidade¹⁴.

Ainda assim, mesmo com a implementação das Diretrizes Curriculares, as alterações e melhorias no campo da educação fazem-se acompanhar pela valorização dos profissionais da saúde, que auxiliam e supervisionam as práticas e os estágios nas unidades, e do próprio Sistema Único. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, ao resgatar a importância do trabalho e a necessidade de valorização dos profissionais, traça caminhos para o estabelecimento de melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde, bem como valorização destes.

1.6. NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS (NOB/RH – SUS)

Em se tratando da integração entre a educação e o trabalho na saúde, os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS assumem um papel de primordial importância. Este documento “constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada para a consolidação do Sistema Único de Saúde, recolocando a

importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor Saúde” (p.9)¹⁵.

A NOB/RH – SUS centra-se na gestão do trabalho e no necessário investimento nos Recursos Humanos. Parte da compreensão de que são eles o eixo estruturante dos serviços de saúde ao darem viabilidade aos projetos e ações através da implementação destes, por suas atuações no cotidiano do trabalho.

Como assinala a NOB, investir nos recursos humanos, em saúde, tornou-se sinônimo de êxito nas ações voltadas para a melhoria dos serviços ofertados à população. É sabido, que no setor saúde, o avanço tecnológico e o emprego da alta tecnologia não substituem a atuação de um profissional de saúde na função de atendimento aos usuários¹⁵.

Trabalhadores que se encontram satisfeitos com o seu processo de trabalho e o resultado que dele advém são os verdadeiros alicerces para o avanço e efetividade do sistema. Tendo essa assertiva por base é que os princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS elegeram como finalidade precípua o estabelecimento de parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS.

O grande desafio é superar as grandes distorções existentes na esfera do trabalho em saúde em meio a um contexto calcado em reformas vividas pelo Estado. Dentro destas reformas, a priorização da questão dos Recursos Humanos não foi colocada como pauta indispensável com vistas à implementação de uma Política de Recursos Humanos para o SUS.

Por isso, a preocupação dos elaboradores desta NOB consistia na transparência do seu processo de construção. Além disso, era preciso garantir a participação da sociedade com caráter democrático, com discussões e negociações que levassem à conformação de uma política de RH, pactuada e dotada de conteúdos, verdadeiramente, operacionalizáveis¹⁵.

Esta política precisava dar respostas aos problemas relacionados a gestão do sistema que impactavam fortemente as ações de saúde, bem como a qualidade das mesmas. Dentre os problemas citados destacam-se (p. 15-16)¹⁵:

1. “Encontram-se, no mesmo local de trabalho dos serviços públicos de saúde, servidores das diferentes instâncias de governo (e de diferentes órgãos), de uma ou várias instituições da administração indireta (autarquias, institutos e fundações) e, terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantarem as Ações Integrais de Saúde (AIS)”;
2. “Trabalhadores recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados”;
3. “Não implementação do Regime Jurídico Único”;

4. “Contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como, os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, entre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos e da contratação por tempo determinado (instituída para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público), em situações comuns, fora das condições e prazos definidos por lei”;
5. “Contratação de estagiários como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de inferior remuneração do trabalho, pelas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde”.

Ao realizar o levantamento dos problemas que entravam a gestão do trabalho em saúde, a NOB/RH – SUS, em sua fundamentação, aponta a formação de recursos humanos como “peça fundamental para a elaboração da política nacional de RH”¹⁵. Cabendo ao SUS a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde¹⁶, conforme Artigo 200, Inciso III, da Constituição Federal de 1988, a União, os Estados e o Distrito Federal estão obrigados a manterem escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores, constituindo-se, a participação nos cursos, um dos requisitos para a promoção na carreira.

Desse modo, percebe-se a intencionalidade em levar os entes federados a participarem da formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. A própria Constituição assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais sejam objeto de discussão e deliberação, sendo obrigatória a participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho¹⁵.

A lei garante, desse modo, que a política de recursos humanos seja feita de forma articulada e com participação dos gestores e trabalhadores na sua elaboração e execução.

Mesmo centrada no componente trabalho, a NOB/RH – SUS traz a educação como pilar para uma Política de Recursos Humanos expresso em 2 (dois) dos seus 21 (vinte e um) conceitos básicos. São eles (p. 28-29)¹⁵:

1. **Formação Profissional** – “é o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inserí-lo nos setores profissionais”;
2. **Educação Permanente ou Continuada** – “constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”.

Ainda sobre a educação e a formação profissional em saúde, na NOB/RH – SUS, em seus princípios e diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS, há a defesa pela qualidade da atenção à saúde com formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva.

A exigência por novos perfis profissionais estende-se à obrigatoriedade do comprometimento das instituições de ensino, em todos os níveis, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis Nº. 8080/90 e Nº. 8142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Esta formação deverá ocorrer, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino¹⁵.

Neste item estão as atribuições e responsabilidades dos gestores de saúde municipais, estaduais e federal e do Ministério da Educação sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS, assim como as atribuições e competências das três esferas de gestão do sistema para com a educação permanente potencializando a integração entre a educação e o trabalho alicerçados à regulação.

A NOB/RH – SUS também apresenta os princípios e diretrizes para a Política de Saúde Ocupacional para Trabalhador do SUS e para o Controle Social da Gestão do Trabalho no

SUS. Junto a esta construção coletiva na esfera do trabalho em saúde, a educação, também em saúde, institui os seus processos de transformação com vistas à mudança curricular e adequação dos perfis profissionais às necessidades do SUS.

1.7. PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE NO BRASIL

Em 1991, no Brasil, a categoria médica toma uma iniciativa ao criar a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Essa comissão era composta por entidades ligadas ao ensino e a prática médicos. Surge em resposta a proposta de instituição de um exame para a categoria médica, com o intuito de “avaliar os recém-formados, cujo resultado lhes permitiria ou não o exercício profissional” (p. 53)¹⁷.

Havia uma crise no modelo de educação médica que guardava estreita relação com a situação social e sanitária apresentada. Entretanto, as entidades que compuseram o CINAEM não viam esta avaliação como alternativa para a superação dessa crise. Por isso, o CINAEM aplicou um questionário com questões que tratavam de aspectos como a estrutura política e econômico-administrativa das escolas, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e médico formando.

O questionário, além de confirmar a crise no modelo de educação médica, permitiu definir três variáveis para estudos a serem desenvolvidos nas próximas etapas do Projeto CINAEM. Eram eles: recursos humanos, modelo pedagógico e médico formando¹⁷.

É relevante dizer que para a avaliação do modelo pedagógico adotado pelas escolas, o CINAEM propôs a estruturação de Grupos Gestores Locais com participação dos discentes, docentes, funcionários, entidades médicas e conselhos de saúde. As direções de cada escola deveriam estar envolvidas.

Com o objetivo de superar a crise no modelo de ensino médico e implementar as mudanças necessárias, foi decidido que os alunos “trabalhariam em pequenos grupos sob a orientação de um tutor, estudando nos seis primeiros meses a dimensão psíquica e nos seis meses seguintes a dimensão social. A observação das necessidades relacionadas a essas duas dimensões se daria com a participação dos estudantes no atendimento de usuários; essas necessidades se constituiriam em objeto de pesquisa e reflexão” (p. 55)¹⁷. Nessa perspectiva, os campos de estágio seriam as unidades básicas de saúde. A aproximação com a comunidade favoreceria a compreensão dos problemas coletivos. Os estudantes seriam inseridos nestes campos desde os primeiros períodos da formação.

Pode-se concluir que a medicina foi a primeira categoria profissional de saúde a adotar e implementar práticas de integração ensino-serviço. Seguindo os moldes do projeto CINAEM, em 2002 foi instituído o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED). O programa teve como objetivos reorientar os produtos da escola médica com ênfase nos modelos de atenção, especialmente a atenção básica, integração com os gestores do SUS e, a partir daí, construção de novos cenários de ensino-aprendizagem e introdução de novas metodologias pedagógicas. A constatação de alguns aspectos positivos com sua implantação contribuiu para o surgimento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) no final de 2005.

Inspirado no Promed, o Pró-Saúde abrangia também as escolas de enfermagem e odontologia, tendo objetivos muito similares àqueles do Programa de Incentivo às Mudanças na Escola Médica. Em 2007 foi aprovada a ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões de saúde, visando à reorientação da formação destes profissionais e reforçando a integração ensino-serviço, o que sem dúvida, representou um avanço significativo¹.

1.7.1. PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (PRÓ – SAÚDE)

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi lançado em novembro de 2005 pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e pelo Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)¹⁸. Centrado na articulação entre a educação e o trabalho, o Programa tem por finalidade primordial “incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população” (p.5)¹⁸ pautada em uma abordagem integral do binômio saúde – doença.

O Pró – Saúde propõe a inserção dos estudantes dos cursos de saúde nos serviços desde os primeiros períodos ou semestres, considerando que a aproximação com cenários reais de práticas, como a Rede SUS, e em específico na Atenção Básica, permitirá integrar o ensino e o serviço. Para tanto, os Ministérios da Educação e da Saúde assumiram a responsabilidade em apoiar técnica e financeiramente os cursos que pretendessem passar por processos de mudança e que viessem, com esta iniciativa, a atender aos princípios do SUS e necessidades da comunidade usuária.

O interesse dos cursos de saúde deveria estar pautado na adequação a aspectos como “o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social” (p.5)¹⁸.

Como consequência, espera-se que os perfis profissionais forjados por este programa em parceria com as instituições formadoras e os serviços, sejam críticos e reflexivos e dotados de habilidades e atitudes que os possibilitem atuar em um sistema que se propõe a ser qualificado e integrado¹⁸.

Defensor de um conceito ampliado para a saúde, no Edital de 2007, o Programa, após análise realizada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), teve por recomendação a ampliação para as demais profissões da saúde, não mais restringindo-se aos cursos de medicina, enfermagem e odontologia.

O Pró – Saúde, para melhor operacionalizar a integração ensino-serviço, tem por objetivos (p. 13 – 14)¹⁸:

1. “Reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS”;
2. “Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à responsabilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente”;
3. “Incorporar, no processo de formação da área da saúde, a abordagem integral do processo saúde – doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência”;
4. “Ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS”.

Desse modo, constata-se que o eixo central do programa encontra-se na reorientação da formação, na aproximação das Instituições de Ensino Superior aos serviços públicos de saúde, na produção do conhecimento e prestação dos serviços, tendo sempre em vista o fortalecimento do SUS.

ESTRATÉGIA DO PROGRAMA

Subdividido em eixos, o Pró – Saúde pretende demonstrar que a ênfase na Atenção Básica não a dissocia do desenvolvimento científico e tecnológico, pelo simples fato de ser esta, a porta de entrada no sistema.

Contemplar a questão da promoção da saúde e prevenção de agravos sem a fragmentação costumeira entre elas e o contexto social, pela interdisciplinaridade e abandono gradativo de uma formação com cunho curativo, hospitalocêntrico, focada na doença e desarticulada do sistema público vigente é uma meta a ser atingida por meio do desenvolvimento do programa através dos eixos relacionados no Quadro 1.

Quadro 1 - Eixos Norteadores para a Operacionalização do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)

Eixo A – Orientação Teórica	Eixo B – Cenários de Prática	Eixo C – Orientação Pedagógico
Determinantes de saúde e doença	Integração ensino –serviço	Integração básico – clínica
Pesquisa ajustada à realidade local	Utilização dos diversos níveis de atenção	Análise crítica dos serviços
Educação Permanente	Integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde	Aprendizagem ativa

Fonte: Cartilha do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, 2007.

O Eixo A destaca os aspectos relativos aos determinantes de saúde e à determinação biológico – social da doença. Pautados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica do processo saúde – doença, estes aspectos precisam permanecer em articulação com a oferta de Educação Permanente para suprir as necessidades assistenciais, consoantes as carências de profissionais qualificados para o SUS.

O Eixo B preconiza que os cenários de prática, para formação profissional, devem ser diversificados e aglutinadores de equipamentos educacionais e comunitários, para além dos equipamentos de saúde. Este eixo favorece uma maior aproximação entre os estudantes e a

realidade dos serviços. A aproximação os incentiva a tornarem-se sujeitos da resolução das problemáticas reais, levando-os a assumir maior autonomia e responsabilidade frente às mais diferenciadas situações pertinentes ao cotidiano do trabalho em saúde.

Por fim, o Eixo C traz como conceito – chave para o modelo pedagógico adotado a ação – reflexão – ação. “A problematização orientará a busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva” (p. 23)¹⁸.

Em suma, os projetos propostos pelas instituições formadoras ao programa deverão articular esses três eixos com vistas a garantia da aproximação do ensino com a atenção básica e aplicabilidade das diversas competências geradas na universidade.

Para auxiliar a Atenção Básica e fortalecê-la como lócus privilegiado de pesquisa, os Ministérios da Educação e da Saúde lançam o Edital 2008 para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet – Saúde) com claro objetivo de fortalecer o Pró – Saúde, bem como as mudanças que sua implementação vem promovendo.

1.7.2. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET – SAÚDE)

O Programa da Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet – Saúde) pode ser caracterizado, conforme Portaria Nº. 1.111/GM de 05 de julho de 2005¹⁹, como um instrumento para a viabilização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde.

O Pet – Saúde tem como objetivos prioritários¹⁹:

1. “Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais”;
2. “Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e políticas de saúde do País”;

3. “Sensibilizar e preparar estudantes e profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira em todo o território nacional”;
4. “Induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de prover a atenção em saúde com qualidade em todo o território nacional”; e
5. “Contribuir para a universalidade e a equidade no acesso à atenção à saúde”.

A preocupação com o território e atendimento às necessidades regionais é expressa pela exigência relacionada a realização das práticas educativas nas localidades em que se encontram as populações que demandam atendimento nos respectivos espaços de trabalho do SUS. O Pet – Saúde centra-se nos grupos de aprendizagem tutorial voltados, especificamente, para a Estratégia de Saúde da Família. Busca-se o fortalecimento da Atenção Básica e o fomento da pesquisa.

No intuito de incentivar o entrosamento entre a gestão, o ensino, o serviço e os estudantes o programa propôs a elaboração e apresentação dos projetos de forma conjunta pelas instituições de ensino superior e secretarias municipais, com a assinatura de seus dirigentes promovendo assim o compromisso destes para com a implementação das propostas. Os projetos devem considerar²⁰:

1. “Existência de integração ensino-serviço-pesquisa, com ênfase na Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família”;
2. “Alunos da graduação com atividades curriculares regulares nas Unidades de Saúde da Família”;
3. “Tutores acadêmicos e preceptores do serviço com dedicação às atividades com alunos de, no mínimo, 8 (oito) horas semanais, sem detrimento de suas atividades didáticas e assistenciais”;
4. “Constituição dos Núcleos de Excelência Clínica aplicada à Atenção Básica, na área de Medicina de Família e Comunidade e nas áreas das demais profissões para as quais a IES estiver se candidatando. É condição para a continuidade do financiamento das bolsas que as IES instituam e mantenham os Núcleos, como contrapartida ao Programa”.

Outro fator digno de nota refere-se aos Núcleos de Excelência Clínica. Estes núcleos tem por finalidade precípua coordenar, desenvolver, incentivar e produzir pesquisas voltadas

para a qualificação da Atenção Básica. Para tanto, deverá inserir alunos na rede de atenção básica, produzir projetos de mudanças curriculares que favoreçam essa inserção, capacitar os preceptores dos serviços vinculados a Estratégia de Saúde da Família e os tutores acadêmicos vinculados a universidade para orientação docente de ensino e pesquisa voltada para a Atenção Básica.

O programa ainda evidencia a sua estreita relação com o Pró – Saúde quando também aposta na parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, através das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Educação Superior, e ao definir como um dos seus critérios preferenciais de seleção que os projetos apresentem estratégias de articulação com o Pró-Saúde, por meio de suas Comissões Gestoras Locais (CGL), nos municípios onde este programa se encontra em execução²⁰.

O Pet-Saúde, bem como os outros programas mencionados, evidencia a importância e necessidade de aproximação entre as esferas da saúde e da educação. O ordenamento da formação graduada em saúde não poderá ocorrer de forma plena se não for por este caminho.

1.8. UMA APROXIMAÇÃO INDISPENSÁVEL: SETOR SAÚDE E EDUCAÇÃO

As relações na área da saúde, subsidiadas pela busca da efetividade na oferta dos serviços e qualificação técnico-política dos trabalhadores, permitiram identificar a formação como um dos grandes pilares para a implementação da mudança pretendida.

Não compreendendo a educação dos profissionais como uma subárea da grande área da saúde, este setor atribuiu à transformação na gestão administrativa a responsabilidade em induzir as mudanças na formação por meio de treinamentos, construindo e legitimando a idéia de que à educação cabe a mera transmissão de conhecimentos, em consonância com os avanços científicos e tecnológicos.

Por outro lado, a educação, como campo do conhecimento, não criou condições reais para uma reforma do ensino em saúde que a ela conferisse entendimento acerca dos objetivos a serem atingidos pela reforma sanitária e conseqüente respaldo intelectual.

Tendo maiores acúmulos na educação infantil, básica, especial, matemática e em ciências e raciocínio experimental, o ensino, com uma pedagogia da educação universitária ainda incipiente, denuncia a ausência de uma centralidade na educação em saúde²¹.

A educação e o ensino na saúde são concebidos como “Pedagogia Médica, Ciências Biomédicas ou Ciências Médicas e Saúde” (p. 10)²¹. Essas nomenclaturas evidenciam que as práticas educacionais voltadas à saúde têm foco na área médica e conduzem o processo de

ensino-aprendizagem tendo em vista a medicalização na racionalidade científica e no pensamento racional moderno.

Entretanto, a Rede IDA, os Projetos UNI, a Rede Unida, as Diretrizes Curriculares Nacionais e a NOB/RH – SUS trouxeram em contraposição à hegemonia na formação em saúde estabelecida pelo Relatório Flexner, uma reforma sanitária que garante acesso universal, integralidade da atenção e participação popular.

Mas, apesar dessas iniciativas “as instituições formadoras têm perpetuado modelos os mais conservadores, centrados na fisiopatologia ou na anátomo-clínica, dependentes de procedimentos e de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico e limitados à exposição às aprendizagens do hospital universitário” (p. 3)²². Os serviços, por outro lado, não conseguem centrar a sua prática no usuário, contribuindo para a “autonomia e capacidade de intervenção deste sobre sua própria vida” (p. 3)²².

Para então integrar as grandes áreas da saúde e da educação esforços de ambas são representados, respectivamente, pelo acúmulo intelectual produzido com a Saúde Coletiva e formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais, estas últimas, fruto de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação (CNE) com as associações de ensino dos profissionais de saúde e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)²¹.

Dentre esses movimentos destaca-se, em 2003, a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde cuja composição, em dois departamentos (Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e Gestão da Educação na Saúde) visa atender a premissa constitucional de que cabe ao setor saúde ordenar a formação dos profissionais da área.

Em 2004, com a criação no Ministério da Educação do Departamento de Residências e Projetos Especiais na Saúde, na Secretaria de Educação Superior, as residências de saúde, mesmo não sendo objeto deste estudo, que circunscreve-se a integração educação-trabalho na graduação, serão aqui mencionadas como única diferenciação dentro de uma subárea, a de ensino da saúde, existente na Educação Superior²¹.

Apesar da alteração na estrutura do MEC, em 2007, substituindo o conceito de departamento por Diretoria de Hospitais Universitários e Residências de Saúde, os hospitais passam a ser vistos “como privilégio do ensino universitário e a especialização em área profissional por meio das residências médicas” (p. 11)²¹. Desse modo, independente de ser Diretoria ou Departamento, a concepção flexneriana de educação médica fortaleceu o hospital universitário e a especialização médica como centro do ensino.

Em meio a avanços e distorções, o educar para o trabalho em saúde vem ganhando novos contornos, ao dissociar-se da exclusividade em transferir recursos cognitivos e tecnológicos aos futuros profissionais. Os perfis para a saúde, moldados pela educação, deverão ter clareza sobre o projeto de sociedade requerido para o pleno funcionamento do SUS. O projeto deverá estar pautado na cidadania conquistada em um histórico de lutas vivenciado por um conjunto de atores que para além do cuidado em saúde, vislumbrou o respeito às especificidades das pessoas e, acima de tudo, qualidade de vida.

Ao negar este antecedente de lutas, a estrutura formal de ensino desconstrói e desqualifica a proposta de cidadania construída por sujeitos organizados, levando o processo formativo a configurar-se como um movimento de resistência contra os avanços da cidadania em saúde, posto que esta defende: a saúde como direito de todos e dever do Estado²¹.

Faz-se necessário romper com a lógica vigente que se vale de um imaginário em saúde como prestação de serviços de alta tecnologia, com o processo saúde-doença considerado em um único aspecto (o biológico), com o hospital como centro e exclusivo no cuidado de qualidade em saúde, com o emprego público visto como possibilidade de sobrevivência e práticas coletivas, reservando à esfera privada o atendimento individual e de extremada utilização dos incrementos tecnológicos para diagnóstico e terapia.

Educação e Trabalho não são impulsionados pelos mesmos estímulos. A educação é movida pelo aspecto científico-acadêmico anulando as conquistas dos profissionais no processo de trabalho em saúde. Já o trabalho visa a gestão, condução de processos e monitoramento das ações. Sendo assim, permite-se mover pela identificação com o fazer deixando de lado a formulação intelectual da educação e do ensino em saúde.

Para Merhy, é preciso atentar para o fato de que não há uma separação dos termos quando se diz educação em saúde e trabalho em saúde. “Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo)” (p. 172)²³.

Sobre a educação e os processos formativos, Merhy aponta a educação permanente como um dispositivo que faculte ao profissional de saúde e ao estudante “produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho” (p. 173)²³.

As experiências de integração da educação e do trabalho permitem entender que não basta alterar currículos, introduzir referenciais teóricos e outros meios se não houver outro

estímulo que promova uma ação. Desse modo, “uma educação e ensino da saúde transformada não acontece se não se estabelecer conexão (alma, aura, atmosfera, prática discursiva, impulso, liga, afeição) entre docentes e estudantes” (p. 16)²¹.

É a este desafio, de integrar a educação e o trabalho, que a rede, objeto de estudo deste trabalho, se propõe.

CAPÍTULO 2 – REDES

2.1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Em 2008, no Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia, surgiu a Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde (RIETS). Com o objetivo de reorientar a formação graduada em saúde no Estado reuniu em torno dele os gestores das unidades de saúde, coordenadores de recursos humanos e dos núcleos de educação permanente, profissionais de saúde que atuam como preceptores/supervisores de estágio, diretores das universidades públicas e privadas, coordenadores, professores e estudantes dos cursos de saúde.

A idéia de trabalhar em rede foi sugerida e apresentada pelos trabalhadores da Escola Estadual de Saúde Pública, em maio de 2008, na VI Oficina de Educação Permanente. Com o tema “Construindo a Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde”, esta oficina foi responsável pela implementação da proposta de conformação de uma rede. Dentro desta oficina foram apresentados os aportes conceituais, que sustentam a proposta, e em seguida realizados trabalhos em grupo.

Nesses grupos, a partir de questões norteadoras, foram aprofundados aspectos importantes sobre a inserção das unidades prestadoras de serviços na rede, considerando a compreensão destas como co-responsáveis pela reorientação da formação dos profissionais de saúde, especificamente, os de nível superior. Os grupos possibilitaram identificar os principais pontos para discussão dentro da rede e busca por soluções através das relações que se estabeleceriam a partir dela. Os principais pontos levantados foram: a preceptoria, a educação permanente em saúde, a regulamentação dos estágios, a caracterização dos campos de práticas e estágios e a negociação de contrapartidas, as estratégias de comunicação da rede e a importância da manutenção dos encontros (oficinas e seminários).

Da VI Oficina participaram apenas as unidades de saúde da Rede Estadual. Havia a compreensão de que antes de serem inseridas as universidades, a rede precisava estar pronta para o diálogo entre elas e o serviço. A ausência, ou não aplicabilidade, de instrumentos normativos privilegiava as universidades no uso dos campos de prática e estágios. Sem regulamentação a ser seguida, os serviços eram utilizados de qualquer modo, sem nenhuma oferta de contrapartida para as unidades.

As relações de apadrinhamento e de cunho político estabeleceram uma lógica de barganha dentro das unidades de saúde estaduais. Os campos eram concedidos ou pelos gestores das unidades para filhos de amigos ou de quem detinha algum poder (econômico,

político, etc.) ou pelos profissionais interessados na remuneração pela sua atividade como preceptores. A troca de favores, que ainda não deixou de existir, apoiou por muitos anos esse tipo de ocupação dos campos pelos estudantes, contrariando o compromisso de ordenar a formação para o SUS.

É importante salientar que na VII Oficina, também em 2008, os núcleos de educação permanente apareceram como umas das pautas prioritárias para a Rede de Integração. A posteriori, em 12 de agosto de 2008, ocorreu o 1º Seminário Estadual do Pró-Saúde Bahia. A partir dele, as universidades foram, de fato, incluídas na Rede. O diálogo, não sem dificuldades, vem se estabelecendo entre elas e os serviços.

