

Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva

Ricardo Burg Ceccim¹

Resumo: O artigo busca relatar a experiência de educação em saúde coletiva, gerada pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. O desafio de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde garantidos por meio da implementação integral do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe à função **formação** a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores em saúde com novo perfil. Projeta-se a necessidade de profissionais capazes de adequada interpretação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida vigente para compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, competentes para o planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, identificação dos recursos tecnológicos, financeiros e intersetoriais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas. É feita uma análise evolutiva das circunstâncias formativas na área, as implicações das reformas setoriais na formação em saúde pública e as demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais exigidas pelo SUS e da necessária mudança na preparação dos recursos humanos para a saúde. São destacadas ações inovadoras na preparação dos profissionais de saúde: o curso de graduação em saúde coletiva implementado pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, um curso inovador na graduação universitária, capaz de organizar-se com um **ideal de profissão**, um **ideal de sistemas e serviços de saúde** e um **ideal de saúde coletiva**.

Palavras-Chave: Recursos humanos em saúde; Memória institucional; Escola de Saúde Pública – ESP/RS; Formação; Saúde Coletiva.

Introdução

A área da saúde no Brasil atravessa um processo de reforma setorial caracterizado pela noção de saúde como *um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício* (Lei Federal nº 8.808/90), isto é, saúde é *um direito de todos e um dever do Estado* (Constituição Nacional). A Reforma Sanitária Brasileira pode ser sintetizada em sua nova denominação ao sistema brasileiro de saúde: Sistema Único de Saúde (SUS).

De um lado, este dever do Estado se expressa pela obrigação da formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e, de outro lado, pela obrigação do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a prevenção, proteção e recuperação da saúde (Constituição Nacional e Lei Federal nº 8.808/90).

Esse desafio de estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde impõe o caráter democratizador e equalizador que deve constituir a base de luta de todos os processos reformadores neste setor. Um desafio desta natureza coloca pelo menos quatro vetores em evidência: o da formação, o da atenção, o da gestão e o da participação em saúde.

O **vetor da formação** põe em evidência o gerenciamento da educação: ensino, pesquisa, extensão e documentação para o desenvolvimento tanto dos sistemas e serviços de saúde, como da participação social e do controle democrático no setor,

¹ Sanitarista, doutor, diretor da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), professor de educação em saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e-mail: ceccim@edu.ufrgs.br

por exemplo; o **vetor da atenção** põe em evidência o gerenciamento da assistência: ações de cuidado, de tratamento, de promoção e de vigilância à saúde em bases éticas, técnicas e humanísticas, por exemplo; o **vetor da gestão** põe em evidência o gerenciamento da administração e suporte: instrumentos gerenciais, sistemas de informação, planificação de metas e apuração de custos, por exemplo; e o **vetor da participação**, finalmente, põe em evidência o gerenciamento das relações com os usuários das ações e serviços de saúde: garantia de amplo acesso à participação e controle social na planificação, avaliação e controle em saúde, articulação com os movimentos sociais e negociação política com a sociedade.

Neste contexto, a necessidade de profissionais da saúde pública supera o domínio tradicional da área de enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental; extrapola a incorporação do estudo dos processos de determinação ou de condicionamento histórico e social em saúde e ultrapassa o conhecimento da administração e planificação de serviços, programas ou políticas. A necessidade desses profissionais projeta-se, então, sobre a necessidade de pessoal capaz de adequada interpretação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida vigente para compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, competentes para o planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, identificação dos recursos tecnológicos, financeiros e intersetoriais mais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas. Além disso, pessoal que seja capaz de compreender e valorizar as ações pactuadas entre entes governamentais, ampliar as suas responsabilidades e dar existência a processos organizacionais, grupais e de liderança inovadores, em oposição ao normativismo e tecnoburocratismo característico da administração controlada por papéis e não por seus usuários.

Circunstâncias formativas na área da saúde

Nogueira (1999, p.115-116) chama-nos a atenção para o fato de que o conceito de trabalhador em saúde *é de origem relativamente recente na literatura de saúde coletiva no Brasil*. Durante os anos 70 do século passado, os estudos sobre os recursos humanos da área da saúde concentravam-se na análise e interpretação da prática médica, as preocupações teóricas que buscavam as relações saúde e sociedade giravam em torno do *trabalho médico*. A seguir, surgem os estudos acerca do *trabalho em enfermagem* e somente na década de 80 do mesmo século começa-se a superar os particularismos das categorias profissionais para pensar o *trabalhador em saúde*. Nogueira lembra que, do ponto de vista do estudo acadêmico, *falar do trabalho do médico e do trabalho do enfermeiro era uma maneira de buscar afirmar uma identidade com a classe trabalhadora*². O crescimento e a diversificação do emprego em saúde justificava a utilização de uma categoria abrangente da gama de funções e atividades que vinham se realizando nos estabelecimentos de saúde.

Apesar da denominação abrangente, o que dela ressalta é a sua grande heterogeneidade de ocupações, de métodos e instrumentos de trabalho e de processos sócio-institucionais.

² Nogueira (1999, p. 116) recupera duas obras clássicas: *Medicina e sociedade – o médico e seu mercado de trabalho*, de Cecília Donângelo, e *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*, de Maria Cecília Puntel de Almeida.

Médicos e outros (1999, p.100-102) tentaram discernir quem são os **profissionais**, os **trabalhadores** e o **peçoal** da saúde. Esse questionamento ganha relevância quando se dimensiona a abrangência de projetos de formação e desenvolvimento para o trabalho no SUS. Os autores definiram como profissionais de saúde *aqueles que, estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde*. Os trabalhadores de saúde seriam *todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde*, independentemente de formação específica para o exercício das funções correspondentes ao setor. Pessoal de saúde é definido pelos autores como *o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica – prática ou acadêmica – trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde*, são os trabalhadores do setor com habilitação profissional na área específica. A principal distinção do profissional de saúde é a sua formação/capacitação, podendo estar ocupado ou não, atuando dentro ou fora do setor, atuando ou não na sua profissão.

Para o **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**, são 14 as profissões da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Para o **Conselho Nacional de Educação (CNE)**, são 12 as profissões da saúde: Biomedicina, Biologia, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. Para a **Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal da Educação Superior (Capes)**, são 10 as áreas das ciências da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. A Medicina Veterinária, para o CNE, pertence ao grupo das Ciências da Terra e, para a Capes, às Ciências Agrárias. Para o CNE e para a Capes, a Psicologia pertence às Ciências Humanas e o Serviço Social às Ciências Sociais Aplicadas. A Saúde Coletiva não configurava curso de graduação até 2002. No ano de 2001 a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), numa ação com a Escola de Saúde Pública do estado (ESP/RS), criou o primeiro curso da área no Brasil: Bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde³, cujo primeiro vestibular e primeiro ingresso ocorreram em 2002. O curso de graduação em Administração Hospitalar não tem sido lembrado em nenhuma das referências ao grupo da saúde e pertence, segundo o CNE e a Capes, ao grupo das ciências sociais aplicadas.

Implicações das Reformas Setoriais na Formação em Saúde Pública

Uma das circunstâncias formativas que orienta o exercício da gestão em organizações de saúde é a capacitação ou habilitação em saúde pública. Tradicio-

³ Duas outras universidades brasileiras vêm preparando, neste ano de 2002, a abertura de curso de graduação em saúde coletiva para o ano de 2003: Universidade Federal da Bahia e Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e Escola de Saúde Pública/RS (Uergs e ESP/RS) a missão do curso de graduação em saúde coletiva é a formação integral de um profissional para atuar dentro do campo da saúde coletiva, capacitado para realizar e coordenar ações essenciais para a implementação do novo modelo assistencial pretendido pelo SUS. Pretende, assim, recuperar e renovar o papel do Estado na gestão dos Sistemas Estadual e Municipais de saúde a partir de uma formação técnica e crítica que considere os contextos sócio-políticos, demográfico e epidemiológico essenciais para o planejamento em saúde, capaz de otimizar os recursos disponíveis e gerar viabilidade para as propostas do setor (conforme o impresso de divulgação – Uergs, 2001).

nalmente, foi a formação em saúde pública que desencadeou a formulação e elaboração dos instrumentos e conhecimentos necessários para que mudanças nos sistemas de saúde fossem viabilizadas. Pode-se mesmo dizer que as bases conceituais do pensamento sanitário são o eixo central das instituições formadoras em saúde pública.