Com vistas a analisar o potencial da Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde é que este capítulo irá levantar algumas características próprias das redes em geral. Para tanto, os aspectos intrínsecos a perspectiva do trabalho em rede foram apontados nesse capítulo com base nos estudos e análises realizados pelos autores Fleury e Ouverney no livro *Gestão de Redes*.

Para complementar o tema, bem como contemplar outras de suas características, a micropolítica do processo de trabalho, no interior das redes, teve nas reflexões feitas por Merhy e Franco o seu aporte teórico. A própria Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde, através de uma das suas produções teóricas, “A Integração da Educação e Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA”, também contribuiu com a construção desse capítulo ao identificar as potencialidades e fragilidades da RIETS, objeto desse estudo, embasando, inclusive, a análise dos resultados dessa pesquisa, como descrito no Capítulo III, sobre a metodologia.

2.2. O SURGIMENTO DAS REDES NO BRASIL

As redes, na sociedade brasileira, surgem em resposta ao contexto que se afirmava na América Latina. Contexto este caracterizado pelo processo de democratização com forte e demarcado apoio das organizações sociais, bem como pelo fomento à busca pela consciência cidadã e por uma maior participação nos processos de gestão das políticas públicas²⁴.

Além do processo de democratização, outros elementos como a complexidade dos processos administrativos, a impossibilidade de controlar a velocidade das mudanças e o

desenvolvimento tecnológico das comunicações, permitindo interações virtuais em tempo real, também contribuíram para a existência das redes.

“Convém lembrar que o termo rede se aplica também a muitos outros campos de interesse além da seara científica, independentemente do meio de comunicação empregado usualmente por seus integrantes, inscrevendo-se nessa lista as redes de desenvolvimento de tecnologia, de produção industrial, de trabalhadores, de serviços educacionais e de saúde, de cultura, de áreas governamentais, de partidos políticos e de grupos criminosos” (p.3)²⁵.

Estabelecer uma rede e, principalmente, mantê-la, dependerá da capacidade de seus componentes, nas diferentes situações que irão surgir, em negociar e gerar consensos, estabelecer regras de atuação, distribuir recursos, construir mecanismos decisórios coletivos, estabelecer prioridades e acompanhar as ações.

Tal exercício é fruto da multiplicidade e diversidade dos atores sociais com poder político (considerando que decidem, controlam ou executam ações públicas) dentro da rede. Estes atores conformam uma sociedade policêntrica, na qual diferentes grupos se articulam provocando alterações ou rompendo com as relações estritamente verticais e burocratizantes entre o Estado e a sociedade (regulação e subordinação), ensejando o surgimento de relações horizontais e que priorizam a diversidade e o diálogo.

Sendo assim, o que se presencia atualmente é a edificação de estruturas policêntricas com notório deslocamento do nível central de governo para o local, bem como do Estado para a sociedade. A descentralização e organização da sociedade civil propiciam a formação de novas formas de gestão compartilhada das políticas públicas. Dentro disso, as redes e a compreensão sobre elas são de fundamental importância. Partir das conceituações existentes faz-se necessário e é imprescindível.

2.3.O QUE SÃO REDES?

Segundo Fleury e Ouverney, a depender do ramo do conhecimento a rede assume diversas conceituações e características. Seguem alguns deles (p. 15-16)²⁴:

1. **Psicologia Social** – “universo relacional de um indivíduo, ou seja, o conjunto de relações e estruturas de apoio socioafetivo de cada um. São características estruturais das redes, segundo aquela disciplina, o tamanho, a densidade, a composição (distribuição), a dispersão, a homogeneidade/heterogeneidade e os tipos de funções por elas exercidas”;

2. **Sociologia (redes de movimentos sociais)** – “novas formas de coordenação intermediária decorrentes do processo de diferenciação funcional dos subsistemas ou, ainda, novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”;

3. **Autonomia** – “combinação de pessoas, tecnologia e conhecimento que substituiu a corporação hierarquizada do modelo fordista, baseado em trabalho, capital e gerenciamento”;

4. **Gestão Intergovernamental** – “tópico oriundo da junção das disciplinas de política e administração, ou como um modelo estratégico de gestão de políticas ou, ainda, como um novo modelo de governança que envolve os níveis local e global”;

5. **Construtivismo Social** – “é através da interação dos participantes na rede de políticas que as impressões e experiências ganham significado, para além dos interesses egoístas individuais. Nesse caso, a ênfase deixa de ser na perseguição dos objetivos comuns para recair sobre o processo comunicacional por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas”.

Dentre as conceituações e características aqui apresentadas (outras inúmeras existem) pode-se destacar aspectos por elas trazidos como a heterogeneidade, a cooperação, a tecnologia da informação, a substituição de uma relação hierarquizada por uma mais horizontal, a governança, a partilha e busca por objetivos comuns.

Constata-se, desse modo, que as redes facultam aos seus integrantes permanentes oportunidades de diálogo e negociação. Podem também ocorrer transformações dos objetivos iniciais da rede, em sua fase de implementação, não mais condizentes quando confrontados com uma dada prática ou realidade. Estes objetivos irão sofrer alterações, proporcionais em quantidade, a depender das variações dos interesses dos indivíduos, da natureza dos grupos, da interdependência vertical entre os membros, da interdependência horizontal com outras redes e a distribuição de recursos entre os atores²⁴.

Os recursos, para a rede, não restringem-se ao aspecto financeiro. Eles podem ser legais, ao envolverem a distribuição formal de funções e competências entre os níveis de governo; políticos, referentes às estratégias, aos interesses e ao setor de atuação dos participantes; organizacionais, relacionados à disponibilidade de expertise, pessoal, espaço físico e equipamentos e, claro, financeiros, envolvendo a disponibilidade de fundos para a rede.

Para além desses aspectos, outras abordagens teóricas sobre as redes trazem as pessoas e os vínculos como elementos primordiais para a criação destas. Ao defender que só as pessoas são capazes de se conectarem e criar vínculos entre si, ao contrário dos cargos e das instituições, Rovere assume a visão da Psicologia Social. Esta última, ao lado da Sociologia Relacional, considera os vínculos como inerentes à condição humana.

Rovere, então, construiu, a partir de 5 (cinco) níveis, parâmetros que permitem reconhecer em que estágio a rede, em sua fase de implementação, se encontra. Para melhor ilustrar esses níveis, segue o Quadro 2 utilizado por Rovere para reconhecimento do processo de formação de redes (p. 20)²⁴.

Quadro 2 – Níveis de Reconhecimento na Formação de Redes

Nível	Ações	Valor
5. Associar-se	Compartilhar objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades e projetos	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecimento do que o outro é ou faz	Interesse
1. Reconhecer	Reconhecer que o outro existe	Aceitação

Fonte: Fleury, Ouverney, 2007:20 a partir do modelo construído por Rovere em 1998.

O 1º nível, do reconhecimento, é identificado quando se reconhece a existência e importância do outro que passa a ser visto como um interlocutor. O 2º nível, do conhecimento, parte do interesse em conhecer o outro e saber o que ele faz. O 3º nível, da colaboração, é atingido quando os sujeitos prestam ajuda e são ajudados pelos outros, porém, de modo esporádico. O 4º nível, da cooperação, ocorre quando são identificados problemas comuns e estratégias de superação e soluções são encontradas e aplicadas de forma conjunta e mais sistemática. Por fim, o 5º nível, da associação, identifica-se pelo compartilhamento de

recursos por meio do estabelecimento de acordos ou contratos. Para cada nível, a depender da ação que realize, é atribuído um valor.

É válido ressaltar que é neste tipo de rede, ou seja, aquela que baseia-se e é constituída com foco nas relações sociais que este estudo irá pautar-se. Por essa escolha depreende-se que há uma crença em torno da assertiva que diz: “a estrutura e as posições dos atores na rede influenciam suas ações, preferências, projetos e visões de mundo, assim com o acesso aos distintos recursos de poder” (p.21)²⁴.

2.4. COMO SE FORMAM AS REDES E AS RELAÇÕES SE ESTABELECEM

Retomando o aspecto policêntrico da rede, ou seja, a composição em vários centros ou nós que nada mais são do que as diversas pessoas que a integram, a sua formação acontece quando os sujeitos percebem que podem somar esforços e estratégias para satisfazerem às suas necessidades. O suprimento destas necessidades ocorre quando estes sujeitos, ao agruparem-se em torno de um objetivo comum, dedicam-se a alcança-los através da colaboração, ajuda mútua, solidariedade e confiança, atingindo, por fim, a imagem-objetivo delineada pelo coletivo.

Para tanto, espaços de negociação são criados com vistas ao estabelecimento de consensos e a atenuar os conflitos existentes. É importante ressaltar que a existência das redes não se apóia, exclusivamente, em relações harmônicas. A disputa pelo poder, gestão e domínio dos recursos que permeiam a rede são, por vezes, elementos mais presentes e determinantes na tessitura desta estrutura policêntrica do que, por exemplo, a colaboração e a cooperação.

Reconhecendo que as redes são constituídas por atores, recursos, percepções e regras os mais diversos, conclui-se daí que a gestão destas mesmas redes precisará acontecer de forma compartilhada. Seguindo esta diretriz, não há mais como circunscrever a gestão a uma única estrutura centralizadora cuja função primordial é definir, sem consultas ou devida publicização, as normas a serem seguidas, estabelecendo as regras que irão reger o cotidiano de uma instituição.

Em uma estrutura de rede, a gestão permanecerá, por um período de tempo que não se pode determinar, sob os cuidados de quem possua, em dado momento, os melhores recursos para o enfrentamento de um problema ou desafio. Como exemplo, uma rede na saúde composta por diversos profissionais e unidades de saúde irá a depender da demanda (insuficiência na distribuição dos remédios, contratação de recursos humanos e qualificação dos trabalhadores)

transferir a gestão da rede, respectivamente, aos farmacêuticos, ao setor de Recursos Humanos e às Escolas de Governo. Estes atores poderão gerir a rede isoladamente ou a um só tempo. O que determinará o quantitativo de gestores ou o policentrismo é o proporcional quantitativo de problemas ou demandas.

A interação entre esses sujeitos dependerá do nível de formação em que a rede se encontra, trazendo a tona a necessidade do estabelecimento de regras e normas para a sobrevivência da rede. As normas e regras têm importância fundamental para equilibrarem as relações estabelecidas, evitando que transformem-se em relações sociais predatórias. Para que isto não ocorra, faz-se necessário priorizar as necessidades coletivas que, por sua vez, definem o objetivo comum ou os objetivos comuns a serem perseguidos dentro da rede.

Estas mesmas normas e regras, bem como as relações e os recursos, levam os atores a dependerem uns dos outros, em boa parte do tempo, pela diversidade e experiências/conhecimentos acumulados. A relação é sempre complementar, de colaboração. Cria-se deste modo o que se denomina por interdependência.

Neste estado, de interdependência, “cada organização depende da outra, sem que isso implique relação de subordinação entre elas. Nesse estado, o comportamento de cada parte não pode ser visto isoladamente do das demais, o que aumenta o grau de incerteza para cada uma delas. A coordenação das interdependências deve levar em conta dois aspectos: a coordenação das relações de causa e efeito e de insumo – produto entre as partes, e a necessidade de reduzir a incerteza para todos” (p.30)²⁴.

Por isso, as decisões dentro da rede deverão ser tomadas coletivamente em processos contínuos e estáveis, legitimando a relação de confiança construída ou em construção. Para tanto, estabelecer canais de comunicação entre os membros da rede com vistas à difusão e desenvolvimento de valores e objetivos coletivos é necessário. Assim, consegue-se possibilitar a formação de uma teia de interdependências e o fortalecimento da coordenação interorganizacional, preservando-se o equilíbrio da rede. “Canais informais baseados em relações pessoais entre indivíduos também costumam ser de grande utilidade no desenvolvimento da coordenação” (p.30)²⁴.

2.5. REDES, GESTÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA

Nos anos 90, ao emergir da administração pública um conceito de redes, as fragilidades das abordagens teóricas tradicionais, voltadas às diversas dimensões de atuação

do Estado e à explicação dos padrões de comportamento dos atores envolvidos, foram reveladas.

Diante de um novo cenário, em que os padrões de organização apareceram fortemente marcados pela crescente fragmentação e interdependência dos formatos organizacionais e inter-relacionais, o conceito de redes se apresentou como a abordagem mais promissora. Tal se explica pelo fato da rede fornecer, contrariamente aos paradigmas que o antecederam, as bases teóricas mais apropriadas à descrição e análise de uma conjuntura oriunda da transformação da estrutura do Estado e de suas relações com a sociedade civil²⁴.

“Essa literatura enfatiza as potencialidades singulares das redes como sistemas de coordenação socioeconômica e política, afirmando serem elas o único referencial capaz de responder com eficácia e eficiência aos desafios atuais da administração pública como espaço de construção da democracia” (p.41)²⁴.

A intensificação do misto público-privado, o crescimento e o fortalecimento do 3º setor, a influência e poder de decisão dos organismos internacionais, a redução do Estado, a organização da sociedade civil, a eclosão das organizações não-governamentais, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade não puderam permitir à gestão pública permanecer sustentada em modos hierarquizados, rígidos e burocratizados de gerir.

A centralidade decisória pelo Estado cede espaço à governança. Esta “se deve certamente à retração do Estado, promovida pelas políticas neoliberais das últimas duas décadas, e à evidente incapacidade das enfraquecidas instituições públicas em lidar eficientemente com os crescentes problemas urbanos” (p.138)²⁶.

A governança pode ser definida como ato de governar no qual muitos atores estão envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas. Dentre esses atores, o governo é considerado como mais um deles. A governança pressupõe, sob este prisma, que haja uma gestão compartilhada e interinstitucional que envolve o setor público, o setor produtivo e o terceiro setor²⁶. É o reconhecimento de que o conhecimento e os recursos não estão aprisionados em um único ator ou grupo e sim que transitam pela rede ganhando destaques nos momentos necessários.

Apesar da governança possuir duas versões, em que uma apresenta como objetivo principal o aumento da eficiência e efetividade governamental e outra que defende primordialmente o potencial democrático e emancipatório de novas abordagens de

governança, é importante afirmar que é com a 2ª versão de governança que este estudo se identifica.

Considerando que a governança baseia-se na multiplicidade dos atores, na gestão compartilhada e diversificação dos saberes, pode-se afirmar que a organização em rede é a que melhor atende aos princípios da governança. Sendo assim, para que haja governança faz-se necessário que a gestão ocorra em rede.

Para o setor saúde, dotado de grande complexidade relacional devido às diversas categorias profissionais que o constituem e a centralidade no processo de trabalho médico, as formas tradicionais de gestão perdem a efetividade diante da descoberta da necessidade de impetrar novas formas de gestão, fruto das diferentes alianças (redes que se estabelecem) voltadas ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Na saúde, a relação entre os profissionais, entre os profissionais e os gestores e entre os profissionais e usuários, delineada pelas subjetividades, necessidades individuais, modos de organização do trabalho e do cuidar, organização do controle social e do movimento estudantil ensejam a necessária estruturação de uma gestão baseada em rede.

O reconhecimento da necessidade de configurar a gestão em uma estrutura de rede parte do entendimento ou descoberta de que certos problemas não poderão ser resolvidos, ao menos não facilmente, de forma isolada. Este reconhecimento possibilita entrever as redes como sistemas de centros decisórios subjacentes às políticas públicas, dentro e fora do Estado.

Cada vez menos capaz de elaborar e implementar políticas por uma série de fatores como a globalização financeira, a desterritorialização da produção, a descentralização político-administrativo, a crescente especialização do conhecimento, o desenvolvimento da democracia deliberativa, dentre outros, as redes, ao intermediarem interesses, levam o Estado a determinar estratégias influenciado pela rede ou, como ator independente, fixar metas em consonância com seus objetivos porém instrumentalizado pelos atores e grupos com interesses semelhantes que compõem a rede.

É, mais uma vez, a rede fazendo-se presente e contrapondo as formas hierárquicas de organização da sociedade e os princípios do mercado. Três modelos conferem a governança maior ou menor flexibilidade a depender das relações que se estabelecem entre os atores com maior ou menor grau de dependência, decisão e/ou subordinação. Existindo relação há governança. A qualidade da relação será medida a depender do modelo de governança. Para melhor esclarecer segue o Quadro 3 feito por Lowndes e Skelcher utilizado por Fleury e Ouverney (p.66)²⁴.

Quadro 3 – Modelos de Governança: mercados, hierarquias e redes

	Mercados	Hierarquias	Redes
Bases normativas	Contratos – direitos de propriedade	Relações de ocupação	Mútuo fortalecimento
Meios de comunicação	Preços	Rotinas	Relacionais
Métodos de resolução de conflitos	Disputas judiciais – recurso a tribunais	Sanção administrativa – supervisão	Normas de reciprocidade
Grau de flexibilidade	Alto	Baixo	Médio
Nível de confiança entre as partes	Baixo	Médio	Alto
Ambiente	Precisão e/ou desconfiança	Formal, burocrático	Benefícios mútuos
Preferência ou escolha dos atores	Independente	Dependente	Interdependente

Fonte: Fleury, Ouverney, 2007: 66.

Este quadro possibilita compreender que a governança em rede terá êxito se for instituída uma dinâmica de compartilhamento de poder e desenvolvimento de normas de reciprocidade que contribuam com a resolução de conflitos. Se assim for, resultados positivos como “a melhoria do desempenho na provisão de bens e serviços, a estabilização da governabilidade, o desenvolvimento de formas de intermediação de interesses plurais e a construção de processos decisórios mais igualitários” (p.68)²⁴ logo aparecerão.

As formas de intermediar interesses, bem como a existência de processos decisórios mais igualitários denotam liderança colaborativa. Neste tipo de liderança os atores dependem uns dos outros já que dependem dos recursos alheios para atingir suas metas e objetivos. Os atores se beneficiam de alguma forma já que em rede, metas e objetivos, com emprego de recurso e presença de colaboração, são comuns. O interesse é coletivo e o esforço compartilhado. Se todos se envolvem no alcance desta meta, contribuindo de acordo com suas potencialidades onde a ausência de uma delas poderá comprometer o sucesso da estratégia coletiva implementada, é sinal de interdependência.

2.6. INTERDEPENDÊNCIA E ASPECTO NORMATIVO DA REDE

Interdependência é saber que o outro é necessário para o alcance de determinadas metas e que em algum momento este outro também necessitará daquele que o ajudou ou ainda de um outro componente da rede com recursos que complementem os já existentes ou supram necessidades em áreas carentes desses mesmos recursos.

A interdependência tende a estimular, combinar, explorar e potencializar as capacidades dos sujeitos e organizações da rede²⁴. Por isso mesmo requer que a rede se institucionalize através da criação e estabelecimento de normas e regras. Entretanto, a interdependência pura e simples não é sinônimo da existência de uma rede. Para que esta se conforme, é preciso que uma intensa deliberação em aprofundar a interdependência, visando à realização dos objetivos e o mútuo fortalecimento dos atores envolvidos, torne-se evidente e até certo ponto palpável, pelas normas.

Um primeiro passo para a institucionalização da rede é monitorar, coletivamente, o ciclo das políticas previamente estabelecidas. Seguido a isso, reduzir as incertezas entre os atores envolvidos e planejar estrategicamente as ações, tendo por base instrumentos construídos, com garantia de participação dos diversos atores, dotados de caráter normatizador acordado entre os componentes da rede.

Para tanto, ou seja, institucionalizar a rede, é necessário que seja identificada a composição de forças entre os grupos de poder envolvidos. Este mapeamento permitirá a criação de uma base política de sustentação firmada, dentre outros fatores, pelos pactos a serem feitos e respeitados pelas representatividades dentro dos seus grupos de interesse respectivos. Pelos pactos firmados pelos grupos, e entre os grupos, são estabelecidas as normas, bem como identificadas as necessidades desses mesmos grupos que extrapolam a capacidade deste em atendê-las. Importante ressaltar que capacidade é aqui sinônimo de recursos.

Este exercício, estabelecer pactos e identificar necessidades, permite aos diversos grupos de interesse da rede detectar as suas potencialidades e fragilidades. Assim, estes grupos são induzidos ao compartilhamento do poder e a contribuir com a institucionalização da rede pela “interação com as instâncias e os atores do ambiente externo que são relevantes ao seu próprio funcionamento” (p.76)²⁴. Compartilhar poder e interagir com o externo denuncia a fragilidade (ausência de recursos) de um grupo em uma dada circunstância. Em uma outra, será ele convocado a cobrir as fragilidades de um outro grupo que não disponha dos recursos que possui. É assim a interdependência. Nela não há um grupo melhor que outro

dentro da rede e sim, potencialidades complementares que entram em atividade quando requeridas pela necessidade ou ausência/ineficiência de recursos.

Para Fleury e Ouverney²⁴ são esses processos mínimos de estruturação da rede que permitem formar, graças à composição das forças políticas que atuam dentro dela, uma institucionalidade. Institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência aí existente. Logo, a institucionalização da rede implica um padrão de interdependência em que os atores desenvolvem ações coletivamente planejadas e deliberadamente orientadas para a ênfase nos objetivos comuns.

Não é, pois, prudente negar que o compartilhamento do poder, pelas pactuações e estabelecimento de normas, ocorre sempre sem disputas, confrontos e inconformações. A perspectiva horizontal de relação das redes não é em muitas situações bem vista por alguns atores e grupos de interesse, acostumados a centralizarem as decisões e terem o poder decisório nas mãos. Essa centralização ocorre a despeito dos desejos e necessidades da coletividade que subjugavam. Passar a interdepende dessa coletividade, tendo que consensuar e ceder espaços ao respeitar as regras e normas estabelecidas pela rede pode comprometer o bom funcionamento desta. Diante disso, da multiplicidade dos atores, dos grupos e dos interesses é que a institucionalização das redes constitui-se em sua garantia de sobrevivência em consonância com o aprofundamento da interdependência.

Com mais interdependência diminuem a centralidade do poder, são potencializados os recursos, as normas e regras irão cada vez mais refletir o consenso do coletivo, o compartilhamento do poder aumenta e a solidariedade e a cooperação tornar-se-ão mais presentes e constantes. Desse modo, a interdependência ameniza os conflitos e prepara a rede para o surgimento de outros tantos conflitos que já a encontrarão mais fortalecida pelo aprofundamento anteriormente mencionado.

Um dos grandes desafios da rede é alcançar a coesão, entendida como “a capacidade de convergência de determinada comunidade de atores setoriais (grupos de interesse) na defesa de percepções e objetivos comuns” (p.80)²⁴. Além da interdependência, a coesão necessita de confiança, liderança e capacidade de gestão.

Por isso mesmo, essa coesão pode ser amortizada pela ação de subsistemas (grupos dentro da rede) de organização política com certo grau de autonomia que venha impedir a formação do consenso necessário à realização de ganhos coletivos²⁴. Se a confiança mútua e a liderança estiverem abaladas em uma estrutura de rede, dificilmente haverá coesão. A comunicação e a pactuação constantes entre os atores aliados ao cumprimento das normas e

regras estabelecidas coletivamente, funcionam como verdadeiros antígenos contra os interesses egoísticos dos subsistemas que visam embotar a coesão.

Cabe ressaltar que os subsistemas não são apenas conformados pelos grupos com atores que possuem mais recursos. Grupos com menos recursos, porém com poder de veto dentro da rede, podem influenciar decisões políticas forjando um consenso contrário a uma coesão já estabelecida por um grupo de sujeitos com os mesmos interesses e objetivos.

Contudo, em casos em que os grupos de menor recurso não tenham sequer a possibilidade do veto, o Estado pode ser um importante veículo para fazer valer a participação desses grupos. Basta, para tanto, estimular o compartilhamento do poder ao promover a criação de espaços democráticos para o debate inclusive legando a estes grupos o poder de veto, antes inexistente.

Neste papel assumido pelo Estado, de mediador e facilitador, percebe-se que a gestão em rede é fruto da crise por ele sofrida caracterizando-o pela perda de sua capacidade de planejar e implementar políticas públicas de maneira centralizada, com base numa estrutura hierárquica. Cada vez mais necessitado da ação conjunta de diversos atores, de forma descentralizada, o Estado (mínimo) estimula a gestão pública na perspectiva de rede.

Sendo o Estado o mediador e a rede a modalidade de gestão é preciso que algo dê estabilidade a esta estrutura. E o que confere estabilidade às redes são as regras. Como as regras só mudam se grande parte dos atores passarem a questioná-las ou simplesmente não mais cumpri-las, de modo geral suas modificações são paulatinas e consensuadas. Para que esta estabilidade se mantenha, novas regras devem surgir em caráter complementar ou substitutivo às existentes buscando sempre evitar os grandes conflitos, criando consensos e implementação gradativa.

Apesar dos entraves listados e da rede constituir-se num arranjo policêntrico a sua defesa, estabilidade e manutenção poderão ser asseguradas pela amplitude dos esforços e a intensidade dos vínculos. Isso porque a rede se estrutura em torno de problemas complexos de política pública.

Ampliar esforços é agir conjuntamente visando maiores transformações sem restringir-se a metas específicas de um subgrupo com interesses que divergem dos da maioria. A intensidade dos vínculos relaciona-se ao empenho conjunto dos membros no planejamento, na decisão e nas atividades diárias. Essa intensidade dependerá do grau de interdependência dos atores.

Portanto, a rede em sua formação e plena efetividade precisará de atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento. A institucionalidade (normas e regras)

com aprofundamento da interdependência e ações coletivamente planejadas com vistas a objetivos comuns e manutenção de sua autonomia de gestão são elementos, também, de suma importância. Eles podem ser conquistados através da micropolítica inerente a uma dado processo de trabalho em saúde.

2.7. MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO E A REDE

A micropolítica do processo de trabalho em saúde pode ser entendida como um conjunto de relações que se estabelecem no cotidiano do cuidado, nas unidades de saúde. Tecida pelos sujeitos que a constituem, ao protagonizarem a operação das tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comporta um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer e produzir saúde²⁷.

Este processo de trabalho, em sua micropolítica, é capaz de assumir características de multiplicidade e heterogeneidade estimulando o uso da criatividade em alto grau pelos trabalhadores de saúde. Ao assumir essas características, o processo de trabalho, claramente, atinge o patamar de produtor do cuidado sob a perspectiva de rede. Ou seja, o fazer baseia-se nas relações entre pessoas (trabalhador – trabalhador; trabalhador – usuário; trabalhador – gestor).

Depreende-se daí que dentre as três tecnologias envolvidas no trabalho em saúde (duras; leve – duras; leves) são as leves que predominam na lógica de redes. Isto porque tomam por base as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, fomentando a autonomização, o acolhimento e a gestão compartilhada como forma de gerir processos de trabalho²⁷.

Contudo, a afirmação de que todo processo de trabalho em saúde ocorre em rede levanta uma outra discussão sobre que tipo de rede opera em certos processos de trabalho. Há duas modalidades de rede que representam estes tipos: uma pré-determinada pela lógica taylorista de produção com forte característica normativa na organização. Este tipo de rede pode ser identificado na reprodução da realidade e repetição dos velhos métodos de gestão do cuidado. A outra, que se quer atingir e manter, é ao mesmo tempo produto e produtora da ação dos sujeitos singulares com alto grau de protagonismo. Possui habilidade de desconstruir e construir o novo, pautada nas necessidades dos usuários. Ressalta-se que em uma mesma unidade as duas configurações podem co-existir a depender da diversidade das subjetividades que atuam neste cenário.

Além desse aspecto, é preciso considerar que dentro da rede podem surgir processos de captura pela “normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde”²⁸ e que por isso mesmo gera um consenso.

Este consenso normativo, todavia, dentro das unidades de saúde, quando assume a característica de definidor de condutas a serem rigidamente seguidas e procedimentos a serem executados, estimula e fortalece o aprisionamento do trabalho vivo. Este aprisionamento não permite ao trabalhador utilizar a sua criatividade para a melhoria das relações com os usuários e ressignificação do seu processo de trabalho, comprometendo a produção do cuidado em saúde (p.460)²⁸.

Aqueles que dentro da obrigatoriedade normativa conseguem forjar novas conexões e vínculos valem-se de uma postura autogovernável podendo para tanto “subverter a ordem e a norma, abrir linhas de fuga em que possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa” (p.461)²⁸. Assim, ao desejarem, os trabalhadores operam e criam nas suas relações novos fluxos. Estes vão se estabelecendo entre as equipes de uma mesma unidade, entre as equipes de outras unidades e também com os usuários, produzindo cuidado na rede que se formou e não na estrutura que permanece sob o império da rigidez normativa. Ao criarem a sua própria dinâmica, os trabalhadores, que assim atuam, podem passar a condição de “inadaptados aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde; começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutive” (p.461)²⁸.

O trabalho, no ambiente de produção em que se processa, ao ensejar o surgimento das conexões possíveis corrobora com o aspecto autogestionário intrínseco à rede que opera “na micropolítica dos processos de trabalho”²⁸. A multiplicidade das conexões explica-se pela diversidade dos atores que compõem a rede e suas respectivas singularidades. O aspecto singular não é sinônimo de unicidade, ao contrário, as singularidades são o fruto da conjunção dos símbolos que rodeiam os sujeitos, das representações que norteiam a sua prática e suas atitudes, determinadas por sua visão e atuação no mundo. Em um sujeito encontramos, pelo somatório dos elementos descritos, singularidades. Um trabalhador tem dentro de si vários outros.

Para além das singularidades, a rede permite a realização do exercício pelos trabalhadores em não acreditar ser o seu conhecimento superior aos dos demais e sim, complementar, contribuindo para uma perspectiva interdisciplinar no trabalho. Como

conseqüência o usuário poderá obter melhor definição diagnóstica e atendimento pautado em acolhimento, escuta, respeito a individualidade e suas variáveis sociais, econômicas, religiosas, dentre outras, garantindo assim a integralidade no cuidado prestado. Afirma-se que:

“essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde” (p.464)²⁸.

Daí origina-se a importância de estimular os coletivos, aqui entendidos como as equipes de saúde, para que possam atuar conforme um projeto de mudança. Estas equipes estariam pautadas pela ética do cuidado, “em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição” (p.470)²⁸. Estes coletivos constituídos pelos trabalhadores alimentam a idéia de pertença, ou seja, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera na informalidade. De modo semelhante, uma rede maior pode estabelecer fluxos com outras equipes e unidades de saúde e “tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário” (p. 464)²⁸.

A criatividade e capacidade de autogestão dos trabalhadores aliada ao interesse genuíno de gestores, usuários e estudantes de saúde pela implementação do SUS são molas propulsoras para a redução das disputas por recursos entre os níveis regional e local dentro do Sistema, entre as unidades de saúde e entre estas mesmas unidades e as academias. A diversidade de interesses em alguns momentos legitima o SUS, enquanto política pública, e em outros tensionam os responsáveis por sua implementação. Nesse sentido, por pautar-se na cooperação e solidariedade, as redes contribuem para a desestruturação de “relações marcadas por disputas predatórias por recursos e aumento de comportamentos cooperativos” (p.137)²⁹.

O artigo 198 da Constituição Federal afirma que as ações e serviços de saúde integram uma rede, que constitui um sistema único, organizado pelas lógicas da descentralização da gestão, integralidade da atenção e dependência da participação.

A regionalização e a hierarquização deverão estar integradas, em rede, atendendo as necessidades loco - regionais, oferecendo a atenção integral em correspondência aos anseios dos usuários a partir de fluxos não rígidos e dotados de resolutividade.

Enfim, se a estrutura de uma rede for baseada na micropolítica do processo de trabalho, ela terá por características os seguintes aspectos (p. 470-472)²⁸:

1. **Conexões Multidirecionais e Fluxos Contínuos** – “qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade”;
2. **Heterogeneidade** – “pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto – análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção à realidade”;
3. **Multiplicidade** – “o princípio da multiplicidade é associado à idéia geral de não – exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos – conectivos, o que permite a linha de cuidado se realizar”;
4. **Ruptura e não – ruptura** – “a rede, quando se rompe, consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto – realização. Uma ruptura em certo lugar pode significar abertura de linhas de fuga para outros sentidos não previstos anteriormente. Isso significa uma alta capacidade de produzir a si mesmo”;
5. **Princípio da Cartografia** – “a cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade”.

Tendo em vista o reconhecimento dessas características e a análise da rede de integração da educação e trabalho na saúde, objeto deste estudo, é que em seguida será feita a sua descrição.

2.8. REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

A Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde está situada dentro de uma outra grande rede que é a Rede Estadual de Unidades de Saúde do SUS-BA. Esta última é composta por instituições relacionadas aos serviços de saúde. São elas: unidades hospitalares, centros de referência, postos de emergência, unidades básicas de saúde, diretorias regionais de saúde (DIRES), distritos sanitários, núcleos de atenção à saúde da família (NASF), nível central, superintendências e escola de governo. Todas elas se encontram na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), conformando uma rede caracterizada pela complexidade. Complexidade encontrada em seus processos administrativos, no quantitativo de trabalhadores que gira em torno de 32.000 e nas relações estabelecidas pelos atores que a constituem. Cada um destes atores, a depender do grupo a que pertença e lógica que sustente, apresenta-se com interesses diversos e disposição para defendê-los nem sempre pelo consenso ou busca por coesão.

Nesse contexto, a Rede de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde se relaciona, mais especificamente, com a Superintendência de Recursos Humanos, por ser esta responsável pela formação de pessoal para o SUS e a Escola Estadual de Saúde Pública, uma das que compõem a Superintendência, responsável pela formação de nível superior. Na Bahia, as Escolas não ocupam o mesmo espaço físico e cuidam de públicos com nível de formação específico.

Diante dessa diversidade, o estabelecimento de regras, o aprofundamento da interdependência, a distribuição dos recursos, a construção de mecanismos decisórios coletivos e o monitoramento das ações são indispensáveis ao equilíbrio e bom funcionamento desta Rede. O policentrismo, ou multiplicidade dos atores, concorre para que o SUS na Bahia venha, cada vez mais, a estabelecer relações mais horizontais, não tão rígidas e hierarquizadas, priorizando a diversidade e o diálogo. O policentrismo é típico da estrutura de rede e indica a diversidade dos atores/pessoas que a constituem. Cada pessoa é um centro dentro da rede que em um dado momento será chamado a atuar com vistas a resolução dos problemas que poderão surgir. Como cada pessoa, ou centro, possui habilidades que outro não possua e vice-versa, os diversos centros entrarão em ação a depender da natureza do problema e de suas ferramentas disponíveis para solucioná-lo. Vários centros ou pessoas em ação dentro da rede, configuram o policentrismo.

O deslocamento do nível central de governo para o local, a busca pela regionalização e incentivo a co-gestão denotam o exercício vivenciado pela Secretaria em compartilhar o poder

antes centralizado na gestão estadual, dividindo-o com a gestão municipal e demais atores que a compõem.

Vale salientar que a Rede SUS-BA é uma rede de serviços em saúde. Ou seja, oferta atenção e cuidado pelos procedimentos que realiza tendo como público a sociedade baiana. Nesse contexto, oferecer esses serviços parte da perspectiva de que serão destinados a usuários/cidadãos políticos que podem influenciar o direcionamento da oferta, não só pelo perfil epidemiológico loco – regional, mas também pela ação dos conselhos locais de saúde na prática do controle social.

Em contraposição a influência que pode ser exercida pelo controle social, há o interesse da indústria farmacêutica em introduzir na prática do cuidado a dependência por fármacos e outros insumos em detrimento da prevenção e promoção em saúde. O avanço tecnológico ao facultar às unidades o incremento altamente sofisticado de aparelhos e máquinas, a intensa necessidade de especialização difundida na sociedade e a supremacia do modelo biomédico levam o usuário a crer nos hospitais como celeiros inquestionáveis e exclusivos para a aquisição de cura dos seus problemas de saúde. Este incremento também seduz os recursos humanos em formação, levando-os a crer que apenas na estrutura hospitalar encontrarão a solução para todos os males e enfermidades a partir de uma prática em saúde respaldada pelo avanço tecnológico e científico. A provável conseqüência é a aproximação dos estudantes do maquinário e afastamento deles daqueles para quem se destinam os cuidados em saúde, ou seja, para os usuários.

É diante dessa multiplicidade de atores e dos choques entre interesses tão distintos que a Rede SUS-BA se encontra apesar de, mesmo que de modo incipiente, conseguir distribuir recursos e atuar com solidariedade e colaboração. Mesmo com tamanha diferença de interesses foi possível, dentre outros, identificar um objetivo comum a ser perseguido pelos atores. Trata-se da formação de recursos humanos para a saúde com base na premissa constitucional de que cabe ao SUS ordenar a formação em saúde.

É deste objetivo e da complexidade das relações mantidas pelos distintos atores que surge a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, no Sistema Único de Saúde da Bahia com finalidade clara e específica direcionada ao ordenamento da formação da saúde através da adequação dos perfis profissionais em saúde à realidade epidemiológica das diversas loco – regiões distribuídas pelo Estado. Junto a esta finalidade seguem o incentivo aos processos de mudança curricular, a qualificação dos trabalhadores que estão nos serviços, o ensejo a aproximação das instituições formadoras e unidades de saúde que funcionam como

campo de estágios e práticas e a busca pela implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde (PGTES).

2.8.1. COMPOSIÇÃO DA REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

Esta rede é composta pelos trabalhadores das unidades de saúde estaduais, centros de referência, centro de atenção psicossocial (CAPS), nível central, diretorias regionais de saúde, secretarias municipais, gestores do serviço público e coordenadores, professores e estudantes dos cursos de saúde. Porém, mesmo com a participação de todos esses atores, as relações, dentro da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, centram-se nos sujeitos que encontram-se nas universidades e unidades de saúde da Rede Estadual, conforme quadro abaixo.

Quadro 4 - Sujeitos e Instituições que compõem a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde

Unidades de Saúde da Rede Estadual (diretores, trabalhadores, coordenadores de recursos humanos, responsáveis pelos núcleos de educação permanente e supervisores/preceptores)					
Hospitais	Centros de Referência	Maternidades	Fundações	Institutos	Unidades de Emergência
Hospital Geral do Estado	Centro Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Maternidade Tsylla Balbino	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia	Instituto de Perinatologia da Bahia	Pirajá
Hospital Central Roberto Santos	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação do Portador de Deficiência	Maternidade Albert Sabin			Cajazeiras
Hospital Ernesto Simões Filho	Centro Estadual de Informação em Antiveneno				Curuzu
Hospital					Plataforma

Clérison Andrade	Centro Estadual de Atenção ao Adolescente Isabel Souto				
Hospital Geral de Camaçari					
Hospital Manoel Victorino	Centro Estadual de Oncologia				
Hospital Geral Prado Valadares	Centro Estadual da Saúde do Trabalhador				
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	Centro Especializado no Diagnóstico, Assistência e Pesquisa				
Hospital Couto Maia					
Hospital Menandro de Farias					
Hospital João Batista Caribe					
Hospital Mário Leal					
Hospital São Jorge					
<p>Instituições de Ensino Superior</p> <p>(diretores, reitores, coordenadores de curso, professores e estudantes)</p>					
Públicas		Privadas		Filantrópicas	
Universidade do Sudoeste da Bahia – UESB		Faculdade Adventista de Fisioterapia – FAFIS		Universidade Católica do Salvador - UCSAL	
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC		Faculdade de Tecnologias e Ciências – FTC			

Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF	Faculdade Nobre de Feira de Santana – FAN	
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS	Faculdade São Salvador	
Universidade Federal da Bahia – UFBA	Fundação Baiana para o Desenvolvimento das Ciências – Escola Baiana de Medicina	
Universidade do Estado da Bahia – UNEB	Faculdade São Camilo	
Universidade Federal do Recôncavo Baiano - UFRB	Faculdade Maria Milza	
	Faculdade Jorge Amado	
	Universidade Salvador	
	Faculdade Integrada da Bahia – FIB	
	Universidade Metropolitana de Salvador – UNIME	
	Faculdade Regional da Bahia – UNIRB	
	Faculdade Social da Bahia – FSBA	
	Faculdade Rui Barbosa – FRB	
	Faculdade Anísio Teixeira – FAT	
	Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR	
	Universidade Salgado Filho - UNIVERSO	

Estes atores representam, especificamente, as esferas do trabalho e da educação em saúde. Mesmo apresentando em alguns momentos, pela falta de consenso, posturas e opiniões

dissonantes, defendem o mesmo objetivo de ordenar a formação, forjando perfis consoantes às necessidades do SUS na Bahia.

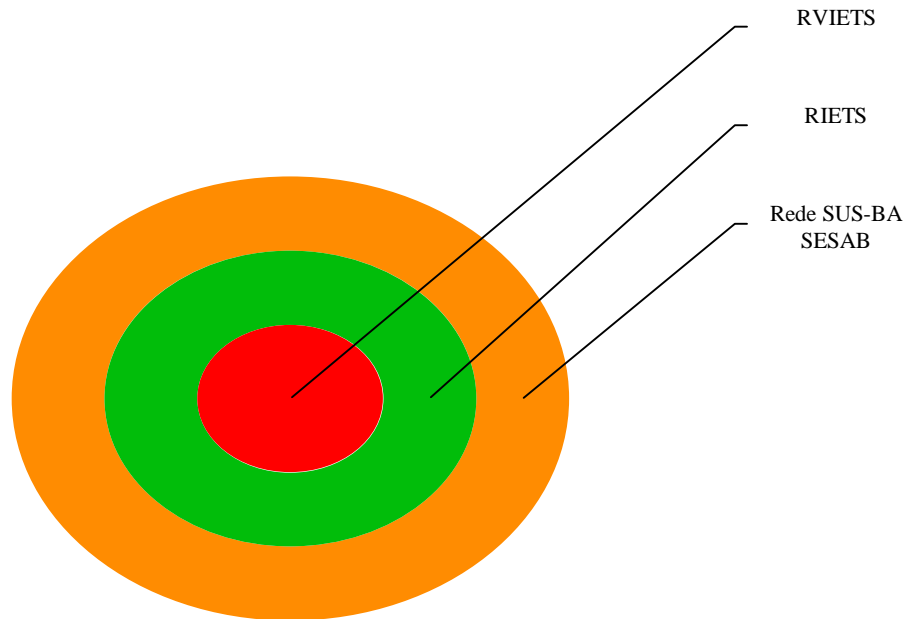
Com recursos diferentes, porém complementares, ou seja, as unidades com a experiência acumulada pela prática nos serviços e como campos de estágio e as instituições formadoras com os futuros recursos humanos do SUS, o trabalho e a educação aprofundam a interdependência. Por isso mesmo requerem uma mínima institucionalidade representada pelas normas e regras presentes no documento normativo, e em uso pela rede, intitulado “Fluxo para Concessão dos Campos de Práticas e Estágios na Rede SUS-BA”.

Ao estabelecer as atribuições e responsabilidades dos atores, o Fluxo possibilita o exercício da governança na modalidade de rede. O poder decisório é compartilhado e as construções normativas ou produção de consensos ocorrem coletivamente. Para evitar conflitos busca-se a coesão evitando a ação dos subsistemas contrários ao êxito da rede por guardarem e manterem interesses distintos.

A liderança dentro da Rede de Integração dependerá dos recursos de que dispõem os atores e que a depender da situação será distribuído com vistas ao ganho de toda coletividade. Desse modo, a liderança é centrada na confiança e capacidade de gestão alicerçados na amplitude dos esforços e intensidade dos vínculos.

A rede estimula a interação entre os atores que a compõem e os externos através de projetos e programas (como o Pró - Saúde e o Pet – Saúde), de processos educativos subsidiados pela Educação Permanente em uma perspectiva problematizadora e meios de comunicação à distância. Estes meios de comunicação deverão funcionar “como fator não apenas de veiculação de informação, mas também de construção de consensos e, porque não reconhecer, de consolidação de paradigmas” (p.3)²⁵. A rede em questão possui dentro dela uma Rede Virtual (composta pelos mesmos atores) cuja existência deve-se a um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) com funcionalidade garantida por uma ferramenta conhecida como moodle. Tais elementos integram um dos projetos geridos pela Secretaria, por meio da Escola Estadual de Saúde Pública, que é o Portal EAD SUS. Neste portal, os componentes da rede podem se encontrar e comunicar-se em tempo real, potencializando a interação contínua e o fortalecimento dos vínculos.

Diagrama para localização da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde na estrutura do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia



- Rede SUS-BA (representada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB)
- Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde – RIETS
- Rede Virtual de Integração da Educação e Trabalho na Saúde - RVIETS

Observando a Rede de Integração da Educação da Educação e Trabalho na Saúde, percebe-se que a sua conformação ainda não incorpora, como deveria, a participação da comunidade e dos movimentos sociais, legítimos usuários do SUS e agentes do controle social.

Objetivando reverter este quadro, dentro da rede foi estruturado, também pela Escola Estadual de Saúde Pública, o Estágio de Vivência no SUS. Direcionado aos estudantes dos cursos de saúde do Estado da Bahia, segundo a Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, este projeto pretende³⁰: “A construção de novas relações de

compromissos entre as instituições de ensino, principalmente os estudantes e o SUS, tendo o processo de trabalho em saúde e a aproximação dos estudantes ao mesmo como fio condutor para os processos de mudança”.

Estas relações, antes da imersão dos estudantes nos municípios, são construídas em momentos promovidos para o diálogo, acordos, troca de experiências e contatos prévios entre os estudantes, serviços, população atendida por estes serviços, comunidades como as quilombolas, assentados e movimentos sociais para conhecimento das especificidades demográficas e epidemiológicas da região escolhida.

A multidisciplinaridade proposta pelo projeto tem em vista a garantia da disseminação de um olhar integral para a saúde. Os estudantes passam por um processo de seleção (análise de currículo e entrevista) para em seguida terem um momento de capacitação teórico-prática que funciona como um preparo para a imersão nos municípios do Estado da Bahia.

Constituído então por duas etapas, a capacitação e a imersão, o Estágio de Vivência busca dar cumprimento, a partir da introdução dos estudantes em diferentes realidades e cenários de prática, à atribuição do SUS em ordenar a formação de recursos humanos para o setor.

2.8.2. NÍVEL DE FORMAÇÃO DA REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE A PARTIR DE SUAS AÇÕES

Como já foi dito, o que determina o nível de formação de uma rede é a interação entre os sujeitos que a constituem. Essa interação, a depender das ações e estratégias implementadas visando o ordenamento da formação, será maior ou menor a depender do grau de coesão e convergência dos interesses dos atores em torno destas mesmas ações e estratégias, promovidas pela Rede como demonstra o Quadro 4.

Quadro 5 – Nível de Formação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde

Ações e Estratégias promovidas pela Rede	Atores/ Nível de Participação		Grau de Coesão/Convergência dos Interesses		Nível de Formação da Rede e Valor Atribuído
	Trabalho (trabalhadores e gestores)	Educação (professores e estudantes)	Trabalho (trabalhadores e gestores)	Educação (professores e estudantes)	

Aula Pública do SUS	<	>	<	=	Conhecimento (Interesse)
Oficinas para o fortalecimento dos setores de Educação Permanente das Unidades	>	-	=	-	Associação (Confiança)
Oficinas Macrorregionais de Integração da Educação e Trabalho na Saúde	>	>	=	=	Cooperação e Associação (Solidariedade e Confiança)
Projetos aprovados pelo Ministério da Saúde por meio dos Programas Pró – Saúde e Pet – Saúde	>	>	=	=	Cooperação (Solidariedade)
Estágio de Vivência	>	>	=	=	Associação (Confiança)
Elaboração do Termo de Convênio para Concessão dos Campos de Prática e Estágios	>	<	=	<	Reconhecimento e Conhecimento (Aceitação e Interesse)
Negociação das Contrapartidas	>	<	=	<	Reconhecimento e Conhecimento (Aceitação e Interesse)

Caracterização dos Campos de Prática	>	>	=	=	Cooperação (Solidariedade)
Estágios Não-Obrigatórios – Programa “O Cotidiano do SUS Enquanto Princípio Educativo”	>	>	=	=	Associação (Confiança)

Fonte: Lemos, Fontoura, 2009.

Significado dos símbolos utilizados no quadro 6:

- > - maior participação (nível alto)/maior coesão
- < - menor participação (nível baixo) /menor coesão
- = - igual participação/igualdade de interesse ou convergência
- - este ator não participa desta ação

Pelo quadro pode-se concluir que a flexibilidade da rede permite aos atores, a depender da interação que estabelecem, transitar pelos 5 (cinco) níveis de formação da rede.

A Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, em específico, vem avançando ao não centrar-se no nível 1 que é o do reconhecimento. Há uma maior permanência nos níveis da cooperação e associação nos quais a distribuição dos recursos e aprofundamento da interdependência fazem-se mais presentes.

Contudo, não se pode negar que a rede também apresenta fragilidades. Estas precisam ser sanadas sobre pena de levarem a rede e suas relações, pelos vínculos, ao desgaste, contribuindo com o seu enfraquecimento e posterior extinção.

Como exemplo dessas fragilidades tem-se a elaboração do Termo de Convênio e a negociação das contrapartidas como estratégias que ainda não permitem estabelecer coesão pela diversidade de interesse que suscitam. Submeter-se às exigências de um termo e ter que distribuir e/ou compartilhar recursos pelas Instituições de Ensino Superior ainda não é ponto convergente dentro da Rede nem um desejo explicitado pelas instituições formadoras. O não aceitar e interessar-se pelo serviço por parte das universidades constitui-se em entrave para a

Rede por ainda, diante dessa postura, manter a centralidade do poder nas mãos dos aparelhos formadores.

Por isso, identificar as potencialidades e as fragilidades da rede é de extrema importância para a sua sobrevivência, fortalecimento e estabelecimento da coesão.

2.8.3. POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

Potencialidades (p. 117)³¹:

1. “Possibilidade de trazer a tona algumas questões veladas, como o próprio questionamento da organização do processo de trabalho”;
2. “Efeito na própria rede de atenção, reorganizando os fluxos na cadeia de cuidado”;
3. “Elemento integrizador da formação, à medida que os componentes do currículo são mobilizados e articulados numa postura ativa frente aos problemas colocados pela prática”;
4. “Tende a ganhar dimensões de estratégias políticas, na reconfiguração dos dispositivos institucionais”;
5. “Favorece a formação de profissionais capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e concretizar mudanças de paradigmas na área da saúde”;
6. “Pensar a formação enquanto educação permanente, ou seja, colocar o cotidiano de trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença como uma espécie de mediador da qualidade de ensino”;
7. “Considerar na prática do cotidiano concreto os distintos contextos, articulações políticas e saberes diferenciados para compreender a emergência de novas possibilidades de configuração das relações, sobretudo institucionais”.