Com uma tradição no ensino das doenças tropicais e na orientação biológica do processo saúde-doença, centrado na abordagem científica da transmissão e controle das doenças, a educação em saúde pública vai descrever uma trajetória de migrações entre o campo científico das ciências naturais (biologicismo) e o campo específico das ciências sociais. No Brasil, em particular, as ciências sociais configuram um núcleo de saberes e práticas em saúde com tal potência analítica dos processos de saúde e adoecimento que, ao final dos anos 70 do século passado, a saúde pública já começava a ser pensada como saúde coletiva. Paulatinamente, todo o campo das humanidades vem sendo incorporando à conceituação da saúde coletiva, reconhecendo-se uma dimensão vivencial no processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida capaz de participar da promoção da saúde e da cura, onde o sistema e a prestação de cuidados fazem parte do processo de ser saudável-adoecer-curar-se⁴. Assim é que surge com força intelectual o pensar saúde com referência nas artes, na filosofia, na educação e na psicanálise. A qualidade de vida vai perdendo sua conotação centrada na fisiopatologia ou anátomo-clínica para encontrar-se com os modos de andar a vida. O bem-estar da homeostase biológica vai encontrar o desafio dos afetos alegres na composição do mais viver. Sem afetos alegres, não há sensação de saúde; sem sensação de saúde, não há desejo de cura; sem desejo de cura, a prestação de cuidados não possui efeito curativo. Sem reconhecer esse universo humano, não se organiza um sistema de serviços eficiente.

Esse eixo de análise ganha maior destaque quando se reconhece como exigência ética, técnica e humanística desenvolver uma administração de sistema e de serviços de saúde que responda às necessidades de cuidado humano, desenvolva processos de mudança nas organizações de saúde e redefina as vocações, práticas e saberes do setor como um elemento fundamental.

Ferreira (1989, p.06) chamava a atenção de que Winslow⁵, há mais de 30 anos (reportando-se aos anos de 1949-1950), afirmava que *a saúde pública não é um ramo da medicina ou engenharia*, referindo-se à medicina preventiva e social e à engenharia sanitária, *mas uma profissão (em si mesma) dedicada a um serviço comunitário que inclui o esforço cooperativo de uma dezena de diferentes profissões*. Ferreira destaca então que, nunca contestada, *esta afirmação não serviu para alterar a tradição histórica e o caráter dominante da medicina, especialmente no relativo à administração dos serviços de saúde*. Para o autor, é verdadeiro que na

⁴ Além da dimensão biológica, da dimensão social e da dimensão psicológica, uma dimensão vivencial opera a produção de sentidos institucionais, coletivos e individuais. Pode-se ver exemplo de problematização a esse respeito em Ceccim (1997, p. 27-41).

⁵ Charles-Edwards Amory Winslow (1877-1957) é o mentor da mais clássica definição de saúde pública: Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir doenças e incapacidades, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental, mediante esforços organizados da comunidade para o saneamento, o meio ambiente, o controle de infecções, a educação dos indivíduos nos princípios da higiene pessoal e a organização de serviços de saúde para o diagnóstico preventivo e o tratamento precoce de doenças e o aperfeiçoamento da máquina social para que assegure a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (Winslow, 1920 – conforme o cruzamento de diversas traduções empreendidas por autores brasileiros, mas também pode-se conferir na mais clássica obra do período preventivista da saúde pública: Levell e Clark, Medicina Preventiva, Editora McGraw-Hill do Brasil).

América Latina o exercício da liderança no manejo dos serviços é predominante na profissão médica, como também é desta profissão o predomínio dentre os que buscam a formação especializada em saúde pública.

No Brasil, a saúde pública é área de especialização médica desde o início dos anos 60 do século passado, por meio dos programas de residência médica em medicina preventiva e social. O primeiro departamento de medicina preventiva e social foi criado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, em 1962. Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica incluiu entre as especialidades médicas com acesso aos programas de educação profissional em serviço sob preceptoría a Medicina Preventiva e Social, cuja ênfase passou a ser o planejamento e organização de serviços de saúde com a utilização de métodos e técnicas de educação e participação comunitária em saúde, o desenvolvimento de programas de preparação e utilização de recursos humanos em saúde e a análise crítica das características dos processos geradores dos problemas de saúde, suas relações com a organização social (incluídas as instituições de saúde) e as alternativas de solução.

Na profissão médica, outra residência foi credenciada em 1981, ocupando o cenário da saúde comunitária que entrava em ascensão, particularmente após a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata, no Kasaquistão. Nessa outra formação, a ênfase passa à execução das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação de âmbito primário, de modo contínuo e à prestação de atenção básica à saúde coletiva.

Enquanto a primeira residência tinha seu foco claramente evidenciado na construção da saúde coletiva, a segunda enfocava a atenção básica em saúde ou saúde comunitária. Ambas as residências ensaiaram absorção multiprofissional ao longo da história de oferta das diferentes instituições de ensino e serviço.

Na profissão de enfermagem, a habilitação em saúde pública, modalidade de aperfeiçoamento para enfermeiros oferecida desde 1959, buscava habilitar estes profissionais em área especializada de atuação no sistema de saúde, enfocando a participação na gerência dos serviços de saúde, administração dos programas de saúde pública, processos educativos nos serviços de saúde e controle das doenças transmissíveis. A habilitação nunca contou com o mesmo prestígio da residência médica e nem se propôs à abrangência do campo como a especialidade médica. No meio acadêmico, a habilitação perdeu prestígio com o crescimento dos cursos de especialização e em 1986 foi extinta, indicando-se aos profissionais os cursos de especialização em enfermagem de saúde pública ou cursos de especialização em saúde pública.

O que se observa é a presença marcante da profissão médica na organização e planejamento de sistemas e serviços de saúde, seguida da presença da profissão de enfermagem na gerência de serviços, políticas e programas, recorrendo-se aos estudos da área da administração para fazê-los corresponder às demandas do setor da saúde, como resposta à saúde coletiva.

A entrada das escolas de administração de empresas na formação de administradores de saúde se deu, sobretudo, na área hospitalar, mas não substituiu o predomínio da profissão médica na gestão institucional, inclusive por tecer-se argumentos de que no contexto corporativo da profissão de administrador está a preocupação com o desenvolvimento e expansão das organizações, não necessariamente o interesse com a saúde coletiva, a relevância pública e o dever do Estado com a formulação e oferta de políticas públicas de saúde. Ferreira (1989, p. 06-07) alerta-

nos que nos Estados Unidos, o predomínio da profissão médica na administração de serviços de saúde se reduziu a menos de 20% com a entrada dos administradores hospitalares, entretanto, referindo-se às posições de Milton Roemer⁶, ressalta que apesar da contribuição e importância dos vários instrumentos da administração, esta profissão no contexto corporativo do campo científico-profissional pode conduzir a administração dos serviços de saúde à políticas contrárias ao interesse público, em nome da lucratividade e eficiência gerencial.

Ferreira insiste nas escolas de saúde pública como locais de excelência para a formação de administradores de sistemas e serviços de saúde por dois motivos: primeiro (refere-se a Laschof, 1983) porque as escolas de saúde pública diferem de todas as outras escolas profissionais que têm relação com a saúde (*se orientam para a prevenção, respondem a um sistema de valores igualitários dirigidos ao serviço público e estão orientadas mais para as necessidades que para as demandas*, além disso capacitam pessoal *para o trabalho em equipe no âmbito comunitário e em agências organizadas do sistema de saúde*); segundo (refere-se a Fineberg, 1986), adotando uma posição mais radical, porque *faria mais sentido uma formação médica sob o guarda-chuvas da saúde pública que a formação em saúde pública sob o guarda-chuvas da medicina*⁷.

As escolas de saúde pública começam a existir no Brasil ao redor de 1920. Em 1925, é institucionalizado o curso de higiene e saúde pública, passando, em 1941, a ser conhecido como Curso de Saúde Pública, com caráter de especialização. As duas mais antigas e tradicionais escolas estão no Rio de Janeiro, a Escola Nacional de Saúde Pública, e em São Paulo, a Faculdade de Saúde Pública.

Outro programa brasileiro que se somou às residências em medicina preventiva e social e às escolas de saúde pública na formação de sanitaristas foi o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa) da Fundação Getúlio Vargas, criado no início dos anos 70 do século passado. O Proahsa começa formando médicos gestores de serviços e amplia sua absorção para a equipe multiprofissional, formando especialistas para a organização e gestão de sistemas e serviços de saúde, buscando a integração com a realidade social e com as expectativas da comunidade acadêmica, dos prestadores de serviços, dos usuários e com o poder técnico instituído do setor da saúde.

A realidade concreta dos serviços de saúde, a necessidade de fortalecer as instâncias de pactuação intergestores e de exercício do controle social em saúde e os desafios do diálogo sócio-político e da ação intersetorial colocam aos profissionais de saúde pública um enfoque de atuação interdisciplinar de interpretação do contexto social e de gestão setorial que inegavelmente extrapola a noção de gerência de serviços ou organização da rede de serviços.