Fragilidades (p. 116)³¹:

1. “Profusão de iniciativas de capacitação pontuais, desarticuladas e fragmentadas”;
2. “Baixa capacidade pedagógica de docentes, preceptores, tutores e orientadores dos serviços”;
3. “Setores de Educação Permanente desestruturados”;
4. “Pouca compreensão dos serviços enquanto espaços privilegiados de aprendizagem”;

5. “Resistência a presença dos estudantes”;
6. “Insatisfação dos usuários com os modelos assistenciais e com a relação profissional-usuário”;
7. “A relação entre estas instituições tem se dado a partir de relações normativas/contratuais: definição de responsabilidades e fluxo de concessão dos campos de práticas e estágios”;
8. “Herança de gestões verticalizadas, desconsiderando as expertises das unidades”;
9. “Falta de Políticas de Educação na Saúde”.

Como foi dito no início deste capítulo, a VI oficina de educação permanente possibilitou o surgimento da Rede de Integração da Educação e do Trabalho em Saúde e definiu os principais pontos de discussão dentro dela. Esses pontos foram considerados como categorias de análise para este estudo conforme esclarecimentos presentes no capítulo III deste trabalho.

CAPÍTULO 3 – MATERIAL, MÉTODOS E JUSTIFICATIVA

A justificativa para a escolha da análise documental, como método para este estudo, encontra-se nos registros efetuados nas oficinas de educação permanente e seminários realizados pela Escola Estadual de Saúde Pública. Nestes registros estão as opiniões emitidas pelos atores que compõem a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, sobre a formação em saúde, especificamente, nos cursos de graduação.

Mais do que encontros para troca de informações e experiências, esses seminários e oficinas funcionam como espaços para avaliação das ações executadas dentro da Rede, bem como oportunidade de efetuar ajustes, nestas mesmas ações, quando se fizer necessário. A educação permanente é trazida para os seminários e oficinas a partir da discussão de temas sugeridos pela Rede, considerados como prioritários em um dado momento. Esses temas são sugeridos no intervalo entre as oficinas ou então, definidos em uma oficina para serem incluídos como pauta na oficina seguinte.

Como preconiza a educação permanente, a problematização dos temas levantados e abordados pela Rede é tida como principal ferramenta na busca por soluções para os entraves que se apresentam. Para que ocorra a problematização, pequenos grupos são formados para o debate nas oficinas e, dentro deles, um relator é escolhido para registrar o que foi discutido pelo grupo e apontado como solução para um determinado problema. Após o registro, os relatores apresentam, ao final das oficinas e seminários, o que foi discutido para os demais grupos e a junção destes relatos compõem a relatoria de cada oficina ou seminário.

Desse modo os compromissos e consensos são registrados e uma memória da Rede pode ser armazenada na Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Esta memória tem caráter institucional já que é considerada como a compilação de documentos públicos. Estes documentos, ao versarem sobre a educação em saúde e a sua relação com o trabalho, também, em saúde, contribuí com a implementação e acompanhamento da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – SUS/BA (PGTES) pela Superintendência de Recursos Humanos da SESAB.

Os relatórios produzidos pela Rede de Integração, nos espaços mencionados, permitiram identificar os temas mais freqüentes no cotidiano do trabalho e da sua interface com a saúde pelos serviços e universidades. Pela freqüência com que aparecem nos relatórios e relevância a eles atribuída, por ordem de prioridade para o debate e busca por soluções para os problemas que ocasionam estão: o preceptor; a educação permanente; a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde no SUS-BA; os Núcleos de

Recursos Humanos; a caracterização dos campos de práticas e estágios do SUS na Bahia e a negociação das contrapartidas; o fluxo e as normas para a concessão dos campos de práticas e estágios; e a comunicação dentro da Rede.

Considerando a importância destas temáticas para a Rede, elas foram eleitas, neste estudo, como suas sete categorias de análise. Estando nos relatórios, foi adotada a análise documental. Os materiais para análise, conseqüentemente, foram os próprios relatórios.

Assim, foram realizados estudos baseados nestes documentos, através da exploração do conteúdo dos relatórios das oficinas de avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas na Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, a exemplo das práticas de estágio nas unidades da Rede Estadual.

É válido ressaltar que os relatórios também podem, por serem documentos públicos, criar e direcionar políticas, bem como facultar a análise crítica da proposta e implementação da PGTES, no componente que diz respeito ao ordenamento da formação em saúde, nos grupos rotineiros do serviço.

Estes documentos foram analisados à luz da legislação federal e estadual atinente ao tema, bem como documentos que expressam a política implantada, tendo como referencial teórico a produção acadêmica nos campos de avaliação de políticas, integração docente-assistencial e funcionamento de redes.

Os documentos referidos foram produzidos no período que compreende os meses entre fevereiro de 2008 e março de 2009. Os relatórios aqui citados encontram-se no endereço eletrônico: www.eadsus.ba.gov.br, especificamente no ícone Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (RIETS).

Sobre o método, a pesquisa ou análise documental, pode-se afirmar que é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Os documentos podem ser de fontes primárias e secundárias; fontes escritas ou não³².

Este estudo privilegiará as fontes primárias, já que se baseou em documentos oficiais, especificamente, os relatórios produzidos sobre as oficinas e seminários promovidos pela Escola Estadual de Saúde Pública, através Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde.

Medeiros³² em sua revisão sobre a análise documental apresenta a opinião de Cristian Laville e Jean Dionne quando estes apontam: O pesquisador decide prender-se as nuances (diferenças delicadas entre coisas do mesmo gênero) de sentido que existem entre as unidades, aos elos lógicos entre essas unidades ou entre as categorias que as reúnem, visto

que a significação de um conteúdo reside largamente na especificidade de cada um de seus elementos e na das relações entre eles, especificidade que escapa amiúde do domínio mensurável.

O fruto da análise documental realizada encontra-se no Capítulo IV deste trabalho.

CAPÍTULO IV – DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. PRECEPTOR

A função do preceptor, para os profissionais de saúde da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia envolvidos com as práticas educativas e formação em saúde, assume a posição de principal ponto de discussão dentro da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde.

Reconhecida como atividade inerente ao cotidiano de trabalho nas unidades, a preceptoria é ao mesmo tempo defendida e aceita pelos profissionais, bem como possibilita a identificação das principais dificuldades para a sua realização. Uma delas se refere a imagem construída pelas Instituições de Ensino Superior (IES) acerca dos preceptores dos serviços. Para estes aparelhos formadores, os profissionais e o Sistema de Saúde têm por obrigação receber os estudantes, das diversas categorias de saúde.

A este posicionamento das universidades são atribuídas duas razões. Uma constitui-se pelo conhecimento, por parte das IES que utilizam o SUS como campo de prática, do Artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (ao estabelecer que a formação de recursos humanos para a saúde é atribuição do SUS). A outra razão tem origem no fato de que as universidades conveniadas com a Secretaria pressupõem que os campos de prática e estágios deverão estar a seu dispor a qualquer momento, a despeito da capacidade instalada de suas unidades e das outras instituições de ensino, também conveniadas, e que continuamente requerem os mesmos campos de estágios.

Para os profissionais/preceptores, este posicionamento assumido pelas universidades se constitui em ameaça a autonomia das unidades no estabelecimento de suas rotinas e evidencia descompromisso com a qualidade da formação dos estudantes. Tal situação é explicada pela livre concessão dos campos que ocorria, em larga escala, e ainda ocorre, dentro da Secretaria, com base em relações estabelecidas (e fortalecidas ao longo dos anos) entre os gestores das unidades de saúde e das instituições de ensino e entre profissionais de saúde e instituições de ensino.

Observa-se que, quando há concessão dos campos obtida por intermédio dos profissionais de saúde, na maioria dos casos, são eles ao mesmo tempo trabalhadores nas unidades de saúde e docentes em alguma universidade. Desse modo, este profissional, vinculado à Secretaria na condição de servidor público, utiliza a carga horária de trabalho em que deveria, exclusivamente, prestar assistência aos usuários, para acompanhar um grupo de

estudantes em atividades práticas/estágios nas unidades do SUS, recebendo, ao invés de uma, duas remunerações. Uma pela Secretaria do Estado como servidor e outra pela universidade que o remunera como preceptor.

A inserção destes estudantes nesses espaços traz conseqüências como a insatisfação dos outros profissionais que realizam preceptoria em turno oposto ao que presta assistência aos usuários e são, por isto mesmo, gratificados pelo Estado; a superlotação nas unidades; a queda na qualidade do serviço prestado e aumento das reclamações pelos usuários e acompanhamento inadequado do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes.

A formação do profissional de saúde, independente da categoria a que pertença, requer acompanhamento, análise e avaliação constantes, tendo em vista a preparação para a oferta dos serviços e práticas do cuidado em saúde.

Para tanto, torna-se indispensável a presença de um profissional com experiência e conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde, bem como com disposição para impetrar mudanças no fazer, pensar e produzir saúde, a partir do próprio processo formativo, em permanente contato com os estudantes.

Entretanto, é preciso salientar que nem todos os profissionais que recebem dupla remuneração consideram que agem de forma indevida. Para eles não há inconveniente em levar estudantes para o interior das unidades desde quando o objetivo é formá-los para uma possível e futura atuação no Sistema Único. É, também, provável que o pagamento que recebem das instituições de ensino funcione como complemento de suas rendas.

É muito comum partirem dos profissionais reivindicações e comentários sobre a gratificação para a preceptoria. De fato, é nesse aspecto que reside o principal obstáculo e também a solução para as distorções apresentadas. É possível afirmar que se trata de distorção a partir da compreensão da Superintendência de Recursos Humanos do que seja o preceptor. Preceptor é todo servidor público, introduzido na carreira estadual por concurso público, que realiza atividade de preceptoria. Preceptoria, por sua vez, é o acompanhamento e supervisão dos estudantes durante as práticas e estágios nas diversas unidades da Rede Estadual de Saúde.

Com base nestas definições da Superintendência, aqueles profissionais que sendo servidores atuam em seu horário de trabalho como preceptores remunerados pelas instituições de ensino superior estão em atividade irregular, ou seja, não reconhecida e não gratificada como preceptoria pela Secretaria da Saúde do Estado.

Para que a Superintendência e a Secretaria reconheçam uma atividade como preceptoria, ela precisará realizar-se em turno oposto à prestação do serviço de saúde pelo

servidor; este mesmo servidor deverá estar cadastrado na Secretaria como profissional habilitado a assumir esta função e receber gratificação (um dado percentual em seu vencimento – 36% atualmente) pela Secretaria.

Diante desse contexto é que, em agosto e setembro de 2009, foi feito um levantamento nas unidades de saúde da Secretaria, pela Superintendência, com o intuito de identificar os reais preceptores dentro da Rede Estadual. Este levantamento possibilitou entrever situações em que alguns profissionais continuavam a receber preceptoria e não atuavam mais como preceptores, outros se encontram aposentados e continuam recebendo gratificações pela preceptoria e outros sempre receberam e nunca atuaram como preceptores.

Com o levantamento, a Superintendência pode coletar dados que estão sendo analisados e utilizados como subsídios para a elaboração de uma Instrução Normativa que regulamentará a preceptoria e sua prática na Secretaria Estadual da Saúde. A partir dela, só poderá exercer e ser reconhecido como preceptor o profissional que adequar-se às normas e definições preconizadas pela Superintendência. Caso contrário, sanções poderão ser aplicadas ao profissional que atue como preceptor irregularmente.

Essa estratégia, para ter efetividade, deverá contar com um permanente e rigoroso monitoramento dentro das unidades pela Superintendência com vistas ao cumprimento dessa Instrução Normativa. Se assim não for, a preceptoria continuará a ser realizada como um negócio pelas instituições de ensino superior e pelos profissionais, bem como a formação permanecerá deficiente e sem guardar a devida relação com o SUS e seus princípios.

Além desses fatores, a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, dentro da Superintendência, esbarra em outro obstáculo que é a busca por definir um perfil para o preceptor. Para o gestor (superintendente de recursos humanos), preceptor é o “profissional que possui papel de educador, discute e facilita o processo de mudança do modelo de atenção à saúde”. Esta opinião remete a compreensão do preceptor como um tutor. Segundo Botti e Rego³³ o tutor, no cenário da formação em saúde, guarda estreita relação com a aprendizagem baseada em problemas por ser considerado um facilitador do processo educativo centrado no aluno.

Originário do direito romano, tutor era aquele que se encarregava de cuidar de um incapaz, a exemplo de um órfão. Em nosso idioma, o português, no século XIII tinha como significado a “guarda”. Tutor era então o protetor, defensor, curador. Deveria, acima de tudo, amparar e proteger o seu tutorado³³. Na medicina, “tutor é aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde” (p. 367).

Em consonância com a opinião do gestor transcrita acima, um trabalhador da Secretaria ao afirmar que o preceptor é um “profissional com perfil de educador que deverá constituir-se em referência para a universidade, a unidade e o estudante”, também o aproxima da concepção de tutor. Já um outro trabalhador resgata a função do supervisor. Ele diz que “há necessidade da SESAB ter uma posição clara em relação a esta questão já que a mesma interfere diretamente no cotidiano das práticas educativas, inclusive dificultando a compreensão dos profissionais da rede e das universidades em relação às responsabilidades do acompanhamento dos estagiários”. Nessa fala ele trata das responsabilidades inerentes ao acompanhamento/monitoramento dos estagiários, característica esta encontrada na supervisão.

O supervisor, no mundo organizacional, está entre os altos cargos de Diretoria e a execução direta. Neste meio tem por função exercer a vigilância, dirigir, controlar e concorrer para que tudo dê certo ao final do trabalho conforme solicitado. Sua responsabilidade é monitorar para que o êxito, sob sua responsabilidade, seja alcançado.

Na área da saúde, o supervisor assume a roupagem daquele que quantifica o conhecimento e incentiva o desenvolvimento de habilidades nos profissionais recém-graduados. Além disso, a utilização adequada do tempo é por ele trabalhada com os novos trabalhadores tendo em vista o exercício da capacidade de priorização, a partir das demandas que emergem do ambiente profissional, corroborando com a qualidade do cuidado com a saúde e melhora do serviço oferecido ao usuário.

Ainda distantes do conceito de preceptoria, estas opiniões podem de algum modo confirmar que há “a questão do recente envolvimento dos profissionais do SUS com atividades de supervisão/orientação de estudantes de graduação da área da saúde. Esse envolvimento – que vem sendo nomeado preceptoria – não só é recente como exige o acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas” (p. 25)³⁴.

Isto ocorre porque a preceptoria teve sua difusão e aplicação na prática da medicina, com vistas à formação do profissional médico. Após definição do Conselho Nacional de Saúde das 14 profissões de saúde (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), segundo a Resolução 287/98, a supervisão dos estudantes adquire essa nomenclatura e a preceptoria vem se estendendo às 14 categorias profissionais mencionadas, e consideradas como da área da saúde.

Para Botti e Rego³³, o preceptor tem como função principal ensinar a clinicar, “por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas” (p. 365). Sendo assim, deverá primar pela habilidade e conhecimento na área clínica tendo em vista o desenvolvimento profissional dos graduandos e graduados no ambiente de trabalho no qual se estabelece a relação de ensino-aprendizagem. O objetivo é facultar ao profissional em formação ou recém-formado a oportunidade de adquirir as competências necessárias, em situações clínicas reais propiciadas pelo espaço de trabalho, para o bom e pleno exercício de sua atividade.

Estes mesmos autores, Botti e Rego³³, ao realizarem uma ampla revisão sobre os conceitos de preceptoria tinham por objetivo a instrumentalização e utilização destes em consequência da não existência de uniformização a eles referente. Segundo eles, Mills considera preceptor “aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho” (p. 365). Já Ryan-Nicholls o define como “professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática” (p. 365).

As duas definições, entrecruzadas, instituem um outro conceito para o preceptor passando este a ser o profissional que instrumentaliza, por meio da interseção entre teoria e prática no ambiente de trabalho (cenário clínico real) conformado por constantes e progressivas mudanças no conhecimento existente, exigindo um maior acúmulo de habilidades e competências com vistas a inserção e socialização do futuro trabalhador, bem como ensinar a oferta do cuidado, com qualidade, em saúde.

Sob essa ótica, o preceptor não poderá ser exclusivamente transmissor de conhecimentos técnico-científicos ou o que promove inserção/socialização. Agrupar estes elementos é essencial, principalmente quando leva-se em consideração a Educação Permanente em Saúde, ou seja, capacitação da equipe a partir de conteúdos e tecnologias determinados pela observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos³⁵.

Entretanto, preceptor, devido a sua origem do latim *praecipio*, já significou “mandar com império aos que lhe são inferiores”. No século XVI passou a significar educador, mentor, instrutor. Na Medicina aquele que orienta, ensina e prima pela excelência na prática médica, assim como cria condições favoráveis para os seus orientandos adaptarem-se às mudanças ou promovê-las quando necessário³³.

A Resolução CNRM 005 de 08 de junho de 2004, em seu parágrafo 1º do Artigo 4º, ao tratar da seleção do preceptor, traça o perfil deste profissional “quanto à sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades e atividades didáticas durante a residência médica ou como médico em exercício na instituição, participação em congressos e produção técnica e científica”³⁶. Nessa Resolução o preceptor é também considerado um tutor.

Há ainda o mentor, raramente mencionado. Este profissional preocupa-se com os valores, juízos e posturas do profissional em formação. Estimula o raciocínio crítico desde o início do acompanhamento ao profissional recém formado até, ao final da relação entre eles estabelecida, julga-lo independente e autônomo³³ diante dos desafios trazidos pelo cotidiano do trabalho em saúde.

Através das funções debatidas acima foi possível identificar o que cada uma representa para os integrantes da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde conforme o quadro abaixo.

Quadro 6 – Funções do Profissional a depender da atividade que realiza ou características que assume

Funções	Atividades/Características	Para a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde
Preceptor	Ensinar a clinicar; Estimular o desenvolvimento das habilidades e competências no graduando ou recém-graduado; Formar principalmente o profissional médico; Não é da academia.	Discutir e facilitar o processo de mudança do modelo de atenção à saúde; Profissional com perfil de educador; Servidor – profissional que está na unidade; Não é da academia.
	Incentivar o desenvolvimento de habilidades; Preocupação com a qualidade do cuidado e melhora do serviço oferecido ao usuário; efetividade e capacidade de priorização	Acompanhar os estagiários e cumprir com todas as responsabilidades inerentes à função (conhecimento, habilidade, competências e efetividade).

Supervisor	(segurança, confiabilidade e maturidade profissional). Componente moral na formação e conformação do perfil para tomada de decisão.	
Tutor	Orientar a formação de profissionais graduados no sistema de saúde; Facilitar o processo educativo (que deverá ser centrado no aluno).	Não mencionado
Mentor	Estimular a reflexão e busca por progressão profissional; Profissional experiente, guia, orientador e conselheiro de um jovem, em início de carreira.	Não mencionado

Fonte: Botti e Rego³³.

O preceptor é definido como o profissional responsável por desenvolver habilidades no estudante para a prática clínica. Ele forma, principalmente, o profissional médico, e não é da academia. Para a Rede, o preceptor é o facilitador e aquele que favorece a ressignificação das concepções e do próprio ambiente de trabalho. Segundo ela, o preceptor também não é da academia. A Rede ao atribuir esta definição ao preceptor, o compreende como tutor. Mais do que conhecimento técnico e clínico aliado ao desempenho que garanta efetividade nas ações, o profissional descrito deverá ensejar a busca por mudança no e do modelo de atenção à saúde. Ou seja, almeja-se um perfil que ultrapasse a formação para a prática clínica no ambiente de trabalho, o que configuraria a função real de um preceptor.

Já o supervisor, além da clínica, preocupa-se com o desempenho voltado para a efetividade no trabalho. Ele incentiva o desenvolvimento de habilidades, insere na formação um componente moral e visa à conformação de um perfil para a tomada de decisão. A Rede o compreende como o profissional que acompanha os estagiários e cumpre com todas as responsabilidades inerentes a esta função.

O tutor assume o papel do facilitador pela problematização por meio do “aprender a aprender” fruto da Aprendizagem Baseada em Problemas e orienta a formação de profissionais graduados no sistema de saúde. Por fim, o mentor para além de congrega conhecimento e eficiência na prática clínica, volta-se para a superação de desafios, desenvolvimento pessoal e profissional, bem como mútuo aprendizado e progressão profissional.

Os trabalhadores dividem-se, dentro da Rede, em dois grupos. Um que afirma que o preceptor tem perfil de educador, aproximando-o do tutor, e o outro que o identifica como supervisor, ao tratar das responsabilidades inerentes ao acompanhamento dos estagiários. Contudo, mesmo apresentando esses conceitos, acerca da preceptoria, ora como tutoria, ora como supervisão, os trabalhadores concordam com os docentes sobre a necessidade de socializar as discussões em torno da temática pela gestão conforme afirmação de um docente: “é preciso socializar as discussões em torno da preceptoria”.

Depreende-se daí, que o entendimento ou busca pelo consenso em torno do que venha a ser a preceptoria, dentro da Secretaria, é uma necessidade tanto da Superintendência quanto dos profissionais/preceptores e docentes. É preciso amadurecer o entendimento relacionado ao preceptor, dentro da Rede, onde ele é ao mesmo tempo, tutor e supervisor. Vale ressaltar que o ser confundido com as outras funções não o deslegitima, embora o descaracterize. Entretanto, se para a Rede o preceptor assume o papel e características do tutor e supervisor, contribuindo para a melhoria dos serviços, satisfação dos usuários e aumento das competências e habilidades do profissional em formação, estes deverão possuir outras definições e papéis ou atribuições que, ao serem socializadas e bem compreendidas, ajudarão na realização dessa função e das outras, sem permitir a confusão conceitual que culmina em comprometimento da efetividade e importância das atribuições de cada uma dessas funções.

As oficinas e seminários podem funcionar como espaços privilegiados de difusão dessas informações ao serem potencializados em seu caráter pedagógico e terem a frequência de suas realizações, como acordado pela Rede, a cada dois meses, atendendo assim às constantes mudanças no fazer e pensar saúde no cotidiano do processo de trabalho.

4.2. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A preocupação com o serviço e o ensino e principalmente com a interação destes para dar conta das mudanças que se faziam, e ainda se fazem, necessárias, levou o Ministério da Saúde, em novembro de 1997, a implantar os chamados, nesse período, Pólos de Capacitação,

Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da família. Segundo o Ministério, os Pólos funcionariam como parte do Sistema Único de Saúde responsável pela mudança tanto das práticas de saúde quanto das ações de educação na saúde. Seriam rodas de debate e de construção coletiva³⁵.

Para tanto, representações da gestão, atenção, ensino e movimento estudantil, passaram a compor os Pólos mencionados.

“Os participantes dos Pólos de Educação Permanente em Saúde são os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis da área da saúde, os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde, os movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e todos aqueles que, de alguma maneira, estejam envolvidos com as questões de saúde em nosso País” (p. 17)³⁵.

Neste período, o objetivo primordial dos Pólos era aproximar a capacitação ofertada das necessidades da equipe para o trabalho em saúde. Contudo, era preciso envidar esforços no sentido de reorientar a formação em saúde integrando os conteúdos da Atenção Básica e da Saúde da Família nos cursos de graduação e pós-graduação³⁷, estimular o diálogo entre os Ministérios e Secretarias da Educação e da Saúde, inserir estudantes no cotidiano de trabalho na Atenção Básica de modo a neles despertar interesse por atuar nesse ambiente em seu futuro profissional, analisar as já existentes e criar metodologias, apoiadas em recursos pedagógicos e tecnológicos, condizentes com o processo de aprendizagem voltado para a Atenção Básica, descentralizar as ações educativas e os recursos para que as instituições formadoras pudessem levar o ensino até as instâncias locais, ou seja, municípios e suas respectivas Unidades Básicas de Saúde.

Todas essas medidas, apesar dos avanços pertinentes à aproximação dos atores que compunham os Pólos, não conseguiram, conforme desejado, impactar de modo significativo os processos formativos e as práticas nos serviços.

Como consequência, em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº. 198) cuja finalidade era funcionar como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor³⁷.

Pretendia-se não somente agregar as iniciativas em torno das mudanças no ensino e nos serviços mas, acima de tudo, através da Política, transformar a Educação Permanente em veículo para a efetivação dessas mesmas mudanças. Para tanto, um novo conceito de Educação Permanente foi elaborado, bem como novo papel atribuído aos Pólos.

A Educação Permanente passa a ser difundida como a aprendizagem no trabalho, “onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”³⁷. Em seu aparato pedagógico encontra apoio na aprendizagem significativa, ou seja, apreensão de novos conceitos e métodos e capacidade resolutiva dos problemas a partir daquilo que faz sentido para o sujeito ao responder às suas indagações/inquietações, através da problematização (reflexão em busca de soluções) dos processos de trabalho.

Desse modo, a Educação Permanente estabelece um contraponto em relação a educação continuada, “em que o conhecimento preside e define as práticas”³⁷, ao não centrar-se, exclusivamente, na reprodução e/ou atualização técnico – científica.

Os pólos, com seu novo papel, passam a ser considerados instâncias de articulação interinstitucional e loco – regional (p. 44)³⁷, com as seguintes funções:

I – “identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor, na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

II – mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III – propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV – articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na Saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V – formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;

VI – estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;

VII – estabelecer relações cooperativas com as outras articulações loco-regionais nos estados e no país”.

Em consonância com estas funções um gestor (Superintendente) afirma que “faz-se necessário investir nas Escolas do SUS e valer-se de uma inteligência estratégica capaz de formar massa crítica de professores, produzir material didático adequado e atualizar propostas. Vislumbrar no SUS um campo em potencial para a formação e estruturação de novos perfis profissionais é uma ferramenta que possibilita reorganizar e regular os cenários de práticas”. Ao buscar potencializar o SUS para a formação dos profissionais de saúde, esta opinião resgata, principalmente, a função III, atribuída, anteriormente, pela Portaria 198, aos Pólos.

A expectativa do Ministério da Saúde era a de “elevar o compromisso dos gestores com a formação dos trabalhadores de saúde para o SUS e o compromisso das instituições formadoras com o sistema de saúde, propiciando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (p. 46)³⁷. Transpondo essa expectativa para a Portaria GM/MS Nº. 1996, o Ministério da Saúde, em 20 de agosto de 2007, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A Portaria, em vigor atualmente, apresenta a Educação Permanente como o conceito pedagógico adotado pelo setor da saúde com vistas ao estabelecimento de relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde³⁸. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis, em acordo com a Portaria, pelo planejamento da formação e da educação permanente dos trabalhadores de saúde para o SUS devendo regular a utilização dos serviços em seu âmbito de gestão no que diz respeito às atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação. Deverão, ainda, articular com as instituições formadoras mudanças nos cursos que atendam as necessidades do SUS.

Mesmo sendo considerada como o conceito pedagógico adotado pela saúde, dúvidas sobre a sua efetividade e aplicação são constantes na Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde. O desejo e necessidade de que as mudanças ocorram de imediato contribuem para que a educação permanente seja vista como uma utopia. A impressão deixada por alguns trabalhadores é a de que os princípios norteadores da educação

permanente são difíceis de ganharem tangibilidade no cotidiano de trabalho em saúde, face os inúmeros obstáculos apresentados pelo setor.

Como a educação permanente depende da colaboração dos gestores, dos profissionais, das universidades e dos estudantes, a relação estabelecida, historicamente, por estes atores no campo das relações entre o ensino e o serviço criou uma crença de que a mudança demorará a chegar ou não irá se concretizar. O sentimento é de que com o passar do tempo, novas mudanças ou substituições de Portarias são feitas e, substancialmente, na prática dos serviços, tudo permanece inalterado. Juntos, o desconhecimento ou superficialidade em relação ao que seja a educação permanente, e as estratégias por ela apresentadas para a mudança do modelo assistencial vigente e melhoria na oferta do cuidado em saúde, enfraquecem a sua proposta e objetivo. Os dois (proposta e objetivo) dependem destes atores, dela desacreditados, para adquirir sustentabilidade e possibilidades de pleno desenvolvimento.

Um trabalhador da Secretaria afirmou ser necessário um “(...) aprofundamento teórico sobre o tema (educação permanente) com os profissionais das unidades que participam das práticas educativas, a partir de oficinas e cursos”. Com vistas a adesão de trabalhadores como este que demonstram interesse pela educação permanente e no que ela poderá proporcionar, a Superintendência de Recursos Humanos e a Secretaria da Saúde do Estado vêm promovendo processos educativos com o intuito de qualificar, atualizar e promover a ascensão na carreira dos profissionais. A ascensão nas carreiras possui, estrategicamente, como um dos seus pré-requisitos a participação em cursos de especialização, oficinas, seminários, dentre outras modalidades de capacitação.

O interesse em tratar do tema com os profissionais, nesses processos educativos, também guarda relação com as práticas educativas. Através deles é possível qualificar e estruturar o serviço para um atendimento de maior qualidade ao usuário e conferir a supervisão dos estagiários um caráter pedagógico-reflexivo que o incentive a problematizar o processo de trabalho em saúde nas unidades do Sistema Único da Bahia.

A pretensão é que a educação permanente ajude não só na resolubilidade do cotidiano em saúde como também propicie à rede de serviços uma maior organização e estruturação pedagógica. Esta última deverá incentivar e/ou estimular os estudantes, junto aos profissionais, a buscarem soluções para os problemas que encontrarão, decorrentes das múltiplas e freqüentes mudanças no contexto do trabalho.

4.3. POLÍTICA ESTADUAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE/SUS – BA.

A Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente para o SUS na Bahia traduz o esforço da Secretaria da Saúde do Estado (SESAB), empreendido a partir de 2007, em fortalecer a gestão descentralizada e participativa do sistema público de saúde, com vistas à implementação de políticas e estratégias de mudança do modelo de atenção que venham a contribuir com o alcance da universalidade, integralidade e equidade no acesso da população às ações e serviços³⁹.

A Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH) iniciou o processo de formulação da Política através de suas 2 (duas) Diretorias (Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Diretoria de Administração de Recursos Humanos) e suas 2 (duas) Escolas do SUS (Escola Estadual de Saúde Pública e Escola de Formação Técnica em Saúde). A este processo foram agregados os diversos atores que compõem os outros setores da Secretaria, entre dirigentes e equipe técnica, além dos municípios, pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), e representações das Instituições de Ensino Superior públicas e privadas conveniadas com o Estado.

Para um dos gestores (Diretoria da EESP) envolvidos na etapa da formulação, “o processo de construção da Política foi fruto de discussões, em que o consenso transformou-se em ferramenta fundamental voltada ao atendimento das necessidades dos trabalhadores e profissionais de saúde, estando nelas os cursos de qualificação para os trabalhadores e profissionais de saúde, o PCCS e a mesa de negociação microrregional”.

As qualificações para os trabalhadores e profissionais de saúde, que estão na Superintendência de Recursos Humanos, representam uma das principais metas da Escola Estadual de Saúde Pública. A ampliação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, com o aumento de Universidades (públicas e principalmente privadas) conveniadas, paralelo ao crescimento do número de preceptores para acompanhar a inserção dos estudantes na Rede SUS-BA, requer um maior quantitativo de processos educativos que corroborem com a gestão e a formação em saúde.

A importância de qualificar a gestão no Estado (em específico diretores dos hospitais e centros de referência, coordenadores de recursos humanos e dos setores ou núcleos de educação permanente) está na necessidade de conferir à condução dos serviços em saúde e ao processo de ensino-aprendizagem, dentro das unidades, um caráter pedagógico.

É comum os gestores se envolverem, exclusivamente, com questões de cunho administrativo e financeiro e a produtividade em um dado período. Já o interesse ou incentivo aos profissionais para que se qualifiquem é muito pequeno ou sequer é mencionado no cotidiano do trabalho. A liberação dos profissionais para que participem de qualificações é vista como geradora de grandes problemas para a rotina das unidades, comprometendo a prestação de serviços aos usuários, levando a morosidade no atendimento e aumento da insatisfação dos que não puderam participar e ficaram sobrecarregados.

Por isso, construir a Política Estadual em parceria com os gestores, mais do que uma simples agregação de pessoas, foi uma estratégia de sensibilização destes para a organização de seus fluxos, escalas de horários dos profissionais, flexibilidade para negociação de liberações e debate acerca da Educação Permanente. Essa fase de formulação, ao trazer a Educação Permanente como aprendizado no processo de trabalho, favoreceu a compreensão, pelos gestores, de que a realização das qualificações pode ocorrer dentro das unidades, durante a realização das atividades assistenciais.

Capacitações de até 40 horas, por exemplo, podem ser realizadas no interior dos hospitais durante uma semana com formação de pequenos grupos. Os integrantes destes grupos iriam se revezar entre o cuidado com os pacientes e sua oportunidade de aprendizagem e qualificação no trabalho. Ou seja, enquanto um grupo se encontra na assistência o outro se qualifica e vice-versa. Assim, a equipe de profissionais tende a operar em saúde com maior nível de satisfação, atualização e melhoria salarial.

Sabe-se que a melhoria salarial e a oportunidade de qualificar permanentemente o trabalhador influenciam no desempenho, na qualidade do serviço prestado e na satisfação dos usuários. O Plano de Cargos, Carreiras e Salários trazido pela opinião do gestor (Diretoria da EESP) foi formulado, não sem muitas discussões para se chegar a um consenso, garantindo ao profissional progressão na carreira e melhoria de seus vencimentos com base em investimento nas capacitações oferecidas pela própria Secretaria ou Universidades parceiras e/ou conveniadas.

Apesar de ainda haver resistência em muitas unidades para liberação dos trabalhadores, mesmo com as inúmeras alternativas para minorar os problemas que surgem a partir dela, é significativo o aumento do número de trabalhadores qualificados pela Secretaria, através da Escola Estadual de Saúde Pública, em 2008 e 2009 não só em pequenas capacitações como em cursos de pós-graduação *lato sensu*.

Dentre os profissionais já qualificados e os inscritos para os próximos processos educativos estão os preceptores/supervisores de estágio. Através deles, a Superintendência

pretende fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Para tanto, no ano de 2010 ocorrerá a Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde cuja finalidade é dotar estes profissionais de habilidades para a condução do processo formativo dos estudantes que chegam ao SUS pelos estágios.

Esse profissional não será apenas aquele que confere a frequência do estagiário ou restringe-se ao ensino do procedimento e apresentação da rotina da unidade. A pretensão é que ele seja um profissional crítico, que tenha condições de estimular uma discussão sobre o SUS e as políticas de saúde, ensejando ao estudante a oportunidade de refletir sobre o fazer em saúde e as perspectivas de mudança do atual modelo de atenção.

O ponto chave para a Política Estadual é formar profissionais que proporcionem ao estudante o conhecimento da realidade vivenciada no Sistema Único de Saúde, bem como as perspectivas de mudanças que existem ou poderão ser criadas. O desafio é formar estes Recursos Humanos com autonomia e criatividade para um cotidiano que muda constantemente e atravessa inúmeros problemas na oferta do cuidado em saúde. Essa perspectiva pode ser percebida na opinião de outro gestor (Superintendente) ao dizer que “a mudança e qualificação do modelo de gestão serão norteados pela Política (Estadual) de Educação Permanente”.

Para a elaboração da Política, foi escolhido um marco jurídico – normativo que ao nortear a ação da SESAB, no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde, permitiu o aprofundamento do debate relacionado aos princípios e diretrizes adotados como referencial para o ordenamento, formação, qualificação, regulação, gestão e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde no Estado.

Em sua fase de elaboração, a Política ensejou a busca por identificação e análise dos problemas em torno dos recursos humanos no SUS – BA. Diante disso, foi evidenciada a insuficiência e baixa qualidade da informação disponível na Secretaria, sendo esta uma situação a ser enfrentada no momento de sua implementação.

Contudo, algumas Linhas de Ação foram definidas com vistas ao cumprimento destas pela SUPERH, em parceria com as demais instituições responsáveis pela formação em saúde no Estado, consoante ao eixo central da Política, que afirma: “O SUS é uma Escola”.

Cabendo à SUPERH, através da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), ordenar o processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde de nível superior, a Rede de Integração da Educação e Trabalho idealizada pela EESP, junto às unidades de saúde da rede estadual, trabalhadores, professores e estudantes dos diversos cursos de saúde, torna-se uma importante estratégia para adequação dos perfis profissionais às necessidades do processo de

trabalho no âmbito do SUS e a consolidação de valores relacionados com a elevação da qualidade técnica e a humanização da atenção aos usuários³⁹.

Entretanto, não será possível conformar perfis profissionais às necessidades do SUS na Bahia se as instituições de ensino superior (ensino) não estabelecerem uma mínima relação com as unidades de saúde (serviços) com vistas a uma efetiva integração. O distanciamento entre elas, além de criar resistência aos estagiários nas unidades, contribui para que o estudante, ao encontrar um ambiente hostil a sua presença, enxergue o SUS como espaço reservado ao fortalecimento e legitimidade da separação e ausência de diálogo entre a educação e o trabalho.

As instituições de ensino superior começam a adotar uma atitude mais comprometida com a integração da educação e do trabalho na saúde a partir da preocupação em implementar a Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde. Um docente, em uma das oficinas realizadas pela Rede de Integração, afirmou que “é preciso criar comissões que tenham a responsabilidade de implementar a Política de Educação Permanente”.

Sobre a PGTES, é válido destacar, em sua composição, a presença de um marco jurídico-normativo, alguns princípios e diretrizes relacionados a uma nova concepção sobre o trabalhador de saúde, uma análise da situação destes trabalhadores de saúde do SUS-Bahia e algumas linhas de ação.

O marco jurídico-normativo foi definido a partir da necessidade de dar direcionalidade às ações da Superintendência e da própria Secretaria, estendendo-se as 417 (quatrocentos e dezessete) secretarias municipais de saúde, considerando as especificidades locais e regionais de cada uma delas. Tal marco foi constituído por (p. 5)³⁹:

- **“Constituição Federal de 1988** que, no capítulo relativo à Saúde, responsabiliza o SUS pela ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e orienta a incorporação e manutenção de servidores públicos;
- A **Lei Orgânica da Saúde 8080/90** que ressalta a importância de se implantar comissões permanentes de integração ensino serviço;
- A **Lei 6677/94** que dispõe sobre o estatuto dos servidores públicos no Estado da Bahia, assegurando o concurso público como forma de acesso aos serviços públicos;

- A **NOB/RH-SUS/2005** que estabelece os princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
- O **Pacto de Gestão/2006** que prioriza a educação permanente e a gestão do trabalho responsabilizando todos os gestores na construção regional e solidária das políticas de saúde;
- A **Portaria Ministerial 1996/2007** que trata das Diretrizes Nacionais da Política de Educação Permanente”.

Os Princípios e Diretrizes trazem uma nova concepção sobre o trabalhador de saúde ao apresentá-lo como protagonista dos processos de mudança para melhoria dos serviços e oferta do cuidado em saúde. Este trabalhador é compreendido como fruto da articulação entre as três dimensões (técnica, ética e política) que o constituem.

“Nessa perspectiva, o trabalho é compreendido como um processo social no qual ocorre a co-produção de bens e serviços ao tempo em que se constitui o próprio sujeito, agente e produto deste processo. O trabalho contém, portanto, uma dimensão educativa, sendo uma atividade através da qual o sujeito aprende e ressignifica as suas práticas e a si mesmo” (p.6)³⁹.

Mesmo contando com os princípios e diretrizes do SUS para abarcar as ações nela descritas, a Política precisou de mais outros (princípios e diretrizes) que pudessem dar a entender que o trabalhador precisará ser compreendido como sujeito histórico, composto por aspectos de cunho político, cultural e social, expressos nas relações que estabelece no cotidiano de vida e trabalho.

A valorização como dispositivo para a motivação e maior comprometimento com o trabalho, as práticas de gestão solidária e participativa, atreladas à educação permanente, também surgem como princípios e diretrizes dignos de nota. Os profissionais de saúde, reais implementadores da Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, vêm a Política como um instrumento para viabilização de propostas para a valorização do trabalho que realizam nas demais instituições que compõem a Secretaria do Estado.

Há, contudo, um receio de que com o passar do tempo e a probabilidade de uma mudança na gestão, a implementação da política e seus princípios deixe de ser prioridade ou deixe de existir. Trazida por um trabalhador da Secretaria, essa preocupação aparece em sua

opinião quando afirma que “a Política precisa ser de Estado e não institucional, dificultando a articulação”.

De fato, futuramente, a PGTES poderá não contar com o apoio de gestões posteriores se não for legitimada como Política de Estado e permanecer apontada como proposta do atual governo no Estado. É válido ressaltar que esta Política, em sua versão preliminar, está aguardando apreciação e aprovação da CIB e do CES para posterior homologação através de Portaria a ser publicada no Diário Oficial do Estado.

É importante destacar, ainda sobre os princípios e diretrizes da Política, que ao trazerem a educação permanente para o ambiente das práticas de saúde, promovem a legitimidade do trabalho como princípio educativo, contribuindo para a transformação ou superação de uma lógica meramente tarefaira e operacional forjando, no cotidiano, espaços para o ensino e aprendizagem em saúde.

Para tanto, a metodologia da problematização aparece na Política como propulsora da apropriação de conhecimentos e experiências que venham a subsidiar a reorientação não só da formação mas também das práticas e dos processos de trabalho, colaborando inclusive, pelo estímulo à reflexão e posturas crítico-propositivas, com a estruturação da gestão do trabalho, visando “a regulação, regulamentação e despreciação do trabalho em saúde” (p.8)³⁹.

Tais princípios e diretrizes, também preconizam a introdução de mudanças curriculares nos cursos superiores de saúde e a implementação de propostas inovadoras de educação permanente em saúde. A constituição de redes, entre elas a de Integração Educação-Trabalho, foi contemplada por estes mesmos princípios e diretrizes objetivando a redução da distância entre o ensino e os cenários de prática na área da saúde.

Neste ponto, o Pró-Saúde e o Pet-Saúde estão contribuindo para que as mudanças curriculares ocorram nas instituições de ensino superior cujos projetos foram aprovados pelo Ministério da Saúde no Estado. Alguns docentes, principalmente os vinculados aos programas mencionados, atuam como aliados da PGTES. Um deles disse que “é preciso criar comissões que tenham a responsabilidade de implementar a Política de Educação Permanente”.

Essa postura não é tão comum dentro da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde. A resistência por parte das universidades em atender a PGTES decorre, em muitos casos, da necessidade de abrirem mão de alguns hábitos, cultivados em gestões anteriores e que persistem na atual. O principal é a não adesão, ao menos espontaneamente, à negociação de contrapartidas. Por este, e outros motivos, é que a constituição de redes, entre elas a de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, foi contemplada por estes mesmos princípios e

diretrizes objetivando a redução da distância entre o ensino e os cenários de prática na área da saúde.

Para além da Rede de Integração, a composição da PGTES traz a análise da situação dos trabalhadores de saúde do SUS-Bahia. Dentre as constatações e descobertas que puderam advir desta análise, a mais relevante, para este estudo, é a que refere-se à intervenção sobre a formação e qualificação dos trabalhadores em atividade, bem como a identificação da inexistência de uma Política que regulamente a Gestão do Trabalho e a Educação Permanente em Saúde no SUS – BA, fator que levou à construção da Política em pauta. A partir dessa análise, foram elencados problemas e para cada um elaborado um objetivo. Desse modo, a Política pôde estabelecer prioridades e linhas de ação para a resolução dos mesmos. Os problemas e objetivos mencionados aparecem no quadro abaixo.

Quadro 7 – Problemas e Objetivos na Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde – SUS-BA.

Problema	Objetivo
Precarização das relações de trabalho: vínculos e condições.	Implementar alternativas gerenciais que permitam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e a melhoria das suas condições de trabalho e remuneração.
Fragilidade nas ações, processos, sistemas e instrumentos de gestão de pessoas e do trabalho em saúde.	Implementar mecanismos descentralizados e regionalizados de gestão do trabalho e planejamento das ações de educação permanente, incluindo a mobilização dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS em torno da melhoria das relações entre trabalhadores e destes com os usuários.
Inadequação dos processos pedagógicos, administrativos e financeiros para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores às necessidades do SUS-BA.	Ordenar o processo de formação e capacitação de pessoal de nível médio e superior em saúde
Inadequação na estrutura e funcionamento da SUPERH	Fortalecer a capacidade de gestão estadual da PGTES

Fonte: Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde SUS-BA, 2008.

Constituindo o último elemento de sua composição, as linhas de ação da PGTES “contemplam as atividades a serem desenvolvidas pelas diversas diretorias da SUPERH, em conjunto com as demais superintendências e setores da SESAB, ao nível central e regional. Desse modo, entende-se que a SUPERH manterá um diálogo permanente com as Superintendências de Vigilância da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Regulação em Saúde e Assistência Farmacêutica, bem como os órgãos responsáveis pelo Planejamento, Fundo Estadual de Saúde, Controle Interno, Auditoria e Ouvidoria, no sentido de captar e atender suas necessidades e demandas no que diz respeito à gestão do trabalho e educação permanente dos seus trabalhadores” (p.16)³⁹.

As linhas são: reestruturação, modernização e descentralização da administração dos recursos humanos; estruturação e regionalização da gestão do trabalho e da educação em saúde; desenvolvimento de processos educativos para trabalhadores de saúde de nível médio e desenvolvimento de processos educativos para trabalhadores de nível superior.

Em específico, a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde tratará do desenvolvimento de processos educativos para trabalhadores de nível superior. Para tanto, deverá fomentar a continuidade e o fortalecimento do processo de articulação e diálogo entre as instituições formadoras e unidades de saúde do SUS-BA; buscar adequar os cursos oferecidos pelas instituições de ensino ao levantamento de necessidades e a definição de prioridades em termos da quantidade e perfil dos profissionais requeridos pelo SUS na Bahia, e dar continuidade ao desenvolvimento de parcerias com os órgãos colegiados dos diversos cursos de saúde das Instituições de Ensino Superior da Bahia que se encontram implantando as Novas Diretrizes Curriculares de acordo com as orientações do Ministério da Educação.

Concretizar essas ações é de suma importância para uma política, como a PGTES, em fase de implementação. As políticas, até chegarem a uma efetiva implementação, passam pelo processo de formulação e retroalimentação. Por retroalimentação entende-se o monitoramento que deverá ser realizado durante as etapas de implementação, considerando que nem sempre o formulador da política possui um diagnóstico situacional essencialmente correto e dispõe de todas as informações necessárias ao desenho das propostas programáticas.

Ao monitorar ou retroalimentar a implementação de uma política, o formulador promove oportunidades de realizar correções de rota. Problemas e obstáculos na implementação ocorrerão e estão relacionados a outros problemas de “natureza variada”.

“Em primeiro lugar, resultam de aspectos relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores. Em segundo lugar, são gerados por problemas de natureza política na implementação dos programas ou políticas. Em terceiro lugar, derivam da resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política – em muitos casos setores da própria máquina administrativa estatal” (p. 5)⁴⁰.

Tais problemas podem ainda derivar de uma visão de implementação como um processo simples e linear, deixando de lado aspectos importantes como o envolvimento dos sujeitos interessados na política a parte da formulação da política.

Nesta visão, a política é implementada de cima para baixo (top-down) vigorando exclusivamente, a ação governamental. A adoção da implementação neste modelo é característico de estruturas altamente rígidas, hierarquizadas e burocráticas. Tal postura é fortemente determinada por uma crença em uma coordenação perfeita, com clareza de objetivos, controle e consenso em torno de um programa ou política.

Contudo, para Silva e Melo⁴⁰, a implementação de políticas pode também ser vista como um jogo. Neste, a rede, o aprendizado institucional e os atores que executam e dão vida à política constituem-se em peças primordiais para que o êxito seja alcançado. A implementação como um jogo parte do pressuposto de que os formuladores de políticas públicas operam em um ambiente carregado de incertezas que se manifestam em vários níveis (p. 9-10)⁴⁰.

Nível 1 – “Os formuladores de política - mas também os próprios especialistas e estudiosos – enfrentam grandes limitações cognitivas sobre os fenômenos sobre os quais intervêm. Tais limitações derivam, em última instância, da complexidade dos fenômenos sociais com os quais lidam e das próprias limitações dos conhecimentos das disciplinas sociais sobre a sociedade;

Nível 2 – Os formuladores de política não controlam nem muito menos tem condições de prever as contingências que podem afetar a operacionalização da política no futuro;

Nível 3 – Planos ou programas são documentos que delimitam apenas um conjunto limitado de cursos de ação e decisões que os agentes devem seguir ou tomar. Um amplo espaço para o

comportamento discricionário dos agentes implementadores está aberto. Frequentemente avaliado de forma negativa pela cultura burocrática dominante, esse espaço é o lugar de práticas inovadoras e criativas;

Nível 4 – Os formuladores expressam suas preferências individuais ou coletivas através de programas e políticas, cujo conteúdo substantivo pode ser divergente daquele da coletividade. Projetos e programas não podem ser vistos como um projeto ideal e coletivo mas como “experimentação social”.

Segundo Silva e Melo⁴⁰, neste jogo, o agente executor de políticas exerce um papel preponderante no que tange ao sucesso da implementação. Independente do que pensa e almeja o formulador, conquistar e levar o implementador a aderir a proposta é tão ou mais importante que a viabilidade política (contexto favorável) e existência de recursos. Diante disso é possível concluir que os formuladores da PGTES adotaram como modelo para sua implementação o jogo político baseado na lógica de redes.

Nesse sentido, considerando a participação dos diversos atores na formulação da PGTES e a busca por sua implementação através da adesão dos componentes da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde e que são seus agentes executores, pode-se daí depreender que o seu ciclo de implementação não se circunscreve a uma forma simples e linear, de cima para baixo. A implementação da PGTES vem ocorrendo em acordo com o Plano de Ação da Área de Recursos Humanos integrado ao Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

4.4. NÚCLEOS DE RECURSOS HUMANOS

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia desenvolveu, a partir da interlocução com os componentes da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, uma proposta de constituição e/ou fortalecimento dos chamados Núcleos de Gestão de Pessoal e Educação Permanente em Saúde (NGPES), através da Escola Estadual de Saúde Pública, cuja principal ferramenta para a conformação destes é o Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde.