Ferreira (1989) ao comentar as reuniões ocorridas entre a Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública (Alaesp) e Associação Americana de Escolas de Saúde Pública (Asph), preparatórias da Primeira Conferência Ibero-Pan-Americana de Escolas de Saúde Pública e do Grande Encontro Ibero-Pan-Americano de Saúde Pública, realizados em San Juan/Porto Rico, de 31 de julho a 5 de agosto de 1988, lembra que elas propunham que se superasse a

⁶ Referência ao documento "Preparando gestores de saúde pública para os anos 90", da Escola de Saúde Pública, da Universidade da Califórnia, proposto por Roemer em 1987.

⁷ As referências à Laschof e Fineberg são: Laschof, J. Statement on behalf of the Association of the School of Public Health to the House Committee on Appropriation. Washington, D.C., 1983 e Fineberg, H. V.. Transcripción de entrevista en la radio. Sidney, 1986.

competição entre médicos e administradores pela condução gerencial dos serviços de saúde, colocando aí o sanitarista como líder no desenvolvimento de sistemas de saúde (ênfase na gestão, independentemente das profissões primárias).

Mais recentemente, López-Acuña (2000, p. 02) vai dizer que em uma análise mais atual da saúde pública, há que se destacar que ela *não é apenas uma disciplina, mas uma prática que inclui a organização e prestação de serviços de saúde às populações assim como aos indivíduos*; quanto à educação em saúde pública, esta *não é mais monopólio das escolas de saúde pública, uma vez que a formação se expandiu para outras modalidades e tipos de instituições*; quanto aos processos de reforma sanitária, estes *são um eixo fundamental da saúde pública e não uma dinâmica separada e paralela*, finalmente, afirmando que *a prática da saúde pública demanda cada vez mais a definição de perfis de pessoal que combinem marcos conceituais e axiológicos, técnicas e destrezas provenientes de várias disciplinas*.

Ferreira, Velasco e colaboradores (2000, p. 77-78), ao examinarem as tendências da educação em saúde pública, abordam a observação de *tendências inovadoras na dimensão educativa que afetam a oferta e conteúdos educativos, a abordagem metodológica e as relações entre os atores (professores e alunos)*. Os autores analisaram na América Latina e no Caribe a novidade da aproximação aos serviços e às demandas da sociedade, compondo um mapa que estende programas de orientação acadêmica (mestrado e doutorado), programas profissionalizantes (residências, especializações, aperfeiçoamentos, atualizações e capacitações), ações interinstitucionais e ações em redes multiinstitucionais que permitiriam descentralizar a docência e a aprendizagem. Em um caso, segundo os autores, despontou a proposta de criação de um curso de graduação em saúde pública que poderia levar ao título de Bacharel ou Licenciado em Saúde Pública, mas a experiência não foi concretizada (os autores não informaram o país ou a instituição proponente). Os autores também informaram a abertura de outras áreas com tendência especializada, *além das clássicas áreas de epidemiologia e administração em saúde*, como a saúde ocupacional, saúde mental, políticas públicas, saúde internacional, toxicologia, ambiente etc.. Destacaram ainda a ampla diversificação da área da gestão, que passou a incorporar *aspectos relativos à economia da saúde e ao reforço da gerência e avaliação de serviços, entre outros*. Os autores afirmaram, então, que a área da gestão passou a envolver *conteúdos que possibilitam a gestão dos fins, direcionados à condução política do sistema (governabilidade), em associação aos aspectos mais tradicionais para a gestão dos meios (governança)*.

Merece destaque, ainda, uma última referência às tendências avaliadas por estes últimos autores citados (p.79): hoje o setor dos serviços de saúde absorve mais os egressos da educação em saúde pública do que o setor acadêmico. Esta tendência mostra a necessidade dos sistemas e serviços contarem com profissionais com a habilitação específica da saúde pública. Atestam os autores de que o público-alvo dos programas de capacitação vem se ampliando significativamente, *a ponto da demanda superar, em certas situações, a oferta já aumentada de escolas*. A crescente demanda seguiria *a mesma tendência de descentralização do manejo dos serviços para os âmbitos municipais*. O predomínio da profissão médica no estudo em saúde pública, seguido pela profissão de enfermagem, como assinalado anteriormente, começa a concorrer com sociólogos (e antropólogos) e administradores.

Gemmel, Weist e colaboradores (2000, p.97) destacaram que *o conteúdo fundamental das reformas atuais nos sistemas de saúde está em âmbitos de conhecimento não médicos, como gestão, finanças, estudo de custos, redesenho*

organizacional, participação da comunidade, etc.. Os autores declararam que as demandas às universidades vêm nesse sentido, mas a entrada de novas disciplinas não pode suplantam o necessário conhecimento das necessidades específicas de saúde como os estudos epidemiológicos que não podem ficar alheios às escolas de saúde pública. Pode-se acrescentar que, ao lado das demandas da gestão, surgem com força, desde a descentralização da atenção à saúde, as demandas de formação para a vigilância à saúde, método epidemiológico de priorização de problemas de saúde e promoção da saúde, capazes de configurar extensas cargas horárias de formação e requerendo o desenvolvimento permanente das capacidades de pesquisa e docência.

Exercício da condução organizacional do SUS

Se entre os dilemas da gestão do setor da saúde, entre as políticas públicas, está a adequada formação dos profissionais de saúde, o projeto da Reforma Sanitária Brasileira colocou em cena uma diversidade de demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais que desafiaram a própria administração pública.

Colocado, de acordo com a Constituição Federal, o conjunto das ações e serviços de saúde como rede de relevância pública e como dever do Estado, surgiu a gestão de sistemas e a gestão de serviços de saúde como novidade política, pois não cabe mais ao estudo da saúde pública apenas o conhecimento da gerência das unidades de serviço, mas o pensar (planificar, avaliar, transformar, ordenar, inovar) o conjunto dos movimentos de implementação da reforma sanitária.

O sistema de saúde brasileiro foi definido como uma rede *regionalizada e hierarquizada* que configura um sistema *único* sob as diretrizes da *descentralização, atendimento integral e participação da sociedade* (comunidade). Esta definição deve ser entendida como profundamente distinta do anterior Sistema Nacional de Saúde, cuja principal característica estava na centralização da gestão nacional do setor, insisto, portanto, na novidade da gestão de sistemas no contexto da reforma sanitária como prioridade do aprofundamento intelectual da educação em saúde coletiva.

Quero apontar alguns dos pressupostos da mudança e a urgência de, portanto, qualificar novos Recursos Humanos, capazes de atuar na gestão como profissionais detentores dos referenciais operacionais da nova área de conhecimento demandada:

1. *Regionalização* – deve ser entendida como Garantia de Acesso, isto é, ao conjunto das populações deve ser assegurada a acessibilidade ao conjunto das ações e serviços de proteção à saúde;
2. *Hierarquização* – deve ser entendida como Garantia de Resolutividade, isto é, a rede de ações e serviços deve ser intercomplementar para a solução adequada e correspondente ao conjunto dos problemas de saúde;
3. *Unicidade* – deve ser entendida como rede sem atomização e sem fragmentação, com uma nova qualidade de integração interserviços, intersetores e intergovernos, *sem modelo único ou de imposição normativa*, mas uma construção ascendente com responsabilidades técnicas, financeiras e operacionais recíprocas entre os gestores governamentais;
4. *Descentralização* – deve ser entendida como construção da autoridade sanitária em cada ente federado, com autonomia administrativa, política e financeira para coordenar o sistema de saúde vinculado a cada poder constituído;

5. *Atendimento Integral* – deve ser entendido como a garantia da não dicotomia entre prioridades coletivas e necessidades individuais e como valorização das singularidades histórico-culturais e psicossociais;
6. *Participação da sociedade* – deve ser entendida como a afirmação do caráter público das ações e serviços de saúde, sua democratização e sua orientação pelas decisões dos usuários do Sistema de Saúde.

Do ponto de vista do Sistema Único de Saúde, a gestão deve ser entendida de modo especial: a *descentralização* trouxe novos elementos, desafios e urgências de efetividade administrativa e a *participação da sociedade*, com poder deliberativo, introduziu inúmeras novidades nas estruturas normativas do controle social sobre a esfera pública. O estudo de questões como a gestão financeira, dos insumos, dos fluxos de informação e de recursos humanos passaram a ter conotações próprias e singulares ao setor da saúde. O mais amplo conhecimento da história do Sistema Único de Saúde, das reformas setoriais na América Latina e o conhecimento de sistemas comparados, a apropriação do significado de cada uma das conquistas sociais e políticas que levaram ao SUS e a interferência deste sistema na reforma do Estado, além da vivência na realidade onde acontece o projeto de reforma sanitária é crucial ao exercício de formulação do que deve ser a condução organizacional do SUS.

Na ESP/RS e na Uergs esta reflexão tomou corpo ao pensarmos uma graduação inovadora para o setor da saúde. A ESP/RS, de 1999 a 2002, esteve muito presente por todo o interior do estado do Rio Grande do Sul. Pela prioridade à educação em saúde coletiva, definida pelo gestor estadual para este período, a tradicional área da administração e planificação no campo da saúde pública ganhou importante evidência e ação, designada como *gestão e planejamento descentralizados em saúde* (Ceccim e Armani, 2001, p.30-56).

A ESP/RS desencadeou um processo de Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), distribuindo-os pelas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), da Secretaria de Estado da saúde (SES/RS) e começou um projeto de capacitação de gestores municipais e regionais de saúde. Entre setembro de 1999 e maio de 2000 foram abrangidos 82,23% dos municípios gaúchos no projeto de capacitação *O Município na Construção do SUS: Curso para Gestores*. O relato teorizado desta experiência está disponível em Ceccim (2001a, p.106-118) e a sua problematização acadêmica em Righi (2001, p. 09-27). Frequentaram o curso 1.229 participantes, provenientes de 384 municípios do estado, além das 19 CRS-SES/RS. O tema da gestão ganhou um enfoque de absoluto destaque para o encontro da educação em saúde coletiva com a reforma sanitária e as funções essenciais da saúde pública, tal como propôs o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, haja visto o dossiê *Desafios para a educação em saúde pública: a reforma setorial e as funções essenciais da saúde pública* (OPS, 2000).

Na área da gestão (administração de sistemas e serviços) as funções essenciais da saúde pública, que podem ser resumidas à noção de qualidade e idoneidade da promoção e proteção da saúde das populações e ambiental, se traduzem nas funções gerenciais para a garantia da saúde pública: estudo dos instrumentos administrativos da condução e articulação de políticas, modulação do financiamento, regulação e planejamento e coordenação do sistema e dos serviços de saúde.

A consideração do município ou mesmo da região como campo de análise da gestão na reforma setorial da saúde e os patamares de descentralização da gestão

e regionalização da atenção à saúde alcançados, quando entra em debate a *gestão solidária em saúde*, a *ousadia de cumprir a lei*, *radicalizando a qualidade de vida* e a *implementação da reforma sanitária com a invenção de tecnologias de gestão* (Ferla e Martins Jr., 2001, p. 08-20) colocaram em evidência a administração e planejamento em saúde, emprestando a esta subárea na saúde coletiva o desafio de um corpo de conhecimentos com potência de gerar um campo de saberes e de práticas da reforma setorial em curso por toda a América Latina e o Caribe e de acelerar o processo de mudanças pretendido.

Quando a Uergs desencadeou consultas públicas para identificação dos campos de saber que constituiriam seus cursos de graduação para o vestibular de 2002, a saúde coletiva foi definida como área prioritária e a subárea da gestão a necessidade mais citada.

Assim, a proposta de um curso de graduação em saúde coletiva para a formação de gestores em saúde, ganhou o nome de Bacharelado em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde. O curso projetado pretende formar um gestor em saúde (Administrador de Sistemas e Serviços de Saúde/Administrador em Saúde).

Quando o curso, inovador no país e na América Latina, foi lançado, sua credibilidade foi testada: foram 2.160 candidatos para 40 vagas. Surgido do debate com a sociedade, de modo descentralizado pelas regiões de saúde do estado, a absorção dos egressos do curso se anuncia como altamente promissora. A pós-graduação em saúde coletiva, já consolidada no país, passará a contar com candidatos com elevado potencial intelectual no campo da reforma sanitária em saúde, com uma formidável formação básica na própria área e contexto que deram origem e existência aos projetos reformadores do setor.

Os bacharéis em saúde coletiva, graduados em gestão em saúde, serão agentes com acúmulo técnico-profissional suficiente para o exercício de atividades no mercado ocupacional, com competências e habilidades orientadas por um *ideal de serviços* que dá fácil identidade à profissão, configura campo de saberes e práticas, está em fase de ascensão intelectual, gera uma explícita aptidão para o trabalho no setor da saúde e sugere elevada e imediata empregabilidade a cumprir-se o estatuto da reforma sanitária brasileira.

Mudança na preparação dos Recursos Humanos da saúde

Um processo de reforma setorial, como o observado no setor da saúde, em especial na região da América Latina e do Caribe, implica correspondente formação/capacitação de recursos humanos. Feuerwerker e Marsiglia (1996, p. 25) registraram que, nas propostas preocupadas com a construção de um sistema de saúde público, único, universal e descentralizado, surgem importantes preocupações com a educação profissional superior e a necessidade de integrar os sistemas de ensino e de saúde. As autoras destacaram que não basta levar os estudantes para o aprendizado fora do hospital ou a integração docente-assistencial, ambas estratégias observadas no Brasil entre o final dos anos setenta e o início dos anos 90 do século passado. Uma reforma sanitária com estes valores requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e prática e a incorporação da causalidade social na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. A Reforma Sanitária, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde, entretanto, o mesmo não tem sido observa-

do quanto às políticas educacionais de interesse para o setor. Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações na preparação técnico-política e ética do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando no setor reformado, o que se observou no Brasil foi o investimento recente em processos de formação posterior à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do Sistema de Saúde. O próprio sistema de saúde não institucionalizou qualquer forma de interação permanente com os órgãos formadores com reflexo no ensino de graduação.

Em inúmeros estudos e publicações sobre a formação dos profissionais de saúde aparece a busca e o relato de experiência sobre a integração ensino-serviço, praticamente inexistindo publicações que buscam a integração ensino-serviço-gestão-controle social e a articulação com os estudantes de graduação (o movimento/articulação estudantil, não a Instituição de Ensino Superior ou Departamentos/Setores universitários).

Especialmente os gestores do SUS, como responsáveis institucionais pela qualidade dos serviços do Sistema, são profundamente afetados pela questão recursos humanos. Nesta direção, Santana (1999, p. 435) escreve que *a discussão sobre o papel dos gestores do SUS na área de recursos humanos representa um dos mais importantes temas da agenda atual da política de saúde*. Para o autor, as dimensões do mercado de trabalho, na área pública da saúde, a complexidade dos conflitos de interesse e correlação de forças presentes neste campo, a emergência de novos agentes políticos no cenário da reforma setorial e, como pano de fundo de todos esses aspectos, o processo de democratização da sociedade brasileira, conferem destaque e relevância ao debate da formação e do desenvolvimento dos recursos humanos de saúde.

É reconhecido que o profissional de saúde, em diversos momentos de sua carreira, estará no exercício da função de gestão no Sistema ou nos serviços de saúde. Paradoxalmente, também é reconhecido o despreparo dos profissionais para executar esta função. Nos resultados dos debates do Projeto Agenda⁸, dois itens foram diretamente apontados sobre este problema: 1) *a incoerência entre o processo de formação acadêmica e as necessidades dos serviços e ações desenvolvidas no SUS* e 2) *os gestores com dificuldades no exercício do cargo, devido ao desconhecimento da administração do SUS* (Castro, 2000, p. 23-24).

Diante desse quadro, ainda podem ser caracterizadas como inovadoras as experiências de integração entre gestores, formadores, usuários e estudantes com o objetivo de qualificar a formação dos recursos humanos para as reais necessidades sanitárias no Brasil. Defendemos a inclusão das instituições de serviço **na condição de** instituições de gestão e de atenção à saúde. Como instituições de gestão, além da qualidade da atenção, está a qualidade da condução das políticas, a gerência do sistema e a organização da inteligência do setor. Defendemos a inclusão do movimento estudantil como ator político diferente das instituições de ensino e cujo protagonismo deve ser incentivado como movimento político de construção do sistema de saúde e não apenas de inovações ao ensino. Defendemos a inclusão do *controle social* como algo diferente da interação com a comunidade, é a inclusão da sociedade como ator necessário na escuta aos usuários do sistema de saúde, sem perdermos jamais a veemente necessidade de efetivar o acompanhamento singular de cada usuário das ações individuais de saúde.

⁸ Trata-se do Projeto Políticas de Recursos Humanos de Saúde – Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS. Este projeto atingiu os gestores de saúde dos estados da federação e ficou conhecido como *Projeto Agenda*.

No Rio Grande do Sul, uma experiência inovadora foi o Projeto de Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, o projeto VER-SUS/RS. Uma atividade de educação *problematizadora e inventiva* (Kastrup, 2001, p. 207-223), onde a aprendizagem é, sobretudo, *invenção de problemas e experiência de problematização*.

A atividade de educação proposta não foi a de acumular ou consumir soluções para o ensino, a gestão do SUS ou o desenvolvimento de práticas de atenção integral à saúde, mas a experimentação e o compartilhamento de problematizações e a geração de uma certa familiaridade com o Sistema de Saúde (órgãos de gestão estadual, central e regional; órgãos de gestão municipal; serviços e colegiados de participação social) que permita a emergência de significados e sentidos singulares em cada agente (sensibilização dos afetos).