Estes núcleos vêm atender à necessidade de qualificação de quadros gerenciais que possam conduzir processos políticos de dimensionamento, planejamento, qualificação e valorização dos trabalhadores de saúde, repercutindo na sua vinculação com o SUS. Dados

levantados pela Secretaria, por meio da Superintendência de Recursos Humanos, constataram que a formação dos trabalhadores do setor saúde é um dos grandes desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Na área de gestão de pessoas e educação permanente, entre as lacunas historicamente acumuladas, despontam questões como (p. 5)⁴¹:

1. “Falta de participação das unidades nos processos decisórios internos e externos”;
2. “Fragilidade nas ações, processos, sistemas e instrumentos de gestão de pessoas e do trabalho em saúde”;
3. “Inadequação dos processos pedagógicos, administrativos e financeiros para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores às necessidades do SUS-BA”;
4. “Insuficiência de qualificação técnica e de especialização na área de saúde dos gestores”;
5. “Ênfase em atividades de natureza administrativa sem incorporação de tecnologias de planejamento”;
6. “Precarização das relações de trabalho, vínculos e condições”;
7. “Profusão de iniciativas e processos educativos pontuais, desarticulados e fragmentados, e a desestruturação dos setores de gestão de pessoal/educação permanente”.

Para tanto, a proposta do curso de especialização mencionado centra-se na qualificação técnica, teórica, política e pedagógica dos profissionais cuja atuação guarde estreita relação com o processo de gestão local dos núcleos de gestão de pessoal e educação permanente em saúde. A proposta, nesse sentido, vem em atendimento a uma solicitação feita por um trabalhador da Secretaria de Saúde ao asseverar que “a organização dos setores de Educação Permanente, dentro das unidades, deverá ocorrer com nomeação formal dos responsáveis de cada unidade”.

A centralidade, que ainda persiste, na gestão do trabalho pode ser explicada a partir do processo de reorganização interna instaurado, entre 1965 e 1967, pelo Ministério da Saúde e a Previdência Social em suas próprias estruturas. Nessa reorganização, a formação de recursos humanos passou a adotar como parâmetro para a sua realização, a promoção de capacitações que qualificasse pessoas com vistas a efetividade das funções de planejamento e administração⁴².

A administração tinha por base os enfoques do modelo de administração científica de Taylor. A organização científica do trabalho de Frederick W. Taylor defendia cinco princípios básicos (p. 342)⁴³:

1. “O planejamento do trabalho da organização, como responsabilidade do gerente, e a execução das tarefas, como responsabilidade dos trabalhadores”;
2. “A utilização de métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de fazer o trabalho”;
3. “A seleção da melhor pessoa para desempenho dos cargos”;
4. “O treinamento do trabalhador para o desempenho mais eficiente da função”;
5. “A fiscalização do desempenho do trabalhador para assegurar que os procedimentos apropriados de trabalho sejam seguidos e que os resultados adequados sejam atingidos”.

Para a saúde, a dificuldade em adequar-se a este modelo está nas constantes mudanças do processo de trabalho, por sua vez, determinado pelas inovações tecnológicas. Como este modelo está voltado para objetivos predeterminados e não foi preparado para a inovação, a sua incompatibilidade com a área da saúde impõe severas limitações ao seu desenvolvimento no atendimento às necessidades de saúde da população.

Os profissionais de saúde que integram a Rede percebem e verbalizam essa incompatibilidade entre a forma de gerir/administrar recursos humanos na gestão do trabalho e a evolução da tecnologia que vem “possibilitando a introdução de novas composições do trabalho, exigindo, assim, uma forte capacidade de adaptação organizacional” (p. 342)⁴³.

Acompanhando essa adaptação organizacional, são indispensáveis novas atitudes e modelos gerenciais, bem como capacitações que busquem adequar o avanço tecnológico ao perfil epidemiológico da população atendida pelos serviços.

Um trabalhador da SES ao questionar: “o fortalecimento dos setores de Recursos Humanos/Educação Permanente nas unidades se dará apenas criando os núcleos ou o central é a reorganização do processo de trabalho dentro das unidades?”, permite deduzir que há uma legítima preocupação em fortalecer os setores de Recursos Humanos, não obstante o entendimento de que a criação dos núcleos, ou o fortalecimento dos já existentes, não será suficiente para reorganizar o processo de trabalho nas unidades de saúde.

Uma profunda mudança no processo de trabalho precisará ocorrer com vistas a não transformação os núcleos em estruturas estanques e que não acompanharão os diversos avanços trazidos pela perspectiva tecnológica e gerencial do mundo do trabalho, permanecendo estagnado e com baixo índice de qualidade no atendimento ao usuário do SUS. Corroborando com o questionamento acima, Lima⁴³ afirma que:

“no cenário institucional brasileiro confrontam-se o arcaico e o moderno, não sendo possível visualizarmos um modelo organizacional predominante. É tão diversificada a realidade do nosso País que a modernização dos sistemas de gestão pode significar uma utopia, para muitas organizações, ou um desafio extremamente penoso, para outras. Muitas das “organizações tradicionais” têm dificuldades para modificar suas estruturas básicas, sua cultura e suas práticas. Quase sempre as mudanças não passam de maquiagem. O resultado dessas reformas é o desencanto e a decepção com a administração e o aprofundamento das contradições entre as “velhas” estruturas e práticas e as necessidade de modernização que o contexto mundial exige” (p. 343).

Para melhor entender os núcleos, faz-se necessário saber quem é considerado como recurso humano na saúde. Neste setor, o pessoal de todos os níveis, das instituições que compõem a saúde, é recurso humano. Já o desenvolvimento de recursos humanos é um processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico e ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores do setor⁴².

O desenvolvimento de Recursos Humanos guarda relação com a necessidade de reestruturação em sua administração. Dentro dela deverão estar previstos os princípios que regerão as carreiras de pessoal na administração pública. Para Nogueira⁴⁴, “a carreira é um meio moderno de valorização da força de trabalho, é a parte de uma necessária justiça redistributiva voltada para o reconhecimento dos mérito e do esforço pessoal” (p. 432).

Os profissionais de saúde da Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde atribuem, também, aos Núcleos de Gestão de Pessoal e Educação Permanente em Saúde, a responsabilidade pelo gerenciamento de processos tais como reposição de pessoal após exoneração, aposentadorias e movimentações; correção de distorções salariais entre profissionais que realizam as mesmas atividades, inclusive preceptoria/supervisão de estudantes; ausência de um banco de dados atualizado sobre sua vida funcional e longo espaço de tempo sem realização de concursos públicos com vistas a redução da sobrecarga.

Tal preocupação é evidenciada na fala do gestor (superintendente) ao dizer que “dentro desse processo de reestruturação, modernização e descentralização da administração dos recursos humanos destaca-se a implantação dos Núcleos Descentralizados de Gestão de Pessoas e a coordenação e execução de concursos públicos para preenchimento dos postos de trabalho existentes e a serem criados”.

O concurso público nesta opinião permite inferir que o vínculo é importante para a reestruturação, dirimindo problemas que afetam o trabalho. Segundo Nogueira⁴⁴, “a carreira serve diretamente à conservação das diretrizes políticas e à persistência de propósitos, que, por sua vez, esperadamente, devem inspirar-se na missão institucional. Por isto, as organizações públicas ainda precisarão contar com algum mecanismo permanente de vínculo e ascensão de seu pessoal, especialmente para os escalões que exercem função de gestão, mas também para variados tipos de pessoal técnico e auxiliar” (p. 432).

Diante destes fatores a educação e a formação em saúde são desfavorecidas nas principais agendas de discussão da gestão. Um trabalhador da Escola Estadual de Saúde Pública asseverou que “a conformação dos campos de prática tendo por base o respeito às especificidades de cada região de saúde e às suas necessidades de saúde deverá contar com o fortalecimento dos setores de Educação Permanente, que muitas vezes ficam responsáveis pela administração de RH em detrimento das práticas educativas”.

A gestão da rede de serviços aponta para um processo de modernização e reestruturação da administração dos recursos humanos tendo na implantação dos núcleos uma das estratégias para potencializar a gestão do trabalho.

Ainda na rede de serviços, mesmo reconhecendo a importância dos processos educativos, a gestão do trabalho acaba sendo priorizada deixando as práticas educativas, também demandas desses núcleos e dos setores de recursos humanos, relegados ao esquecimento, corroborando com o não cumprimento pelo SUS, da responsabilidade em ordenar a formação.

Este fato é evidenciado pela necessidade em nomear os responsáveis pela educação permanente nas unidades, bem como o seu objeto de trabalho, ou seja, os processos educativos e formativos em saúde.

Confirmando esta perspectiva, a rede de ensino solicita o fortalecimento destes setores e em alguns casos, mesmo existindo, nem os percebem, ao afirmarem que não foram implantados.

Ao reconhecer estes obstáculos enfrentados pela rede na gestão de recursos humanos e dos processos de educação permanente, que se defende a potencialidade dos núcleos de gestão de pessoal e educação permanente em saúde como espaços onde as duas pautas, gestão do trabalho e educação em saúde, circularão tendo, cada uma, profissionais responsáveis equilibrando a relação de forças entre o trabalho e a educação, no esforço contínuo de integração destas esferas.

4.5. CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE PRÁTICAS E ESTÁGIOS NA REDE SUS-BA E AS CONTRAPARTIDAS

A caracterização dos campos de práticas e estágios da Rede SUS-BA consiste em definir parâmetros para a realização dos estágios curriculares obrigatórios e não-obrigatórios, constituídos na Secretaria da Saúde do Estado, com vistas ao cumprimento das políticas, normas e legislações referentes a formação dos trabalhadores para o SUS.

Este processo surge da necessidade de regulação destes campos pelo Fluxo Normativo de Concessão envolvendo, para tanto, os profissionais responsáveis pela supervisão dos estudantes e coordenações dos recursos humanos das unidades, locais estratégicos por onde passam os profissionais em formação ao chegarem às unidades para o estágio.

Diante de um contexto em que a desregulação dos campos, a desestruturação na organização político-gerencial da Secretaria, o desconhecimento da capacidade instalada das unidades, a expansão desordenada do ensino e o não enfrentamento dos desafios postos ao campo da formação profissional, importantes ao engendramento das mudanças curriculares em acordo com as necessidades do SUS, a caracterização surge como possibilidade de dar início a uma reversão deste quadro por meio de um diagnóstico situacional a ser elaborado em meio ao universo das práticas educativas em saúde.

A opinião de um trabalhador da Secretaria sobre a caracterização vem em acordo a essa idéia de reversão. Segundo ele, “é importante conhecer a capacidade instalada de cada unidade em receber estagiários para permitir o estabelecimento de critérios transparentes e públicos na utilização dos campos de prática”.

A implementação da caracterização tem por objetivo superar a visão do serviço como mero espaço de prática, ao levar em consideração as especificidades e necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, consoantes às peculiaridades da população usuária do SUS⁴⁵.

Por isso mesmo trouxe como um dos seus pontos de apoio o conceito de capacidade pedagógica. A adoção deste conceito ajudará na compreensão e superação de lacunas como a incipiente construção do trabalho sob o prisma da multidisciplinaridade aliada à sobrecarga dos profissionais no cotidiano das práticas em saúde e ocupação dos espaços da assistência pelas universidades públicas e privadas, numa relação nem sempre proporcional. No caso em específico, a ocupação pelas privadas é superior à ocupação impetrada pelas públicas.

A caracterização foi dividida em duas fases e por consequência envolveu um procedimento de seleção das unidades. Para a 1ª (primeira) fase foi feito um levantamento das

unidades da rede própria da Secretaria da Saúde, situadas em Salvador e Região Metropolitana, deixando para a 2ª (segunda) fase as unidades localizadas nas demais macrorregiões do Estado, sob gestão direta e indireta (hospitais da Secretaria com gestão terceirizada por organização social – sem fins lucrativos – e por empresas com fins lucrativos – percentual de lucro no repasse mensal pela Secretaria).

Para dar início a caracterização, reuniões com os membros da equipe técnica, setores de RH das unidades e Diretores antecederam a inserção nas unidades e distribuição do instrumento para a coleta de dados sobre elas. Vale ressaltar que a aplicação dos instrumentos, bem como o monitoramento do processo de coleta, foi realizada pelos técnicos da Escola Estadual de Saúde Pública, em sua estrutura, situados, na Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (CIET).

O instrumento elaborado por esta coordenação, chamado Instrumento de Caracterização e Levantamento Situacional dos Espaços de Práticas e Estágios da Rede Estadual, buscou identificar, prioritariamente, os aspectos relacionados à capacidade de ocupação e oferta de vagas para estágio (capacidade instalada) e o desenho da gestão do setor de educação permanente e recursos humanos.

Na tentativa de conhecer e melhor intervir neste desenho de gestão é que a capacidade pedagógica ganha importância em meio à caracterização e análise dos dados coletados. A capacidade pedagógica pode ser entendida como as condições apresentadas pelas unidades para transformar o SUS em uma rede de ensino-aprendizagem a partir do exercício pelo trabalho no cotidiano do setor saúde. Associado a isso, possuir capacidade pedagógica é também atender com precisão às necessidades da população que chega a uma dada unidade, considerando as suas características sanitárias, regionais e culturais ao mesmo tempo em que possibilita ao estudante vivenciar o SUS como uma Escola. Ou seja, vislumbrar o Sistema Único como espaço de socialização e conjugação de saberes em favor da melhoria da qualidade de vida da população e locus privilegiado da construção e desconstrução do saber, a partir da variedade e especificidade de cada situação com que se depara, propiciando assim, aprendizados constantes, maturação e criatividade nas práticas de saúde.

Para melhor definir e identificar a capacidade pedagógica junto aos trabalhadores da rede de serviços alguns elementos foram listados com o intuito de levá-los a perceber a existência, ou não, e o uso dessa capacidade nas unidades tais como: o desenvolvimento de atividades de qualificação (seminário, acolhimento ou introdutórios, palestras, cursos, sessões temáticas ou científicas), profissionais que exerçam a docência em instituições de ensino quando não estão na assistência como supervisores, apresentação e discussão entre as

unidades e as instituições formadoras dos planos de estágio propostos pelas últimas a serem desenvolvidos nos espaços de trabalho em saúde, desenvolvimento de pesquisas, bem como devolução e socialização destas.

Já no que tange à ocupação dos campos por área de saúde e natureza das Instituições de Ensino Superior, a coleta dos dados possibilitou entrever o quantitativo de estudantes que circulam pelas unidades do SUS-BA, os cursos de saúde a que estão vinculados e a predominância destes, em um determinado momento (o da aplicação do instrumento), bem como a predominância de alguns cursos como enfermagem, medicina, serviço social e psicologia.

Por ter ocorrido em um período de tempo específico (de setembro de 2008 a abril de 2009), a caracterização não conseguiu efetivamente precisar o número real de estudantes que é inserido nas práticas de estágio nas unidades. Para correção dessa distorção, a 2ª (segunda) fase da caracterização ocorrerá nos meses de dezembro de 2009 e janeiro de 2010 e junho/julho de 2010 quando são realizadas as solicitações para estágio pelas universidades para a Secretaria da Saúde, oficialmente, pela Escola Estadual de Saúde Pública.

Entretanto, a caracterização trouxe à tona outro entrave. Algumas universidades inserem os seus estudantes nas unidades sem antes solicitar a Secretaria, pela Escola, por meio de relações que estabelecem com os próprios trabalhadores ou gestores das unidades contribuindo, desse modo, com a deslegitimação e enfraquecimento do Fluxo para Concessão dos Campos de Prática e Estágios da Rede SUS-BA.

Por esta razão o fortalecimento e socialização do fluxo se fazem imprescindíveis dentro da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde. Assim, o ordenamento da formação em saúde e a regulação das práticas poderão ocorrer com o estabelecimento de critérios claros para a ocupação dos campos, equilibrando as relações entre as unidades e instituições de ensino públicas e privadas, potencializando o processo de aprendizagem e construção de conhecimento pelos estudantes fomentando perspectivas para a negociação das contrapartidas. Um trabalhador da Escola Estadual de Saúde Pública afirmou que “a Escola Estadual de Saúde Pública irá agendar com as unidades de prestação de serviços e as instituições de ensino reuniões para pactuar as contrapartidas materiais e de capacitação em relação às unidades que são utilizadas enquanto campo de práticas”. Um outro trabalhador da Secretaria corrobora com esta opinião ao dizer que “é preciso definir as contrapartidas a serem negociadas com a mediação da SESAB”.

As contrapartidas, tão necessárias como uma devolutiva ao serviço, devem primar pela valorização dos profissionais que nele se encontram e qualidade dos processos formativos dos

quais são atores-chave, incluindo para tanto capacitações e reformas infra-estruturais ou aquisições de materiais permanente e de consumo para as unidades. É, portanto, indispensável acompanhar o cumprimento das contrapartidas negociadas como afirmou um docente: “há necessidade de monitoramento das contrapartidas negociadas”.

A relevância e legitimidade da caracterização estão presentes nas opiniões dos atores quando estes afirmam ser necessário conhecer a capacidade instalada das unidades para melhor estabelecer critérios para a ocupação dos campos de prática e estágios na Rede SUS-BA.

A contrapartida surge como uma preocupação comum à rede de serviços e a rede de ensino. Definir e monitorar o cumprimento das contrapartidas é tão importante quanto as transformações das práticas em saúde e o processo formativo dos estudantes. Para a negociação, a Secretaria da Saúde é apontada como mediadora e tem na Escola Estadual de Saúde Pública sua representante para pactuação destas.

A rede reforça a importância da caracterização e negociação das contrapartidas e tem pela gestão, através do Secretário de Saúde, a legitimidade para tal como expressa uma de suas falas: “a contrapartida deverá existir como consequência natural do custo que advém da presença de estagiários na unidade. Uma das formas que a corporificam é a oferta por parte das IES de processos de educação permanente para os profissionais da unidade em que ocorre o estágio”. Neste ponto, a rede defende que não haverá melhora nas práticas educativas e regulação dos campos sem uma efetiva negociação de contrapartidas, superação dos desafios e fortalecimento das experiências educativas exitosas identificados pela caracterização.

4.6. NORMAS SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DOS ESTÁGIOS

A Rede, em seu aspecto normativo, necessita de instrumentos que regulem as relações que se estabelecem entre os sujeitos que a constituem. Tendo em vista a redução das disputas pelo poder (decisório, financeiro, político, etc.) o gestor (superintendente) afirma que “a estreita interlocução com as unidades de saúde é um meio de reforçar o monitoramento dos estágios”. Como as disputas comprometem o desenvolvimento dos projetos coletivos, é preciso incentivar a busca por relações de cooperação e co-responsabilidade entre os sujeitos, levando-os ao cumprimento das normas estabelecidas. Assim, esses sujeitos assumem as obrigações referentes às suas atribuições corroborando com o alcance de um mesmo objetivo e ao mesmo tempo conferindo estabilidade e confiança às relações.

Para tanto, a Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde precisa potencializar a difusão destas normatizações. A Rede vale-se de dois instrumentos normativos, a Lei N° 11.788 e o Fluxo para Concessão dos Estágios Supervisionados, conforme descrição abaixo:

4.6.1. LEI N° 11.788

A Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, dispõe sobre o estágio de estudantes e apresenta a definição, classificação e as relações de estágio.

Segundo a Lei, o “estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos”⁴⁶.

O estágio é trazido pela 11.788 como elemento constituinte do projeto pedagógico do curso através do qual o estudante prepara-se e é preparado para o trabalho a partir da sua matriz curricular, a depender do curso, e das competências que desenvolve em seu processo formativo.

Na Lei, os estágios são classificados como obrigatórios e não – obrigatórios. O que os diferencia é a determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso. O estágio obrigatório é aquele cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma. O não – obrigatório é o desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

Para o acompanhamento destes, é imprescindível que haja um professor orientador (oriundo da instituição formadora) e um supervisor (profissional do serviço). Estes dois atores, professor orientador e supervisor, compõem e situam-se na Rede de Integração da Educação e Trabalho no SUS – BA, com atuação exigida pelo Fluxo para Concessão dos Estágios em acordo e obediência a Lei em discussão. Com o estabelecimento do convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde (concedente) e a Instituição de Ensino Superior (conveniente) com vistas a concessão dos cenários de prática para a aprendizagem, o estagiário só poderá comparecer a unidade de saúde acompanhado pelo supervisor e com comprovação, mediante assinatura (pelo estudante, professor orientador e supervisor) de um Termo de Compromisso, da existência de um monitoramento realizado por um representante (docente) da instituição de ensino a que esteja vinculado.

A Lei, em seus capítulos II, III e IV, especificamente, elenca as obrigações das partes conferindo maior organização e possibilidade de ordenar a formação ao clarificar o que dependerá de cada um dos protagonistas, envolvidos na prática do estágio. No capítulo II, Da Instituição de Ensino, destaca-se a indicação do professor orientador como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário.

Nos capítulos III e IV, respectivamente, Da Parte Concedente e Do Estagiário são dignos de nota os aspectos referentes a necessária celebração de termo de compromisso com a instituição de ensino e o educando, zelando por seu cumprimento; a oferta de instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural; redução da carga horária do estudante à metade, segundo estipulado no termo de compromisso, nos períodos de avaliação, para garantir o bom desempenho do estudante.

Sendo assim, a Lei 11.788 vem subsidiar o instrumento normativo utilizado pela Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, ou seja, o Fluxo para Concessão dos Campos de Estágios Supervisionados, ao tempo em que o legitima e fortalece perante seus componentes.

Ao normatizar as relações estabelecidas e mantidas dentro da Rede, a Lei possibilita a redução das disputas entre as instituições formadoras públicas e privadas, favorece o alinhamento das práticas em torno de um modelo pedagógico aluno – centrado em implementação e enseja a construção de um novo modelo assistencial ou substituição do vigente.

4.6.2. FLUXO E NORMAS PARA CONCESSÃO DOS ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

Com o objetivo de acompanhar as práticas e os estágios realizados nas unidades de saúde, regular a concessão dos campos e definir as responsabilidades das partes envolvidas (Escola Estadual de Saúde Pública, Instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, preceptores/supervisores de estágio e estudantes) foi criado, em 2008, o Fluxo para Concessão dos Campos de Práticas e Estágios na Rede SUS-BA.

Sendo o Sistema Único de Saúde do estado da Bahia campo privilegiado para a formação em saúde, salvaguardando a premissa constitucional de ser ele o responsável pelo ordenamento da formação dos recursos humanos para o setor, a concessão das suas unidades como campos de prática, para instituições de ensino de natureza pública e/ou privada,

necessita de uma normatização que compreenda as etapas desde a solicitação dos campos até a saída do estudante destes espaços ao concluir o seu estágio.

Essa normatização foi construída pela Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde com a participação dos profissionais das unidades e técnicos da Escola Estadual de Saúde Pública e Escola de Formação Técnica em Saúde. Cabe aqui uma consideração sobre a participação da Escola de Formação Técnica em Saúde. Sendo ela responsável pela formação dos profissionais de saúde de nível médio e regulação dos campos para as escolas, também de nível médio, a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, da qual faz parte, optou pela elaboração de um documento único para os dois níveis (médio e superior) considerando a mesma finalidade a ser atingida pelos dois, ou seja, ordenar a formação em saúde.

No Estado da Bahia não há uma única estrutura formal voltada para os processos educativos de formação de pessoal para o SUS que compreenda os dois níveis. Como citado acima há uma escola destinada ao nível superior e outra ao nível médio. Apesar do fluxo regular os campos de práticas e estágios para os níveis superior e médio, neste estudo, a análise referente ao instrumento normatizador em questão irá voltar-se aos itens relacionados ao nível superior.

Outro ponto merecedor de destaque na fase de elaboração do Fluxo está na não participação das universidades. Essa decisão foi fruto de um consenso entre a Escola Estadual de Saúde Pública e os profissionais da Rede diante da ocupação desordenada das unidades pelas instituições de ensino superior. A imposição das universidades às unidades para que recebessem estagiários, em alguns casos com anuência dos gestores, a não oferta de contrapartida e o desgaste sofrido pelos profissionais de saúde/preceptores ao acompanhar estudantes e prestar atendimento aos usuários, até mesmo sem remuneração por isso, foram fatores que juntos levaram essa situação ao insustentável.

Concluindo que era preciso estabelecer regras para a entrada dos estudantes nas unidades, bem como desconstruir a imagem formada pelas universidades de que o SUS se restringe a um espaço utilizado para complemento da carga horária exigida por seus currículos, firmou-se um consenso de que a socialização dessa normatização, para as universidades, seria efetuada após sua conclusão dentro da Rede, pelos profissionais das unidades e da Escola Estadual de Saúde Pública.

O Fluxo, porém, não se circunscreve ao aspecto meramente regulatório e normativo. Nele estão descritas práticas pedagógicas, orientações para a realização destas mesmas práticas, organização de oficinas de educação permanente e acompanhamento pedagógico,

bem como a defesa do uso de metodologias ativas que reconheçam o estudante como sujeito de aprendizagem e futuro trabalhador do SUS.