Conhecer a realidade de um modo absolutamente estranho ao da universidade (em seu sistema acadêmico) tende às aprendizagens inovadoras, por estranhamento e surpresa, mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento de tal forma que o retorno aos modos da universidade causem novo estranhamento e, portanto, um novo padrão de exigência de aprendizados.

Este artigo busca relatar esta experiência de educação em saúde coletiva, gerado por uma Escola de Saúde Pública, integrante da estrutura de uma Secretaria Estadual da Saúde, no caso, o Estado do Rio Grande do Sul. A experiência envolveu Associações Científico-Profissionais, Instituições de Ensino Superior, Conselhos Regionais e Municipais de Saúde e os próprios estudantes universitários da área da saúde. Uma estratégia de mudança da formação dos profissionais de saúde em sintonia com a idéia de Feuerwerker (2002, p.18) quando ela escreve que *a mudança da formação se faz dentro do espaço local: escolas, serviços e espaços comunitários, com a participação ativa de professores, estudantes, profissionais da saúde e representantes da população* e com a idéia de Ceccim (2001b) que propõe *a experimentação como atitude de reflexão coletiva, tendo diante de si a realidade em todas as suas vertentes de informação*: os órgãos de gestão, os usuários concretos, os profissionais no exercício do seu modo de fazer o trabalho em saúde, a população representada nos fóruns de exercício da cidadania previstos pelo SUS, os gestores dos diferentes serviços de saúde e docentes universitários, sem experimentar a assistência, mas o próprio *pensar o Sistema*.

Independentemente da oportunidade da experiência multiprofissional, a experimentação como atitude de reflexão coletiva se orientou por dois fatores fundamentais: a mobilização estudantil e a vivência das responsabilidades éticas, técnicas e políticas da condição de Sistema em rede única, descentralizada na gestão e regionalizada na complementaridade da atenção integral em saúde.

Entendemos que o conjunto da experiência propõe uma estratégia educacional que, no campo do conhecimento, articula aprendizagens vivenciais cujo espaço privilegiado e único é o próprio tempo-espaço da gestão do SUS e, no campo da política de saúde, configura o relacionamento com um novo segmento de interlocução, os estudantes, chamados precocemente ao raciocínio e atuação multiprofissional e ao compromisso com o sistema de saúde.

Vivência-Estágio na Realidade do SUS, o VER-SUS/RS

Em todo o mundo o Movimento Estudantil participa das conquistas e mudanças sociais. A interferência estudantil organizada, não só registra amplos poderes de

interpor conceitos à sociedade, como registra um modo peculiar de ver-estar num mundo que exige transformações sociais. Este Movimento deixou sua marca no conturbado e produtivo maio de 1968 da França e igualmente no Brasil. No Brasil, o movimento estudantil teve forte presença na resistência contra a ditadura militar e sua subversão nos anos setenta; na luta por eleições diretas; no processo de *impeachment* do Presidente da República, Fernando Collor de Mello, no início da década de noventa; no movimento Em Defesa da Universidade Pública, junto com o magistério superior público federal, e em outros processos sócio-históricos. Velasco e Cruz (1994, p. 51) nos mostra o ativismo estudantil presente em várias conjunturas importantes. É possível, conforme o autor, constatar como *nas mobilizações de classes médias que se multiplicaram no contexto da abertura política – associações de bairro, sindicalismo de médicos e de professores – é grande o número de ex-ativistas*. Este autor ressalva, ainda, quanto à história do movimento estudantil brasileiro, que *não parece casual, tampouco, que no PT [Partido dos Trabalhadores] – primeiro partido de esquerda, com ampla penetração popular no Brasil a presença de ex-ativistas da juventude estudantil seja tão perceptível*.

O próprio processo da Reforma Sanitária no Brasil também recebeu, e recebe, contribuições e pressões deste movimento, seja diretamente, seja por sua participação em associações nacionais de ensino das profissões (por exemplo, a Associação Brasileira de Educação Médica, a Associação Brasileira de Enfermagem e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico).

A experiência que relatamos aqui tem sua nascente na presença dos estudantes de medicina, organizados por sua Direção Executiva Nacional. Em setembro de 2001, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) recorreu à Secretaria Estadual da Saúde/RS em busca de parceria para viabilizar seu V Estágio Nacional de Vivência no SUS, desta vez também proposto como o I Estágio Regional de Vivência no SUS (Regional Sul I da Denem). A proposta de um estágio regional seguia o desenho de regionalização da Denem, correspondente aos estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. A iniciativa da Denem mobilizou o apoio da Escola de Saúde Pública/RS como a instância da gestão estadual em saúde encarregada da política de educação para o SUS, nesta esfera político-administrativa.

Tratando-se de uma ação absolutamente nova, uma vez que, pela primeira vez a Escola de Saúde Pública/RS organizava uma ação com estudantes de graduação, a experiência foi designada como *Escola de Verão*, correspondendo ao suposto período de férias letivas (para as universidades federais, em reposição dos dias de paralisação do movimento de defesa da universidade pública, as aulas se prolongariam por todo o verão gaúcho). Em janeiro de 2002 aconteceu na ESP/RS o V Estágio Nacional/I Estágio Regional de Vivência no SUS, da Denem, e a I Escola de Verão da Escola de Saúde Pública/RS. Uma comissão com representantes dos estudantes, do gabinete da Secretaria Estadual da Saúde e da Escola de Saúde Pública/RS desenhou o projeto que seria levado a efeito. O projeto original de acompanhamento de serviços foi reorientado para o acompanhamento da gestão do SUS, envolvendo o conhecimento de indicadores de financiamento, indicadores epidemiológicos e demográficos, indicadores gerenciais e de satisfação dos usuários, discussão do ensino-aprendizagem e sua repercussão na prática médica e na organização do sistema e dos serviços de saúde. A Escola de Verão foi articulada em uma parceria com a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigrs), viabilizando a operacionalização do desafio educacional entabulado.

A atividade contou com 56 estudantes de medicina oriundos de todo o país. Durante 17 dias estes estudantes conheceram a dinâmica da gestão e do funcionamento do SUS em seis regiões sanitárias do estado⁹. A avaliação dos resultados quanto à possibilidade de potencialização da formação de recursos humanos para a saúde foi tão positiva que foram desencadeados, na ESP/RS, alguns processos de trabalho destinados à articulação com os estudantes. Um destes processos foi criar uma *assessoria de relações com o Movimento Estudantil*¹⁰. Esta *assessoria de relações* teve a incumbência de dialogar com os estudantes organizados da área da saúde, a fim de desenvolver projetos destinados à educação dos profissionais para a saúde coletiva e para o SUS.

Num primeiro momento, os estudantes participantes deste processo eram universitários de medicina de algumas Instituições de Ensino Superior do estado, dando seguimento e desdobramento à Escola de Verão. Diante deste quadro e, considerando o leque de profissionais que atuam no Sistema de Saúde, o primeiro movimento feito por essa *assessoria de relações* foi buscar a participação multiprofissional e aumentar a representatividade por carreira e por IES no grupo de estudantes envolvidos. Com o auxílio dos próprios estudantes de medicina foi desenvolvida uma rede de contatos com os Diretórios/Centros Acadêmicos dos outros cursos da área da saúde.

Com a ênfase da proposta de estágio mantida na subárea da saúde coletiva, designada pela administração e planejamento em saúde (Gestão em Saúde/Administração de Sistemas e Serviços de Saúde/Administração em Saúde), os estudantes da área da saúde coletiva da Uergs passaram a ser foco privilegiado, como os estudantes de medicina e enfermagem, estes por sua precedência tanto nos serviços como no campo de produção dos saberes e práticas da saúde coletiva, além dos estudantes de odontologia que, com a medicina e a enfermagem, completam a tríade hegemônica na atenção à saúde e gestão dos serviços públicos de saúde¹¹.

Uma das mais importantes iniciativas na América Latina para a mudança na educação dos profissionais de saúde, o Programa Uni – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde, patrocinado pela Fundação Kellogg, cuja preparação começa em meados de 1990 e é apresentado às IES em 1991 com seminários no Brasil, México e Chile, ficou conhecido como *ideário Uni*, onde a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço-comunidade se tornaram o eixo da inovação na formação básica na área da saúde. No solo gerador do Programa Uni estavam os movimentos de Medicina Preventiva, Social e Comunitária, com o fortalecimento dos projetos de departamentos com estes desígnios nas Faculdades de Medicina; o Programa Inovações, de apoio às mudanças nas Faculdades de Odontologia; o Programa de Desenvolvimento da Enfermagem, enfatizando a atenção básica em saúde coletiva, e os Projetos de Administração em Saúde, projetos Proasa, dando significativo apoio ao desenvolvimento dos gerentes de serviço (Kisil e Chaves, 1994).