Concluída a elaboração do Fluxo, ficou evidente a necessidade de difundí-lo entre as universidades conveniadas ou que apresentassem essa pretensão. Um trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde deixa entrever essa preocupação ao dizer que “é preciso realizar um levantamento e publicização dos materiais normativos que regem as práticas educativas referentes aos estágios na Rede Estadual”. Tal afirmativa advém da constatação de que a existência do Fluxo, exclusivamente, não garantirá a plena regulação dos campos com uma incipiente disseminação/publicação do Fluxo entre as IES. Além da socialização era preciso levar as universidades a entenderem que a concessão só iria ocorrer mediante cumprimento do que foi estabelecido pelo Fluxo.

Entretanto, a Rede permaneceu por um longo tempo sem oportunizar as universidades a conhecerem o Fluxo. As oficinas e seminários priorizavam outros temas emergentes e a regulação dos campos, bem como o Fluxo foi sendo preterida.

As duas opiniões mencionadas nesse capítulo convergem para o mesmo ponto, ou seja, a necessidade de organizar a concessão dos campos por um instrumento normativo, ordenar a formação, estabelecer as obrigações das partes no que tange a operacionalização do estágio e nomatizar as relações, nem sempre equilibradas, entre as instituições de ensino e o serviço.

A Rede aqui possibilita entrever uma de suas fragilidades, ao não promover espaços para socialização, debate e implementação do Fluxo normativo, regulatório e de cunho pedagógico, junto às universidades.

A perpetuidade dessa conduta deslegitima o fluxo, as próprias unidades e compromete os acordos firmados no Termo de Compromisso, assinado pela Instituição de Ensino, Unidade e Estudante, pelo não fortalecimento do Fluxo.

Identificada essa fragilidade, a partir da VII Oficina de Educação Permanente, conforme consta em relatório, a Rede passa a apresentar e discutir o Fluxo com os seus componentes no intuito de a ele conferir condições efetivas de implementação e cumprimento das normas nele descritas.

A Lei 11.788 trouxe importante incentivo para este movimento e respaldo jurídico para o seu desenvolvimento frente aos serviços e unidades formadoras, ainda habituadas, pela inexistência de instrumentos normativos à desregulação.

Seguindo a sua disposição, o Fluxo apresenta os seguintes itens⁴⁷:

1. Da Solicitação

Após aprovação do convênio, a instituição de ensino solicitará a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) os locais para estágio, de acordo com as especificidades de cada curso. Na solicitação deverá constar o período do estágio, nome do docente responsável pelo acompanhamento didático – pedagógico dos discentes com número de registro nos respectivos Conselhos de Classe, em conformidade com o Artigo 7º, inciso III, da Lei N° 11.788.

2. Recebimento da Solicitação

- ❖ A Superintendência de Recursos Humanos, através da Escola Estadual de Saúde Pública, irá analisar as solicitações de estágios, capacidade de oferta da unidade, vigência do convênio e cumprimento das responsabilidades pela Instituição de Ensino que está solicitando o estágio. A Escola entra em contato com a Unidade Pública de Saúde para analisar em conjunto a adequação e possibilidades, de acordo com seu Regimento Interno e de Ensino e sua capacidade instalada;
- ❖ A EESP deverá agendar junto a Instituição de Ensino e ao profissional responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de Saúde, data para planejamento das atividades considerando a matriz curricular específica e a disponibilidade das respectivas unidades; assim como para pactuar a programação das atividades do estágio a serem realizadas com o corpo técnico da unidade (recepção dos alunos, socialização do vídeo sobre o SUS ou informações do funcionamento geral da unidade, aula de biossegurança etc.) com antecedência mínima de 45 dias;
- ❖ Neste encontro será entregue a cópia da apólice do seguro contra acidentes pessoais dos discentes no semestre dos estágios atendendo o disposto no Artigo 8º do Decreto N° 87.497 de 01 de agosto de 1982 e na Cláusula Sexta do Termo de Convênio; relação nominal dos discentes com número do CPF dos mesmos e o Termo de Compromisso assinado por eles e pela Instituição de Ensino, respeitando o número máximo de 06 (seis) discentes por grupo de estágios ou de acordo com a capacidade instalada da Unidade de Saúde;
- ❖ A EESP e a Instituição de Ensino deverão organizar a cada semestre, uma oficina de acolhimento e integração envolvendo todos os alunos, professores de todos os cursos e categorias que irão, no período de seis meses, realizar estágios em uma dada unidade. Nesta oportunidade, as Diretrizes e os Princípios do SUS e as necessidades da Unidade

que oferece o estágio deverão ser explicitados; além disso, deverão ser estabelecidos pactos para a realização do cumprimento das demandas do serviço durante aquele período indicando que assim como a instituição de ensino e os estudantes, o serviço também precisa de apoio para se estruturar e desenvolver.

3. Da Realização dos Estágios

- ❖ A Unidade Pública de Saúde deverá estabelecer comunicação, fazendo a mediação e articulação interna entre os setores e profissionais que vão receber os discentes e o docente responsável pelo acompanhamento;
- ❖ Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e outros materiais a serem usados pelos estagiários deverão ser garantidos de acordo com o Termo Aditivo do convênio que se refere à contrapartida;
- ❖ O docente responsável pelo estágio deverá dirigir-se sempre, em caso de dúvida, ao responsável pela unidade e/ou coordenação do serviço, sobretudo, quando necessitar de orientações de cunho técnico para orientação e realização de procedimentos especializados, próprios dessa Unidade de Saúde.

4. Da Avaliação

- ❖ A Unidade Pública de Saúde deverá estabelecer processos de avaliação do desenvolvimento dos estágios no serviço, apresentando dificuldades, sugestões e propostas para melhoria da qualidade da atenção na Unidade de Saúde, enviando relatórios a EESP, ao final de cada semestre;
- ❖ A Instituição de Ensino deverá apresentar relatório semestralmente do desenvolvimento dos estágios curriculares e outras atividades de integração ensino-serviço, ao responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de saúde encaminhando cópias também a EESP.

5. Da Realização de Pesquisas

- ❖ A Instituição de Ensino deverá apresentar o projeto de pesquisa na Unidade Pública de Saúde antes que seja encaminhado ao Comitê de Ética;

- ❖ A Unidade Pública de Saúde deverá viabilizar a participação dos técnicos da unidade nas atividades de pesquisa e de extensão realizados pela Instituição de Ensino;
- ❖ A EESP deverá garantir que o TCC seja apresentado na unidade onde a pesquisa foi realizada, estabelecendo agenda.

Para melhor explicitar a fundamentação do Fluxo com base na Lei N° 11.788 segue o quadro abaixo:

Quadro 8 – Comparativo entre o Fluxo para Concessão dos Estágios Supervisionados e a Lei 11.788.

Fluxo	Lei 11.788
Após aprovação do convênio, a instituição de ensino solicitará a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) os locais para estágio, de acordo com as especificidades de cada curso. Na solicitação deverá constar o período do estágio, nome do docente responsável pelo acompanhamento didático – pedagógico dos discentes, com número de registro nos respectivos Conselhos de Classe.	Artigo 7º, Inciso III – Indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário.
A Superintendência de Recursos Humanos, através da Escola Estadual de Saúde Pública, irá analisar as solicitações de estágios, capacidade de oferta da unidade, vigência do convênio e cumprimento das responsabilidades pela Instituição de ensino que está solicitando o estágio. A Escola entra em contato com a Unidade Pública de Saúde para analisar em conjunto a adequação e possibilidades, de acordo com seu Regimento Interno e de Ensino e sua capacidade instalada.	Artigo 9º, Inciso II – Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural.
A EESP deverá agendar junto a Instituição	Artigo 7º, Parágrafo Único – A celebração de

<p>de Ensino e ao profissional responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de Saúde, data para planejamento das atividades considerando a matriz curricular específica e a disponibilidade das respectivas unidades; assim como para pactuar a programação das atividades do estágio a serem realizadas com o corpo técnico da unidade (recepção dos alunos, socialização do vídeo sobre o SUS ou informações do funcionamento geral da unidade, aula de biossegurança etc.) com antecedência mínima de 45 dias.</p>	<p>convênio de concessão de estágio entre a instituição de ensino e a parte concedente não dispensa a celebração do termo de compromisso de que trata o inciso II do caput do art. 3º desta Lei;</p> <p>Artigo 8º – É facultado às instituições de ensino celebrar com entes públicos e privados convênio de concessão de estágio, nos quais se explicitem o processo educativo compreendido nas atividades programadas para seus educandos e as condições de que tratam os arts. 6º a 14º desta Lei.</p>
<p>Neste encontro será entregue a cópia da apólice do seguro contra acidentes pessoais dos discentes no semestre dos estágios atendendo o disposto no Artigo 8º do Decreto N° 87.497 de 01 de agosto de 1982 e na Cláusula Sexta do Termo de Convênio; relação nominal dos discentes com número do CPF dos mesmos e o Termo de Compromisso assinado por eles e pela Instituição de Ensino, respeitando o número máximo de 06 (seis) discentes por grupo de estágios ou de acordo com a capacidade instalada da Unidade de Saúde.</p>	<p>Artigo 9º, Parágrafo Único – No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro de que trata o inciso IV do caput deste artigo poderá, alternativamente, ser assumida pela instituição de ensino;</p> <p>Artigo 9º, Inciso III – Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente;</p> <p>Artigo 16º – O termo de compromisso deverá ser firmado pelo estagiário ou com seu representante ou assistente legal e pelos representantes legais da parte concedente e da instituição de ensino, vedada a atuação dos agentes de integração a que se refere o art. 5º</p>

	desta Lei como representante de qualquer das partes.
A Unidade Pública de Saúde deverá estabelecer comunicação, fazendo a mediação e articulação interna entre os setores e profissionais que vão receber os discentes e o docente responsável pelo acompanhamento.	<p>Artigo 7º, Inciso III – Indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;</p> <p>Artigo 9º, Inciso III – Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente.</p>
A Unidade Pública de Saúde deverá estabelecer processos de avaliação do desenvolvimento dos estágios no serviço, apresentando dificuldades, sugestões e propostas para melhoria da qualidade da atenção na Unidade de Saúde, enviando relatórios a EESP, ao final de cada semestre.	<p>Artigo 7º, Inciso VI – elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;</p> <p>Artigo 7º, Parágrafo Único – O Plano de atividades do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do art. 3º desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante;</p> <p>Artigo 9º, Inciso 7 – Enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.</p>
A Instituição de Ensino deverá apresentar relatório semestralmente do desenvolvimento dos estágios curriculares e outras atividades	Artigo 7º, Inciso IV – Exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das

de integração ensino-serviço, ao responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de saúde encaminhando cópias também a EESP.	atividades.
--	-------------

Fonte: Fluxo para a Concessão dos Campos de Práticas e Estágios na Rede SUS-BA, 2008.

4.7. A COMUNICAÇÃO NA REDE DE INTEGRAÇÃO DA EDUCAÇÃO E TRABALHO NA SAÚDE

Um dos pilares para a manutenção e o fortalecimento da rede é a comunicação que se estabelece em sua tessitura.

Dentro dela, a comunicação gira em torno de um objeto comum, especificamente a formação em saúde, do qual derivam redes menores, ou malhas, constituídas de sujeitos relacionados a aspectos particulares do processo de formação em saúde a exemplo do perfil do profissional para a farmacologia, a clínica e a saúde pública.

Este objeto, repartido pelas especificidades e/ou especialidades não consegue, entretanto, dissociar-se de outros aspectos concernentes aos interesses das pessoas ou do conjunto mais amplo da sociedade²⁵.

Daí decorre a mescla das comunidades científicas, por meio dos seus profissionais, com os interesses do conjunto da sociedade, levando-as a tomarem para si a defesa da saúde das populações²⁵.

“Nessa perspectiva, uma característica marcante dessas redes é a busca permanente de articulação entre os interesses dos especialistas e os das comunidades ou grupos sociais mais amplos, considerados de um modo geral como usuários ou consumidores dos bens e serviços que vinculam o conhecimento detido como objeto dessas comunidades científicas ou profissionais” (p. 3)²⁵.

A Rede demonstra concordância com essa busca permanente de articulação quando um dos seus integrantes, um docente, ratifica que “é preciso estruturar uma estratégia de comunicação (presencial, virtual) que permita o fluxo de informações e saberes entre as pessoas participantes da Rede Pró-Saúde, articulando as universidades, unidades de serviços,

secretarias municipais, conselhos municipais, coordenações da atenção básica, equipes de saúde da família”.

Diante disso, Paranaguá²⁵ afirma que a atuação das redes pressupõe o uso dos meios de comunicação à distância, como fator não apenas de veiculação de informação, mas também de construção de consensos e até, consolidação de paradigmas. Tal fato se explica pela constituição das redes permitir o compartilhamento de um objeto que suscita o interesse entre os membros que as constituem e conformam, por consequência, uma comunidade.

Sendo assim, facilmente se estabelece uma conexão “entre o surgimento dessas redes e o desenvolvimento dos instrumentos de transmissão de mensagens, voz e imagem – telegrafo, telefone, telex, rádio, televisão, fax. Do mesmo modo, torna-se evidente a associação entre a proliferação das redes nos últimos anos e o surgimento da Internet”. (p. 3)²⁵.

O destaque para a internet baseia-se no estímulo a interação e em uma comunicação onde todos dialogam com todos. Basta, para tanto, que haja interesse. Diferente do rádio e da televisão que massificam e nem sempre comunicam, a internet possibilita o retorno e alterações nas mensagens, informes ou conceitos trocados. Na internet, o instituído e o instituinte disputam espaços a todo tempo.

Porém, na saúde, a mera troca de e-mails, meio mais difundido de uso da internet, é insuficiente para o estabelecimento de mudanças. Além dessa inserção no mundo virtual, a saúde precisa tornar tangível a sua organização e funcionamento em rede, ao substituir, gradativamente, o modelo das relações hierarquizadas e burocratizantes às quais se habituou.

Com vistas à mudança de paradigma e substituição do modelo hegemônico de saúde, é que a Rede Virtual de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (RVIETS) foi estabelecida contando com a participação de professores, estudantes, gestores e profissionais de saúde com base na colaboração entre os componentes fomentando inúmeras “possibilidades de relacionamento entre atores que podem interagir na rede eletrônica de comunicações, produzindo e permutando conhecimento” (p.8)²⁵.

Esta rede virtual tem funcionalidade garantida pelo Portal EAD-SUS que conta, por sua vez, com uma ferramenta, o moodle, na qual por meio de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) os atores mencionados podem, através de uma participação informada e democrática, partilhar processos de comunicação e construir conhecimentos entre as comunidades científicas e grupos sociais e comunitários²⁵.

A Rede Virtual de Integração da Educação e Trabalho na Saúde foi criada em atendimento ao período de um trabalhador da Secretaria Estadual que disse: “sugiro a criação de uma comunidade virtual para dar continuidade à discussão sobre a rede”.

Desconhecer essa inter-relação, afirma Paranaguá²⁵, seria pretender – por ingenuidade, descuido ou falta de compreensão – construir políticas públicas sem a participação do público.

Reconhecer essa potencialidade das redes, mediatizada pela internet, não desobriga os seus componentes de saberem que²⁵:

1. As redes em saúde ingressam na era da Internet na medida em que (re)compreendem seu próprio campo de atuação incorporando a lógica da organização e funcionamento em rede em substituição ao esquema das hierarquias piramidais e seus modelos de coordenação unidirecional;
2. A internet é apenas uma tecnologia cuja utilização como instrumento de liberdade ou servidão depende da capacidade de conhecimento e da decisão das comunidades de interesse – redes - que a incorporarem à sua prática social;
3. A ação comunicativa das redes constitui-se num desafio teórico e prático a ser equacionado para a conquista do proclamado ideal ético de compromisso com o conjunto da sociedade.

Os representantes dos serviços e do ensino apostam na comunicação virtual como estratégia para a troca de informações e continuidade às discussões iniciadas em momentos de encontros presenciais ou até mesmo na própria Rede Virtual.

Porém, cabe salientar, que em algumas unidades de saúde da Rede Estadual não há uma estrutura tecnológica adequada para a realização desta interlocução via internet. Este fator prejudica a qualidade dos contatos e trocas, bem como aumenta o distanciamento entre os atores. Soma-se a isso, a sobrecarga de trabalho sofrida pelos profissionais no cotidiano das práticas de saúde que os impossibilita de disporem de tempo para o acesso, pelas máquinas, da Rede Virtual.

A rede de ensino, mesmo não enfrentando, ao menos com tamanha intensidade, a falta dessa estruturação, vislumbra na comunicação uma possibilidade de trânsito de informações e saberes entre as universidades, os serviços, as secretarias e conselhos municipais, coordenação da atenção básica e equipes de saúde da família, integrando os atores que compõem uma das sub-redes da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, que é a Rede Pró-Saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

A Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, vista como uma estratégia para articular o ensino e o serviço no Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, apresenta os requisitos básicos de uma rede tais como, a busca pelo estabelecimento de relações mais horizontais entre os seus componentes, uma conformação heterogênea, o aprofundamento da cooperação, a tecnologia da informação, o exercício da governança e a defesa de um objetivo comum.

Ao ter o seu nível de formação analisado, a partir da interação entre os sujeitos que a constituem e do grau de coesão entre estes mesmos sujeitos, a Rede permitiu entrever suas potencialidades, mas também as fragilidades que a permeiam. A partir dessa análise, subsidiada pelo referencial teórico utilizado no Capítulo II, foi detectada a permanência nos níveis da cooperação e associação nos quais a distribuição dos recursos e o aprofundamento da interdependência fazem-se mais presentes. Contudo, a legitimidade do Fluxo para Concessão dos Campos de Estágios e a negociação das contrapartidas ainda não conseguem estabelecer a devida coesão pela diversidade de interesses que suscitam. Se por um lado as universidades não aceitam submeter-se às regras estabelecidas para o uso dos campos de práticas e estágios, por outro as unidades de saúde resistem a estas mesmas instituições formadoras que não aderem às normas mencionadas.

Para além destes níveis, as sete categorias analisadas, a começar pela preceptoria, indicam que a Superintendência de Recursos Humanos, junto às Instituições de Ensino e profissionais dos serviços, deverá amadurecer o entendimento que possui acerca do que vem a ser preceptoria. Junto a este amadurecimento, definir qual o perfil desejado para o preceptor, em acordo com as especificidades e necessidades do SUS na Bahia. A socialização e encontros, a exemplo das oficinas e seminários, são imprescindíveis para a discussão e busca do consenso em relação a essa temática contando com a participação dos integrantes da rede.

Ápos a preceptoria, a educação permanente foi apontada como elemento indispensável à resolubilidade no cotidiano em saúde e maior organização do serviço. Ao agregar a problematização dos processos de trabalho à busca por soluções, aliados a potencialização das práticas formativas com os estudantes, junto aos profissionais, a educação permanente proporciona momentos em que estes mesmos estudantes serão confrontados pelas múltiplas e frequentes mudanças no contexto do trabalho. Nestes confrontos, a criatividade e autonomia serão as aquisições privilegiadas pelo processo de ensino-aprendizagem.

Já a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde SUS-BA (PGTES), terceira categoria analisada, é vista como instrumento, para além do aspecto normativo, propulsor de mudanças no modelo de gestão ainda vigente. Com poucas variações, as opiniões dos atores convergiram para a necessidade de implementar a PGTES, sendo esta considerada como estratégia para resolução dos problemas que permeiam os recursos humanos, sua gestão e processos educativos.

Sobre os Núcleos de Recursos Humanos se percebeu uma legítima preocupação em fortalecer estes setores, não obstante o entendimento de que a criação dos núcleos, ou o fortalecimento dos já existentes, não será suficiente para reorganizar o processo de trabalho nas unidades de saúde. A rede defende a potencialidade dos núcleos de gestão de pessoal e educação permanente em saúde como espaços onde as duas pautas, gestão do trabalho e educação em saúde, circularão, tendo cada uma, profissionais por elas responsáveis, equilibrando a relação de forças entre o trabalho e a educação, no esforço contínuo de integração destas esferas.

A rede reforçou a importância da caracterização e negociação das contrapartidas gerando neste ponto um consenso. Ou seja, não haverá melhoria nas práticas educativas e regulação dos campos sem uma efetiva negociação de contrapartidas, superação dos desafios e fortalecimento das experiências educativas exitosas identificados pela caracterização.

As opiniões trazidas pelos relatórios colocam em evidência dois aspectos: um referente à necessidade de aproximação da Superintendência das Unidades de Saúde em que se realizam os estágios e outro que, explicitamente, traduz a necessidade de conhecer os instrumentos normativos, pela publicização destes, que regulam os estágios dentro da Rede.

Fator digno de nota é a ausência de referências por parte da Rede de Ensino (universidades, professores e estudantes) relacionadas ao fluxo. A rede aqui permite entrever uma de suas fragilidades, ao não promover espaços para socialização, debate e implementação do fluxo normativo, regulatório e de cunho pedagógico, junto às universidades. A perpetuidade dessa conduta deslegitima o fluxo, as próprias unidades e compromete os acordos firmados no Termo de Compromisso, assinado pela Instituição de Ensino, Unidade e Estudante. Identificada essa fragilidade, a partir da VII Oficina de Educação Permanente, conforme consta em relatório, a Rede passa a apresentar e discutir o Fluxo com os seus componentes no intuito de a ele conferir condições efetivas de implementação e cumprimento das normas nele descritas.

A Lei 11.788 trouxe importante incentivo para este movimento e respaldo jurídico para o seu desenvolvimento frente aos serviços e unidades formadoras, ainda habituadas, pela inexistência de instrumentos normativos, bem como aplicabilidade destes, à desregulação.

Sobre a comunicação na Rede, os representantes dos serviços e do ensino apostam na comunicação virtual como estratégia para a troca de informações e continuidade às discussões iniciadas em momentos de encontros presenciais ou até mesmo na própria Rede Virtual. Porém, cabe salientar, que em algumas unidades de saúde da Rede Estadual não há uma estrutura tecnológica adequada para a realização desta interlocução via internet. Este fator prejudica a qualidade dos contatos e trocas, bem como aumenta o distanciamento entre os atores. Soma-se a isso, a sobrecarga de trabalho sofrida pelos profissionais no cotidiano das práticas de saúde que os impossibilita de disporem de tempo para o acesso, pelas máquinas, da Rede Virtual.

Desse modo, considerando as opiniões dos atores e diante do exposto, a implementação e manutenção da existência da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde dependerá do cumprimento das metas estabelecidas para o alcance do objetivo comum por ela definido. Tal objetivo, conforme alusões anteriores, é a formação de recursos humanos para o SUS na Bahia, visando à adequação dos perfis às necessidades e especificidades do Sistema.

A Rede em questão, mesmo apresentando as potencialidades descritas, deverá levar em consideração os caminhos apontados pelos sujeitos que a compõem. São eles, seus construtores e mantenedores, que melhor poderão delinear os seus próximos passos a partir de instrumentos normatizadores que a ela confirmam legitimidade e maiores possibilidades de sustentabilidade e fortalecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conasems, 2008. **A Formação de Profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.**
2. Duarte, ED. Dittz, ES. Madeira, LM. Lopes, TC. A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço-ensino no contexto da saúde perinatal. Pinheiro, R. Mattos, RA de (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** 1 ed. Rio de Janeiro – RJ: IMS/UERS-CEPESC-ABRASCO, p. 333-344, 2006.
3. 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 Brasileira de Educação Médica. V. 32 (3): 356-362, 2008.
4. Feuerwerker, LCM. **Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Revista da ABENO. V. 3 (1): 24-27, 2003.
5. Marsiglia, RG. **Relação Ensino/Serviços.** Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.
6. Koifman, L. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, V. VIII (1): 49-70, 2001.
7. Neto, FB. **Diretrizes Curriculares, certificações e contratualização de hospitais de ensino: o caminho se faz ao andar?** Cadernos ABEM. V. 4: 23-29, 2008.
8. Buss, P. Motta, JIJ. Nunes, TCM. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde.** sl, sd.
Disponível em: www.observatório.nesc.ufrn.br/texto – forma 09pdf. Acesso em: 29 de maio de 2008.
9. Rovere, Mario. **Redes nômade, algumas reflexiones desde uma práctica de intervención institucional.** sl, sd.
Disponível em: www.revmed.unal.edu.co/red/documentos/otros/redes.pdf. Acesso em: 30 de maio de 2008.
10. Sguissardi, V., Silva Jr., JR. **Novas Faces da Educação Superior no Brasil.** Reforma do Estado e Mudanças na Produção. São Paulo: Cortez: 2001.
11. Feuerwerker, LCM, Sena, RR. **Contribuição ao Movimento de Mudança na Formação Profissional em Saúde: uma avaliação das experiências UNI.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p. 37-50, 2002.
12. Costa, HOG, Kalil, MEX, Sader, NMB. Rede Unida: um novo ator social no campo das políticas públicas. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C. Manuel, (org). **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança.** Tomo 2. As vozes dos protagonistas. São Paulo – SP: UEL, p. 97-102, 1999.