⁹ As regiões escolhidas corresponderam, às Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS (CRS) com sedes em Porto Alegre (1ª CRS), Pelotas (3ª CRS), Santa Maria (4ª CRS), Caxias do Sul (5ª CRS), Passo Fundo (6ª CRS) e Ljuí (17ª CRS).

¹⁰ Esta assessoria, hoje se configura como Articulação com o Movimento Estudantil e com as Associações Científico-Profissionais da Área da Saúde.

¹¹ A ESP/RS pactuou, em dezembro de 2001, convênio de cooperação técnico-científica e cultural, tendo em vista a educação dos profissionais de saúde, com a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs), Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Sul (ABEn/RS) e Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio Grande do Sul (ABO/RS).

Segundo Kisil e Chaves (1994, p. 02), em 1987, *como parte do esforço permanente de avaliação de suas prioridades programáticas, assim como de sua preparação para a década que se aproximava*, a Fundação W. K. Kellogg, em sua orientação para o setor da saúde, *decide realizar, ou apoiar, uma série de estudos analíticos do significado do seu aporte ao desenvolvimento de quatro importantes profissões de saúde: medicina, enfermagem, odontologia e administração em saúde.*

Dois pontos foram considerados conclusivos para a reflexão: 1) a articulação do ensino com o sistema de saúde – a ser consolidada – *deve transcender o trabalho de um departamento e de uma profissão, para envolver equipes multiprofissionais durante todo o curso de graduação* e 2) *a participação da comunidade, em conjunto com as instituições de ensino e as de serviço, de forma consciente e corresponsável, nos projetos docente-assistenciais constitui deficiência que deve ser superada.*

Um grupo de trabalho foi composto pela ESP/RS e por estudantes de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia e Serviço Social. Desencadeados alguns contatos informais com os Diretórios/Centros Acadêmicos das carreiras da saúde, obteve-se o engajamento de 08 cursos, representados por seu corpo discente. Pode-se perceber que, além das carreiras mais tradicionais, sempre previstas no debate da profissionalização no SUS, como é o caso da Enfermagem, Medicina e Odontologia, participaram acadêmicos de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, como bem apregoado pelo Programa UNI, desde 1987, acadêmicos de Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária e Serviço Social.

Quanto à ausência de diversas carreiras (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional) pode-se argüir que, no Rio Grande do Sul, há apenas um curso de Terapia Ocupacional e um curso de Biomedicina, este último sem ter formado nenhuma turma até o momento, mas também se pode perguntar como vai o ensino da área de saúde coletiva nestas carreiras em nosso estado e obter indícios para a política e gestão de recursos humanos e para a educação permanente desse pessoal da equipe de saúde. Este tipo de ausência de participação também marcou outras atividades desenvolvidas pela ESP/RS.

Outra característica do grupo de estudantes foi a proveniência universitária e regional. Os estudantes eram oriundos de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES): Centro Universitário Instituto Porto Alegre (IPA), capital; Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA), capital; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), capital; Universidade de Caxias do Sul (UCS), região da serra; Universidade do Vale dos Sinos (Unisinos), região metropolitana; Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), capital e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs), capital. A representatividade envolveu capital, região metropolitana e interior; instituições públicas, federal e estadual; instituições privadas, comunitárias ou não, e instituições configuradas como Universidade, Centro Universitário e Faculdade Isolada.

Esse grupo de estudantes, a partir do processo de trabalho de montagem da vivência-estágio na realidade do SUS decidiu institucionalizar sua configuração como um grupo multiprofissional e interinstitucional de universitários da área da saúde, proposto a desenvolver ações voltadas para a saúde coletiva. O grupo entendeu que sua atuação não estava limitada ao estudo e pesquisa devendo fortalecer-se como um núcleo de desenvolvimento de trabalhos na área da saúde coletiva. Deste modo, surgiu o Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc). Uma

instância estudantil autônoma que, em interação com outras instâncias oficiais do movimento estudantil, proporia e estabeleceria articulação com as IES, com os Conselhos Estadual, Regionais e Municipais de Saúde, com gestores do SUS e com a própria Escola de Saúde Pública/RS. O Netesc assumiu o desafio da sua própria formação, no sentido de perscrutar a formação de recursos humanos para o SUS no estado do Rio Grande do Sul e instigar o seu debate.

A ESP/RS, articulada com o Netesc, iniciou o trabalho de *desdobramento* da Escola de Verão. Deste debate surgiu a nova designação da vivência-estágio. A idéia era a de levar os universitários a verem o SUS em sua realidade concreta, multifacetada e diversificada pelas regiões do território estadual. Uma vivência-estágio para *ver* a realidade do SUS, ainda que sentindo-a, experimentando-a e refletindo coletivamente sobre ela, levou ao VER-SUS/RS. O *desdobramento* aconteceu na direção da ampliação da atividade, **de** estudantes de medicina **para** o conjunto das carreiras da saúde, **de** 06 regiões sanitárias **para** o conjunto das 19 regiões sanitárias da Secretaria Estadual da Saúde. Nesta edição, o VER-SUS/RS reuniu 112 estudantes e envolveu 66 municípios.

Considerando os aspectos pedagógicos envolvidos numa atividade de formação de recursos humanos para a saúde, mais especificamente para os espaços de trabalho em saúde coletiva, foram estabelecidas as seguintes metas:

- Promover o encontro entre estudantes das várias carreiras de graduação em saúde de todo o estado e proporcionar estágio de vivência na gestão do Sistema Único de Saúde;
- Possibilitar o intercâmbio sobre a gestão do SUS entre os estudantes da saúde de todo o estado; docentes de saúde coletiva do Rio Grande do Sul; trabalhadores da área da saúde no Sistema; gestores regionais, municipais e de serviços de saúde; usuários nos serviços de saúde e conselheiros de saúde;
- Constituir fóruns regionais de discussão e aproximação entre Instituições de Ensino Superior, serviços de saúde, órgãos de gestão do SUS e controle social na área da saúde;
- Propiciar para estudantes de graduação em saúde o debate das políticas públicas de saúde no SUS e estágio de vivência nas instâncias de um Sistema Estadual de Saúde (âmbitos estadual, regional, municipal, distrital e local).

Com os objetivos traçados, o próximo passo foi prever a infraestrutura necessária à execução do VER-SUS/RS. Um ponto de partida para a previsão de infraestrutura foi a configuração do *Pólo de Educação em Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul*, estrutura em formato de Comissão Permanente que congrega o gestor estadual do SUS, por meio de suas estruturas de educação em saúde coletiva, órgãos formadores, representação dos gestores municipais de saúde, prefeitura da capital e alguns hospitais universitários ou de ensino. No Pólo de Educação em Saúde Coletiva está inserida a maioria das IES do estado e, assim, a quase totalidade dos cursos da saúde. No período de planejamento do VER-SUS/RS existia o total de 149 cursos da saúde nestas IES. A primeira meta foi envolver, no mínimo, um estudante por curso, o que acarretaria uma atividade com pelo menos 149 estagiários.

Outro ponto de referência foi o processo de regionalização da atenção à saúde que acontece no Rio Grande do Sul, pois se tratava de conhecer o processo de gestão: o estado está organizado em sete macrorregiões de saúde. São elas: região metropolitana, região sul, região norte, região centro-oeste, região da serra, região missioneira e região dos vales. Dentro destas macrorregiões estão localiza-

das as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES/RS, em cada uma delas um Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc) da ESP/RS, perfazendo uma distribuição por toda a diversidade epidemiológica, demográfica e sócio-econômica do estado. Os municípios-sede destes Núcleos são: 1ª CRS – Porto Alegre, 2ª CRS – Porto Alegre (abrange a vizinhança da Grande Porto Alegre), 3ª CRS – Pelotas, 4ª CRS – Santa Maria, 5ª CRS – Caxias do Sul, 6ª CRS – Passo Fundo, 7ª CRS – Bagé, 8ª CRS – Cachoeira do Sul, 9ª CRS – Cruz Alta, 10ª CRS – Alegrete, 11ª CRS – Erechim, 12ª CRS – Santo Ângelo, 13ª CRS – Santa Cruz do Sul, 14ª CRS – Santa Rosa, 15ª CRS – Palmeira das Missões, 16ª CRS – Lajeado, 17ª CRS – Ijuí, 18ª CRS – Osório e 19ª CRS – Frederico Westphalen.