13. Fonseca, JGC, C. MVL. O trabalho em rede: uma meta e uma estratégia. Almeida, M. Feuerwerker L. Llanos C. Manuel, (org). **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina. Teoria e prática de um movimento de mudança.** Tomo 2. As vozes dos protagonistas. São Paulo – SP: UEL, p. 103-108, 1999.
14. Almeida, M. (org). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde.** Londrina, 2003.
15. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS.** 2ª ed. Brasília – DF, 2003.
16. Brasil. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Art. 200, inciso III.
17. Feuerwerker, LCM. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo – SP. Editora: Hucitec, 2002.
18. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde:** objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007.
19. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1.111/GM de 05 de julho de 2005.** Brasília, 2005.
20. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Editais Nº. 12, de 03 de setembro de 2008.** Seleção para o Programa da Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet – Saúde. 2008.
21. Ceccim, RB. **A emergência da educação e ensino da saúde:** interseções e intersectorialidades. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v.1, nº. 1, p. 9 – 23, jan./jun. 2008.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e as mudanças na graduação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
23. Merhy, EE. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. V.9 (16): 161-177, 2005.
24. Fleury, S. Ouverney, AM. **Gestão de Redes.** A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
25. Santana, José Paranaguá de. **Desafios para as Redes no Campo da Saúde. Conferência realizada no II Fórum Nacional de Redes em Saúde – VI Congresso Nacional da Rede Unida,** Belo Horizonte, 05/07/05.
26. Frey, K. **Governança Urbana e Participação Pública.** Disponível em : <http://www.anpad.org.br/rac> - e. Acesso em: 04 de setembro de 2009.
27. Merhy, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** 3ª ed. Editora Hucitec: São Paulo, 2007.

28. Franco, TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. Pinheiro, R. Mattos, RA de (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro – RJ: IMS/UERS-CEPESC-ABRASCO, p. 459-473, 2006.
29. Viana, ALD, Faria, R, Pacífico, Hudson. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? Pinheiro, R. Mattos, RA de (org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro – RJ: IMS/UERS-CEPESC-ABRASCO, p. 135-149, 2006.
30. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. **Estágio de Vivência no SUS: estratégia de reorientação da formação em saúde**. 2009. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/eesp. Acesso em: 01 de outubro de 2009.
31. Lemos, M. Fontoura, M. **A Integração da Educação e Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS – BA**. Revista Baiana de Saúde Pública. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. V. 33, n.1, jan/mar. 2009.
32. Medeiros, NR. **Seminário: Análise Documental**. 2006. Disponível em: www.fclar.unesp.br/poseduesc/cd_disciplina/sem_analise_documental.ppt. Acesso em: 01 de outubro de 2009.
33. Botti, SHO, Rego, STA. **Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus Papéis?** Revista Brasileira de Educação Médica nº 32, p. 363-373, 2008.
34. Trafman, A. Assunção, N. Venturi, M. Tobias, D. Toschi, W. Brant, V. **A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. V.33 (1): 24-32, 2009.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
36. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM Nº. 005/2004, de 08 de junho de 2004**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm052004.pdf>. Acessado em: 18 de setembro de 2009.
37. Campos, FE et al. **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. Cadernos RH Saúde v.3, nº. 1. Brasília, 2006.
38. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
39. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente SUS BAHIA (versão preliminar)**. Salvador, 2008.
40. Silva, PLB, Melo, MAB. **O Processo de Implementação de Políticas Públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Caderno Nº. 48, 2000.

41. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde**. Salvador, 2009.
42. Simões. AP. **Os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde**. Cadernos de Saúde Pública, R.J., 2 (4): 553 – 560, out./dez, 1986.
43. Castro, JL. **Nova agenda para a administração de recursos humanos de saúde**. Disponível em www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T3. Acessado em 25 de outubro de 2009.
44. Nogueira, RP. **Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde**. Disponível em www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T8. Acessado em 25 de outubro de 2009.
45. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. **Caracterização dos Campos de Práticas e Estágios da Rede SUS-BA (Versão Preliminar)**. Salvador, 2009.
46. Brasil. Ministério da Educação. **Lei Nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Brasília, 2008.
47. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado. **Fluxo para Concessão dos Campos de Práticas e Estágios na Rede SUS – BA**. Salvador, 2008.

ANEXOS

I - FLUXO PARA CONCESSÃO DOS CAMPOS DE PRÁTICAS E ESTÁGIOS DA REDE SUS-BA



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH
Escola Estadual de Saúde Pública e Escola de Formação Técnica em Saúde

FLUXO E NORMAS PARA CONCESSÃO DE ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

1. DA SOLICITAÇÃO

1.1 Após aprovação do Convênio, a Instituição de Ensino (**IE**) solicitará respectivamente a Escola Estadual de Saúde Pública (**EESP**) e a Escola de Formação Técnica (**EFTS**) os locais de estágio/prática/visita técnica, com no mínimo **90 (noventa)*** dias de antecedência, de acordo com as especificidades de cada curso; simultaneamente encaminha solicitação à Unidade Pública de Saúde. Na solicitação deverá constar o período de prática/estágio; docente responsável pelo acompanhamento didático-pedagógico dos discentes com número de registro nos respectivos Conselhos de Classe;

2. RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO

2.1 **A SUPERH** através da **EESP** e da **EFTS** deverá analisar as solicitações de estágios, capacidade de oferta da unidade, vigência do convênio e cumprimento das responsabilidades pela Instituição de Ensino que está solicitando o estágio/prática/visita técnica. A **EESP** e a **EFTS** entram em contato com a Unidade Pública de Saúde para analisar em conjunto a adequação e possibilidades, de acordo com seu Regimento Interno e de Ensino e sua capacidade instalada;

2.2 **A Unidade Pública de Saúde** disponibilizará campo de estágio/prática/visita técnica, conforme planejamento de vagas da unidade, indicando os locais adequados para as atividades técnico-pedagógicas e científicas e encaminhará para a **EESP** e a **EFTS**;


2.3 A **EESP** e a **EFTS** responderão a IE, no prazo máximo de 15 dias, orientando como deverá proceder para realização do estágio curricular, prática ou visita técnica, reforçando a necessidade de co-responsabilidade e parceria no alcance dos objetivos da formação do SUS-Ba e da própria Unidade Pública de Saúde onde esta acontecendo a prática/estágio;


2.4 A **EESP** e a **EFTS** deverão agendar junto a IE e ao Profissional responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de Saúde, data para planejamento das atividades considerando a matriz curricular específica e a disponibilidade das respectivas unidades; assim como para pactuar a programação das atividades do estágios/prática/visita técnica a serem realizadas com o corpo técnico da Unidade (atividades: recepção dos alunos socialização do vídeo sobre o SUS ou informações do funcionamento geral da unidade, aula de biossegurança etc), com antecedência mínima de **45 (quarenta e cinco)**** dias.


Neste encontro será entregue a cópia da apólice do seguro contra acidentes pessoais dos discentes no semestre das práticas/estágios atendendo o disposto no artigo 8º do Decreto nº 87.497 de 01 de agosto de 1982 e na CLÁUSULA SEXTA do **Termo de Convênio (EESP) e CLAUSULA TERCEIRA do Termo de Convênio(EFTS)**; relação nominal dos discentes com número do CPF dos mesmos e o Termo de Compromisso assinado por eles e pela IE, respeitando o número máximo de **06(seis)** discentes*** por grupo de práticas/estágios ou de acordo com a capacidade instalada da Unidade de Saúde;


2.5 A **EESP/EFTS** e IE deverão organizar a cada semestre, uma oficina de acolhimento e integração envolvendo todos os alunos, professores de todos os cursos e categorias que irão, no período de seis meses, realizar estágios ou praticas naquela unidade. Nesta oportunidade, as Diretrizes os Princípios do SUS-Ba e as necessidades da Unidade que oferece o estágio deverão ser explicitados; além disso, deverão ser estabelecidos pactos para realização do cumprimento das demandas do serviço durante aquele período indicando que assim, como a IE e os estudantes, o serviço também precisa de apoio para se estruturar e desenvolver;


3. DA REALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS/ESTÁGIOS

 **A Unidade Pública de Saúde** deverá estabelecer comunicação, fazendo a mediação e articulação interna entre os setores e profissionais que vão receber os discentes e o docente responsável pelo acompanhamento.

 No primeiro dia de estágio, o docente responsável pelo grupo de prática/estágio deverá se apresentar com os alunos (**identificados com crachá**), ao responsável pelo acompanhamento dos estágios na Unidade Pública de Saúde, para registro do início do estágio;

 Os Equipamentos de proteção individual (EPI) e outros materiais a serem usados pelos estagiários deverão ser garantidos de acordo com o Termo Aditivo do convênio que se refere à contrapartida.

 **O Docente** responsável pelas práticas/estágios/ visita técnica deverá dirigir-se sempre, em caso de dúvida, ao responsável pela unidade e/ou coordenação do serviço, sobretudo, quando necessitar de orientações de cunho técnico para orientação e realização de procedimentos especializados, próprios dessa Unidade de Saúde.

 A **EESP** e a **EFTS** realizarão acompanhamento e avaliação do desempenho da IE, quanto às práticas/estágios/ visita técnica desenvolvidos nas Unidades de Saúde utilizadas como campos de ensino-aprendizagem;

4. DA AVALIAÇÃO

4.1 Os processos de avaliação do campo de práticas/estágios/visita técnica, visando a melhoria da qualidade das práticas de saúde, deverão ser realizados entre as equipes da Unidade de Saúde e da IE;

4.2 **A Unidade Pública de Saúde** deverá estabelecer processos de avaliação do desenvolvimento das práticas/estágios no serviço, apresentando dificuldades, sugestões e propostas para melhoria da qualidade da atenção na Unidade de Saúde, enviando respectivamente relatórios à **EESP** e a **EFTS**, ao final de cada semestre.

4.3 **A IE** deverá apresentar relatório semestralmente do desenvolvimento dos estágios curriculares e outras atividades de integração ensino-serviço, ao responsável pelo acompanhamento das práticas/estágios na Unidade Pública de Saúde encaminhando cópias também à **A EESP** e a **EFTS**;

- 4.4 A **EESP** e a **EFTS** deverão apoiar encontros Itinerantes de Integração da Educação e Trabalho na Saúde com as Unidades de Saúde e as IE, objetivando estabelecimento de vínculos;
- 4.5 **EESP/EFTS** deverão centralizar todas as informações e dados para elaboração de relatórios periódicos a serem publicizados.
- 4.6 **A Unidade Pública de Saúde** deverá elaborar parecer sobre o desempenho da Instituição de Ensino com o objetivo de renovação de convênio e continuidade do estágio/prática.

5. DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS

- 5.1 **A IE** deverá apresentar o projeto de pesquisa na Unidade Pública de saúde antes que seja encaminhado ao Comitê de Ética.
- 5.2 **A Unidade Pública de Saúde** deverá viabilizar a participação dos técnicos da unidade nas atividades de pesquisa e de extensão realizados pela IE;
- 5.3 **A IE** deverá apresentar relatório da pesquisa desenvolvida, ao responsável pelo acompanhamento das práticas/estágios, encaminhando cópias também à **EESP** e a **EFTS** a cada semestre;
- 5.4 **A EESP** deverá garantir que o TCC seja apresentado na unidade onde a pesquisa foi realizada, estabelecendo agenda.

OBSERVAÇÃO

* O PRAZO DE 90 (noventa) DIAS DE ACORDO COM O PREVISTO NO TERMO DE CONVÊNIO:

Antecedência mínima de **45 (quarenta e cinco) dias – tempo necessário para a programação das atividades

*** o número máximo de **06(SEIS)** estagiários por grupo de práticas/estágios ou de acordo com a capacidade instalada da unidade de saúde – número previsto no Termo de Convênio.

II - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO E LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS ESPAÇOS DE PRÁTICAS E ESTÁGIOS DA REDE ESTADUAL



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH
Escola Estadual de Saúde Pública
Escola de Formação Técnica

CARACTERIZAÇÃO E LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS ESPAÇOS DE PRÁTICAS DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE – SUS-BA.

Introdução

A consolidação do SUS e a busca dos princípios da universalidade, integralidade e equidade têm suscitado diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e às práticas profissionais. No que tange a atuação profissional, tem se tornado crescente o debate em torno da necessidade de adequação dos perfis à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização dos sistemas de serviços de saúde.

A SESAB, enquanto instância do SUS tem a responsabilidade de adequar e/ou induzir mudanças no campo das práticas, assim como no campo da formação profissional em saúde. Nesse intuito, a EESP apresenta esta proposta de caracterização e levantamento situacional dos campos de práticas das Unidades de Saúde da Rede Estadual, o que permitirá ampliar a visão acerca das necessidades e dos desafios para a organização e regulação de práticas/estágios e de outros processos pedagógicos e técnicos voltados para a formação de profissionais de saúde com um novo perfil, exigido pela complexidade das demandas atuais na área da saúde e pela necessidade de implementação de um novo modelo de atenção.

A integração dos futuros profissionais à realidade da organização do SUS, enquanto cenário de aprendizagem e espaço de interseção entre os mundos do trabalho e da educação transversalizados por demandas sociais, sob uma lógica ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde, favorece a formação de sujeitos conscientes dos sentidos e competências políticas, científicas, éticas e humanísticas que permitam avançar na produção da saúde.

Objetivo geral:

Caracterizar qualitativa e quantitativamente os possíveis campos/espços de práticas existentes na rede estadual de saúde e estabelecer sistema gerencial de acompanhamento e regulação dos campos de práticas da Rede estadual de Saúde, objetivando contribuir para

a garantia de condições adequadas para a formação de profissionais de saúde nos níveis superior e técnico.

Objetivos específicos:

- Mapear e caracterizar os campos de práticas das Unidades de Saúde da SESAB
- Identificar a capacidade instalada das Unidades de Saúde da SESAB que estão constituídas como campos de práticas em saúde;
- Identificar a participação/inserção de profissionais de saúde nesses estabelecimentos como supervisores de estágios curriculares e de preceptores;
- Identificar a organização e o modo de desenvolvimento das práticas pedagógicas nas Unidades de Saúde da SESAB em consonância com os princípios do SUS, com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde e das diretrizes curriculares das profissões de saúde.

Resultados esperados:

- Criar banco de dados e gerar informações atualizadas sobre os campos de práticas das Unidades de Saúde da SESAB;
- Estabelecer rede de informações sobre os campos de práticas das Unidades de Saúde/SESAB para gerenciamento das ações de Educação Permanente.
- Propiciar regulação do processo de articulação e parceria com as IES e de Instituições de Formação Técnica em Saúde;
- Acompanhar e avaliar o desempenho das Unidades de Saúde/SESAB no desenvolvimento dos estágios curriculares, e da preceptoria na formação profissional em saúde.

Metodologia

Para a realização do mapeamento serão utilizados questionários a serem aplicados em todas as Unidades de Saúde/SESAB, conforme lista em anexo e em conformidade com o PDR 2007, que deverão ser respondidos pela Coordenação de Recursos Humanos.

Para tabulação e análise dos dados será utilizado software a ser definido conjuntamente com o DMA e EFTS, visando à criação de banco de dados e criação posterior do Sistema Gerencial de Campo de Práticas da SESAB.

**CARACTERIZAÇÃO E LEVANTAMENTO SITUACIONAL DOS ESPAÇOS DE PRÁTICAS E
ESTÁGIOS DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE – SUS-BA.**

Orientações para preenchimento do formulário

I. Identificação da Unidade de Saúde

- a) Sinalizar qual a Tipologia de Unidade*, a classificação apresentada baseia-se na relação de Unidades vinculadas técnica e administrativamente à Superintendência de Acompanhamento e Avaliação da Rede Própria, publicada no site da SESAB (http://www.saude.ba.gov.br/int_sesab.html)

II. Caracterização Administrativa e Técnica

- a) Informar nome completo dos gestores de acordo com o que foi solicitado, bem como telefone, e-mail e inserção na Macrorregião.
- b) Informar o profissional responsável pela regulação do estágio/prática/visita técnica na unidade.

III. Capacidade instalada

- a) Instalações Físicas: Descrever as condições físicas da unidade para receber estagiário.

IV. Caracterização política

- a) Indicar qual a esfera de parceria entre a Unidade de Saúde e a Instituição de Ensino, que pode ser definida a partir do termo de convenio estabelecido ou de outro documento onde esteja registrada a parceria entre a Unidade de Saúde e a Instituição de Ensino.
- b) Relacionar as Instituições de Ensino que desenvolvem estágio/prática/visita técnica considerando a especificidade do nível superior e técnico.
- c) Informar qual a forma de encaminhamento do estagiário à Unidade de Saúde (ex.: ofício institucional, requerimento do aluno, contato telefônico, solicitação via e-mail etc.).
- d) Sinalizar se as Instituições de Ensino entregam os Planos de Estágio antes de iniciá-lo.
- e) Informar a periodicidade com a qual as reuniões com as Instituições de Ensino são realizadas.
- f) Indicar e descrever as atividades desenvolvidas com o objetivo de acolher o estagiário na Unidade.
- g) Informar se as Instituições de Ensino Superior e Médio apresentam à Unidade de Saúde os resultados dos trabalhos teóricos desenvolvidos durante os estágios.
- h) Listar as áreas, dentro da Unidade de Saúde, em que estágio/prática/visita técnica não são autorizados.

* Observar a portaria 2.224/GM de 05 de dezembro de 2002 em anexo

V. Levantamento da ocupação de campo de Estágio para Nível Superior e Médio nas Unidades de Saúde

- a) Listar as Instituições de Ensino que estão desenvolvendo estágio/prática/visita técnica, na Unidade indicando qual o curso, a quantidade de estagiário por curso, setor onde eles se encontram e o tipo de vínculo do docente.(detalhar)

VI. Levantamento da oferta de Campo de Estágio para Nível Superior e Médio nas Unidades de Saúde

- a) Indicar na tabela a disponibilidade de vagas para estágio/prática/visita técnica listando as categorias profissionais/curso, a área de conhecimento, o setor da unidade(campo),

quantidade de estagiário por turno, período e o total de vagas para cada categoria, área de conhecimento, campo e turno.

- b) Informar de que maneira a Unidade de Saúde contribui para a formação do estagiário.
- c) Informar se existem profissionais com interesse e disponibilidade para exercer a docência na Unidade de Saúde.

I. Identificação da Unidade de Saúde

1. Hospitais

TIPO I

Hospital Central Roberto Santos ()
Hospital Geral do Estado ()

TIPO II

Hospital Ana Néri ()
Hospital Ernesto Simões Filho ()
Hospital Clériston Andrade ()

TIPO III

Hospital Geral de Camaçari ()
Hospital Manoel Vitorino ()

TIPO IV

Hospital Prado Valadares ()
Hospital Luis Viana Filho ()
Hospital de Juazeiro ()
Hospital Regional de Vitória da Conquista ()
Hospital Eurico Dutra ()

TIPO V

Maternidade Tsylla Balbino ()
Hospital Otávio Mangabeira ()
Hospital Couto Maia ()
Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA ()
Hospital Juliano Moreira ()
Maternidade Albert Sabin ()
Hospital Menandro de Farias ()
Hospital João Batista Caribé ()

TIPO VI

Hospital Colônia Lopes Rodrigues ()
Hospital Mário Leal ()
Hospital Colônia D. Rodrigues de Menezes ()
Hospital Afrânio Peixoto ()
Hospital São Jorge ()

TIPO VII

Hospital de Coaraci ()
Hospital de Ipiaú ()
Hospital de Jeremoabo ()
Hospital de Itamarajú ()

Unidades de Emergência

Unidade de Pirajá ()
Unidade de Cajazeiras ()
Unidade do Curuzu ()
Unidade de Plataforma ()

Unidades Especiais de Atenção à Saúde

Centro Estadual de Diabetes e Endocrinologia da Bahia - CEDEBA ()
Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação do Portador de Deficiência - CEPRED ()
Centro Estadual de Informação em Antiveneno - CIAVE ()
Centro Estadual de Atenção ao Adolescente Isabel Souto - CRADIS ()
Centro Estadual de Atenção a AIDS- CREAIDS ()
Centro Estadual de Atenção ao Idoso - CREASI ()
Centro Estadual de Doenças Endêmicas ()
Centro Estadual de Oncologia - CICAN ()
Centro Estudo da Saúde Trabalhador – CESAT ()

Entidade da Administração Indireta (Autarquia)

[Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia - HEMOBA](#) ()

II Caracterização Administrativa e Técnica

a) Diretoria

Nome do Diretor (a)

Endereço Completo da Unidade de Saúde:

Telefones:

Site/ e-mail:

Macrorregião de Saúde:

b) Coordenação de Recursos Humanos

Nome do Coordenador (a)

Telefones:

e-mail:

Em caso de ausência, quem responde pela coordenação?

Nome do Coordenador (a)

Telefones:

e-mail

b.1) Profissionais que atuam na Coordenação de Recursos Humanos

() Serviço Social

() Enfermagem

() Administração

() Pedagogia.

() outros Quais _____

b.2) Responsável pela organização dos estágios

Nome

Telefones:

e-mail:

III Capacidade instalada

1. Instalações Físicas:

Sala para Coordenação de Estágios Curriculares ()

Sala para Acompanhamento de alunos ()

Sala para Reuniões de Grupos ()

Espaço para guarda de pertences dos estagiários ()

Outros espaços (especificar)

IV. Caracterização Política

a) Esferas de parcerias que a Unidade de Saúde possui com Instituições de Ensino na área da saúde.

	Superior	Técnico
Municipal		
Estadual		
Federal		
Comunitária		
Privada		
Mista		

b) Instituições de Ensino que realizam Prática/Estágio na Unidade de Saúde

Superior	Técnico

c) Existe encaminhamento oficial dos alunos para os campos de estágios na Unidade de Saúde?

Sim () Não ()

Qual? _____

d) Existe plano de Estágios da Instituição de Ensino para utilização do campo de estágio na Unidade de Saúde?

Sim () Não ()

e) Periodicidade das reuniões com as Instituições de Ensino

Ensino Superior

Ensino Médio

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

f) Atividades desenvolvidas pela Unidade de Saúde para inserção do aluno nos campos de práticas (descreva-os):

g) As Instituições de Ensino Superior e Médio apresentam à unidade de Saúde os resultados dos trabalhos teóricos desenvolvidos sobre os estágios como elemento de formação profissional?

Sim () Não () Algumas ()

h) Quais as áreas, dentro da Unidade de Saúde em que existem restrições para realização de práticas/estágio?

V. LEVANTAMENTO DA OCUPAÇÃO SEMESTRAL DE CAMPO DE ESTÁGIO UTILIZADO PARA NÍVEL SUPERIOR NAS UNIDADES DE SAÚDE

Unidade de Saúde:	Diretor:
Setor Responsável / Campo de Estágio:	Coordenador Responsável:
Telefone:	Responsável / Acolhimento e Acompanhamento:

INST. DE ENSINO QUE ESTÁ DESENVOLVENDO ESTÁGIO/PRÁTICA NA UNIDADE	CURSO	Nº. DE ESTAGIÁRIOS	PERÍODO	UNIDADE/SETOR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	VÍNCULO DO DOCENTE

V. LEVANTAMENTO DA OCUPAÇÃO SEMESTRAL DE CAMPO DE ESTÁGIO UTILIZADO PARA NÍVEL MEDIO NAS UNIDADES DE SAÚDE

Unidade de Saúde:	Diretor:
-------------------	----------

Unidade de Saúde:	Diretor:
-------------------	----------

Setor Responsável / Campo de Estágio:	Coordenador Responsável:
---------------------------------------	--------------------------

Telefone:	Responsável / Acolhimento e Acompanhamento:
-----------	---

INST. DE ENSINO QUE ESTÁ DESENVOLVENDO ESTÁGIO/PRÁTICA NA UNIDADE	CURSO	Nº. DE ESTAGIÁRIOS	PERIODO	UNIDADE/SETOR DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	VÍNCULO DO DOCENTE

VI. LEVANTAMENTO DA OFERTA DE CAMPO DE ESTÁGIO PARA NÍVEL SUPERIOR NAS UNIDADES DE SAÚDE

Unidade:	Diretor:
Setor Responsável / Campo de Estágio:	Coordenador Responsável:
Telefone:	Responsável / Acolhimento e Acompanhamento:

Nº	Categoria Profissional (Curso)	Área de Conhecimento/Disciplina	Especificação / campo	Disponibilidade da Vagas/Estágio				
				Nº / Turno			Período	Total de vagas
				Mat	Vesp	Not		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

b) Como a unidade contribuirá na formação do estagiário para o desenvolvimento de suas atividades na Política de Educação Permanente para o SUS?

c) Existem profissionais com interesse e disponibilidade para docência na Unidade?

SIM NÃO Quantos? _____

Salvador, / /

Assinatura/carimbo:

VI. LEVANTAMENTO DA OFERTA DE CAMPO DE ESTÁGIO PARA NÍVEL MÉDIO NAS UNIDADES DE SAÚDE SEMESTRAL

Unidade:	Diretor:
Setor Responsável / Campo de Estágio:	Coordenador Responsável:
Telefone:	Responsável / Acolhimento e Acompanhamento:

Nº	Categoria Profissional (Curso)	Área de Conhecimento/Disciplina	Especificação / campo	Disponibilidade da Vagas/Estágio				
				Nº / Turno			Período	Total de vagas
				Mat	Vesp	Not		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

b) Como a unidade contribuirá na formação do estagiário para o desenvolvimento de suas atividades na Política de Educação Permanente para o SUS?

c) Existem profissionais com interesse e disponibilidade para docência na Unidade?

SIM / NÃO Quantos? _____

_____ Assinatura / Carimbo