A estratégia era contemplar todas as carreiras de graduação em saúde das IES/RS com uma vaga de estágio, agregar a esse número algumas vagas extras para, por exemplo, estudantes de fora do estado e, por fim, distribuir entre os 19 Nuresc/CRS o mesmo número de estudantes. Assim, chegou-se ao número de 09 estudantes para formar o grupo de estagiários de cada um dos 19 Nuresc/CRS. O que resultou num total de 171 vagas a serem abertas na edição do VER-SUS/RS¹².

A proposta incluía que os estudantes tivessem suas despesas custeadas durante o período da vivência-estágio. A idéia era incentivar a máxima adesão dos estudantes em uma categoria de estágio pouco presente na cultura universitária da saúde: a gestão do SUS. A bolsa de apoio ao estudante para a vivência-estágio também previa evitar a não-participação estudantil em função das dificuldades financeiras, característica de grande parte deste público. Em função deste enquadre, foi previsto um custeio das seguintes despesas: local para o acolhimento, capacitação introdutória e alojamento do conjunto dos participantes para o início coletivo da atividade, o que aconteceria em Porto Alegre, transporte para os municípios sede dos 19 Nuresc/CRS, alojamento e transporte nesses municípios para viabilizar a visitação às diferentes instâncias do Sistema de Saúde, transporte para retornar a Porto Alegre e nova estada na capital para a avaliação final da vivência-estágio. Por fim, o apoio para alimentação durante todo o período da atividade.

Um ponto trabalhado pela ESP/RS, estudantes e Nuresc nestes encontros foi o Roteiro de Atividades que configuraria a Vivência-Estágio. A implantação do SUS tem sua especificidade em cada uma das 19 regiões, as dificuldades, os acertos, os aspectos positivos e negativos da gestão em saúde têm suas peculiaridades em cada espaço territorial. Esta não é uma característica exclusiva da organização do Sistema de Saúde no estado do Rio Grande do Sul. A diversidade cultural, geográfica, epidemiológica e econômica, entre um conjunto de outras diferenças, marca a implantação do Sistema nos estados da federação brasileira e nas próprias regiões internas aos estados e nos municípios. Assim, o parecer do Nuresc foi decisivo para a definição sobre *o que conhecer* na vivência-estágio em cada região.

Diante deste quadro, optou-se pelo encaminhamento a cada Nuresc de um Termo de Referência formulado com os estudantes. Neste Termo de Referência foram previstas as atividades que comporiam a Vivência-Estágio, bem como, o convite para que cada CRS acolhesse o grupo de estagiários como um *grupo com interesse investigativo*, isto é, que o grupo fosse apoiado na sua curiosidade de *ver* o SUS.

¹² A divisão de 149 vagas (01 vaga para cada curso existente no estado) por 19 Núcleos Regionais levaria a grupos de 8 alunos. Considerando uma vaga a mais em cada região (acesso para outros estudantes interessados), chegamos a 9 estudantes por Nuresc e 171 vagas no total.

As atividades sugeridas no Termo de Referência foram¹³:

- obter da Coordenadoria Regional de Saúde a apresentação do projeto regional de coordenação/condução do Sistema Único de Saúde: dados epidemiológicos, dados demográficos, estrutura socioeconômica, estrutura da rede de serviços, processo de mudança no gerenciamento da rede a partir das diretrizes constitucionais do SUS;
- visitar 03 municípios da região, sendo que, no mínimo, em um deles estivesse acontecendo a implantação do Programa Saúde da Família (PSF);
- visitar postos de saúde, hospitais e outros espaços de serviços nestes municípios;
- visitar as Secretarias Municipais de Saúde com o objetivo de conhecer a dinâmica de trabalho e condução gerencial do Sistema de Saúde;
- participar de reuniões dos Conselhos Regionais e Municipais de Saúde;
- entrevistar secretários municipais, coordenadores regionais, servidores e representantes dos usuários nos Conselhos;
- realizar debate regional sobre a formação de recursos humanos para a saúde na região e sobre como acontece a prática multiprofissional no trabalho em saúde na região com a participação de representantes das IES da região e de trabalhadores da saúde do SUS.

Coube a cada Nuresc adaptar o Termo de Referência à sua realidade, bem como, somar às atividades propostas, outros procedimentos pertinentes a melhor compreensão sobre a gestão do SUS em sua região. Todos os 19 Nuresc aceitaram as sugestões, adaptaram-nas a partir de suas realidades e organizaram outras atividades compatíveis ao propósito da vivência-estágio.

A novidade de aprendizagem da gestão em saúde

O VER-SUS/RS aconteceu entre os dias 1º e 19 de julho de 2002 no estado do Rio Grande do Sul. Das 171 vagas que compunham o teto inicial, 112 foram preenchidas. Alguns cursos não demonstraram interesse em participar da atividade, como também não liberaram suas vagas em tempo viável para uma nova distribuição. Uma possível interpretação deste dado pode ser endereçada à pouca importância que a temática *gestão do SUS* ocupa na cultura da maioria dos cursos da saúde, especialmente no período da graduação, realidade esta que *justificou a introdução da vivência-estágio como um componente educacional para uma política de recursos humanos no processo de reforma sanitária* e reforça o acerto de um curso de graduação com este objeto em seu núcleo científico-ocupacional. Entretanto, não pode ser desconsiderado o desencontro entre os cronogramas letivos das diversas universidades, principalmente das públicas federais, decorrente da reposição da carga horária não atualizada em atividades curriculares no movimento de paralisação nacional.

Os estagiários foram recepcionados em Porto Alegre, mas a base onde se hospedaram, receberam o curso introdutório e se organizaram como um coletivo em experiência de aprendizagem foi no município de Viamão, vizinho imediato de

¹³ Note-se que neste campo surge a palavra *visitar* como *atitude investigativa*, assim *visitar* não é menos comprometido do que quando utilizamos a expressão *visitar as teorias a respeito deste ou daquele tema*, revisá-las, ou, ainda, quando dizemos que é necessário *revisitar o enquadramento epistemológico de determinada ação*, ou seja, visitar pertence ao encontro, deparar-se com, sofrer o estranhamento do contato.

Porto Alegre. O município de Viamão oferecia um espaço apropriado para o acolhimento, alojamento, alimentação e realização da capacitação inicial em auditório e salas para grupos. Esta capacitação ocupou três dias da vivência-estágio e foi marcada por atividades teóricas envolvidas com os seguintes temas: histórico de construção do SUS, diretrizes e princípios do SUS, as políticas de saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, o sistema de informações em orçamentos públicos de saúde, o funcionamento do orçamento participativo e a organização das políticas públicas sob participação popular e a preparação para o trabalho de investigação e a utilização dos instrumentos de avaliação da vivência-estágio.

Para a avaliação foi trabalhado um instrumento que serviria de parâmetro para o trabalho de investigação acadêmica nas regiões e, por meio de dinâmicas de grupo, foi estimulada uma atitude de pesquisa nos estagiários. A idéia era de que eles perguntassem, olhassem, contatassem, enfim, conhecessem todas as instâncias da gestão do Sistema de Saúde instigados por suas curiosidades. O instrumento da avaliação facilitaria tal processo, além de servir como formulário para a elaboração do relatório final de estágio, exigido de cada estagiário ao final da atividade. A aprendizagem investigativa não tem a síntese conceitual e a acumulação teórica como o seu ponto fundamental, mas a condição da problematização, a reflexão que se faz como uma questão de si mesmo. O senso comum reitera que não há regras ou receitas, mas reiteradamente as buscamos na/para as práticas nos serviços, na gestão e no ensino. *Não é uma receita de bolo!* Quantas vezes ouvimos esta ladainha, mas como é que os confeiteiros aprendem a fazer bolos? Certamente com a convivência culinária e com artistas doçeiros, certamente estando sensível a esta aprendizagem, certamente se deixando aprender pelo universo das referências sensoriais e de afirmação do prazer. Sem a convivência e sem o coletivo, não se pensa e não se sente. Sentir e pensar é resultado do confronto com o estar de corpo presente, condição de qualquer *aprendizagem* (não erudição), como diria Francisco Varela (Varela et al., 1995)

Para cada município-sede dos Nuresc/CRS se dirigiu um dos estudantes integrantes do Netesc para recepcionar cada grupo de estagiários. Cada equipe de estágio foi composta por seis estudantes, sendo um deles o monitor do grupo. Estas equipes eram multiprofissionais e multiinstitucionais. Cada estudante deveria ser indicado para uma região diferente da sua procedência acadêmica, como afirmava a avaliação da vivência-estágio da Escola de Verão. Não há qualquer dúvida, em termos de uma aprendizagem por problematização, que sermos levados para ambientes menos familiares nos força a pensar, a ver e a escutar, pois temos de nos virar dentro do desconhecido. Só se pode vir a conhecer o que é desconhecido, embora insistamos sempre em conhecer mais sobre o que conhecemos exatamente. Quando os hábitos anteriores não nos servem mais para nos safar dos problemas de aprendizagem, enveredamos por sucessivas problematizações na experiência presente. Serres (1982) fala ainda de intuições súbitas, lagos de premonição e bolsões de sabedoria que sobrevêm aos que *viajam*, se dispõem à travessia do desconhecido, saindo do ninho e lançando-se em um caminho de destino incerto (como um saber e uma epistemologia futuros).

Na Escola de Verão já havíamos verificado que os estudantes em seus próprios municípios e em virtude de seus vínculos afetivos e familiares, acabavam por não viver o estranhamento das novas proximidades (outros colegas, outras regras sociais provisórias, outros cursos, outras IES). Diante desta constatação, os estu-

dantes do norte do estado foram encaminhados para o sul, estudantes do leste foram para o oeste, estudantes da capital foram para o interior e vice-versa.

Durante 15 dias corridos, os estagiários ficaram alojados nos 19 municípios sede dos Nuresc/CRS. Nas regiões onde ocorreu a vivência-estágio os universitários vivenciaram as atividades propostas no Termo de Referência, juntamente, com aquelas elaboradas pelos Nuresc em cada região. No regresso para Porto Alegre acomodou-se mais um dia de trabalho coletivo, foi realizada a avaliação final do VER-SUS/RS.

Nesta avaliação, as 19 equipes organizaram uma apresentação da sua experiência de estágio em cada região. Deste modo foi possibilitado aos 112 estagiários obterem um relato, a partir da perspectiva dos próprios estudantes, sobre a gestão da saúde em todo o estado do Rio Grande do Sul.

Um relatório sobre a vivência-estágio foi exigido de cada participante. A proposta do relatório objetivou atingir dois resultados. O primeiro foi fornecer uma avaliação sobre a organização do VER-SUS/RS de modo que a comissão organizadora pudesse contar com um instrumento composto com sugestões e críticas a serem consideradas em uma próxima edição. O segundo resultado foi instigar aos participantes, com o intermédio da produção escrita, para a reflexão crítica sobre a gestão da saúde na região visitada no período do estágio. Este material foi acrescentado ao acervo técnico-documental da biblioteca da ESP/RS.

Foram participantes todas as Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS e envolvidos 66 municípios gaúchos. Foi registrada a procedência de alunos de 19 IES (03 delas de fora do estado).¹⁴ O total de 112 universitários era procedente de 12 diferentes carreiras profissionais. A predominância de gênero pertenceu às mulheres, com uma presença de 79% dentre os estagiários. Apesar do curso de graduação em saúde coletiva ser único no estado (0,7% do total de vagas da área de saúde), contou com 07 vagas de estágio (6,3% do total de vagas ocupadas). Este curso também contou com a presença de 02 estudantes da Alemanha em visita-estágio no Brasil, o que elevou a ocupação de vagas para 09, ou seja, 8% do total preenchido.

¹⁴ Participaram do estágio, por solicitação, 01 estudante da Universidade do Vale do Sapucaí/Minas Gerais; 01 estudante da Universidade Estadual do Pará/Pará e 02 estudantes de Administração em Saúde em intercâmbio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com a Alemanha.

**Quantidade de Cursos das Profissões da Saúde
no Rio Grande do Sul, 2002**

| Carreira | Nº de Cursos |
|----------------------|--------------|
| Biologia | 17 |
| Biomedicina | 01 |
| Educação Física | 16 |
| Enfermagem | 18 |
| Farmácia | 15 |
| Fisioterapia | 15 |
| Fonoaudiologia | 04 |
| Medicina | 10 |
| Medicina Veterinária | 07 |
| Nutrição | 13 |
| Odontologia | 07 |
| Psicologia | 14 |
| Serviço Social | 10 |
| Terapia Ocupacional | 01 |
| Saúde Coletiva | 01 |
| Total | 149 |

Municípios visitados e a configuração das equipes de estágio em relação às carreiras profissionais, por Nuresc/CRS

| <i>Nuresc/CRS</i> | <i>Municípios Visitados</i> | <i>Carreiras profissionais componentes das equipes</i> |
|-------------------|--|---|
| 1ª | Porto Alegre, Alvorada, Morro Reuter | Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. |
| 2ª | Butiá, Charqueadas e Parobé | Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. |
| 3ª | Pelotas, São Lourenço do Sul e Rio Grande | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia. |
| 4ª | Santa Maria, Faxinal do Soturno e Silveira Martins | Biologia, Enfermagem, Farmácia e Nutrição. |
| 5ª | Caxias do Sul, Galópoli e Farroupilha | Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. |
| 6ª | Passo Fundo, Mormaço, Sananduva e Carazinho | Biologia, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição. |
| 7ª | Bagé, Dom Pedrito e Hulha Negra | Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Psicologia. |
| 8ª | Cachoeira do Sul, Sobradinho e Cerro Largo | Enfermagem, Farmácia, Psicologia e Odontologia. |
| 9ª | Cruz Alta, Santa Bárbara do Sul, Quinze de Novembro e Salto do Jacuí | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia e Medicina. |
| 10ª | Alegrete, Uruguaina, Rosário do Sul e São Borja | Biologia, Enfermagem, Farmácia e Psicologia |
| 11ª | Erechim, Barão do Cotegipe, Aratiba e Barra do Rio Sul | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. |
| 12ª | Santo Ângelo, São Luis Gonzaga, Porto Xavier e Entre Ijuís | Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição. |
| 13ª | Santa Cruz do Sul, Mato Leão, Passo do Sobrado e Rio Pardo | Administração em Saúde (aluno da Alemanha), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia |
| 15ª | Palmeira das Missões, Ronda Alta e Constantina | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Biologia, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social |
| 16ª | Lajeado, Imigrante, Taquari e Santa Clara do Sul | Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia |
| 17ª | Ijuí, Catuípe e Jóia | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Serviço Social |
| 18ª | Osório, Mampituba e Arroio do Sal | Biologia, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia |
| 19ª | Frederico Westphalen, Rodeio Bonito, Cristal do Sul e Taquaruçu do Sul | Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, Enfermagem, Farmácia, Medicina Veterinária, Nutrição e Psicologia |

Se com o relato que acabamos de apresentar se evidencia uma estratégia de desenvolvimento da aprendizagem em saúde coletiva, convém destacar como a II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública, intitulada Reforma Setorial e Funções Essenciais da Saúde Pública: desafios para o desenvolvimento de recursos humanos, que ocorreu na cidade do México, de 11 a 13 de novembro de 1998, recomendou que se desenvolvesse o currículo da educação em saúde coletiva. No relatório final de conclusões e recomendações consta: *desenvolver as áreas disciplinares com falhas atuais*, citando *epidemiologia, desenho e implementação de políticas, economia da saúde, gestão financeira, avaliação tecnológica, liderança e negociação, mercado e comunicação, gestão e avaliação de projetos* (OPS, 2000, p. 135).

Considerações finais

A experiência ressalta o compromisso com o processo de produção dos perfis profissionais, a produção *educativa* das equipes de saúde e a própria produção de compromisso dos profissionais em formação com o Sistema Único de Saúde. O processo educativo junto à gestão articula uma multiplicidade de identidades profissionais e institucionais e uma multiplicidade de interesses ético-políticos, mas é possível detectar a mobilidade dos grupos técnico-profissionais entre o campo da saúde coletiva e os núcleos identitários das profissões, assim como é possível detectar o maior conforto nos diferentes segmentos de saberes e práticas independentemente da escolha profissional em curso. Parece-nos que o máximo encontro multiprofissional de maneira interdisciplinar fortalece as carreiras como núcleos de produção técnico-científica, mas também amplia a reinvenção destes núcleos, dando às profissões a potência da maior destreza e autonomia intelectual que se traduzirão em aperfeiçoamento da gestão e da atenção à saúde, como da própria formação e das profissões. É certo que o encontro multiprofissional não anula as profissões; o que se encontra são novos perfis ou novos elencos profissionais.

Os estudantes da graduação em saúde coletiva, sem ter concluído quatro meses de existência do curso não tiveram qualquer dificuldade de encontro interprofissional ou conflito de identificação com seu núcleo de saber e prática, colocando-se absolutamente à vontade no debate, na visitação investigativa, na escuta atenta e sensível aos gestores, conselheiros de saúde e usuários do SUS para as questões da administração do sistema de saúde em suas estruturas descentralizadas e sob pactuação ou dos serviços em sua gerência interna com a rede assistencial e interna ao sistema de saúde.

Foram 112 estudantes participantes, provenientes de um universo de milhares de universitários que estudam nos cursos da saúde no estado. Foi apenas um pouco mais de 13% dos municípios do estado, os *visitados* pela vivência-estágio em sua gestão da saúde. Foram somente 19 dias de atividade em percursos de formação com duração de 4 a 6 seis anos de estudos universitários. Foi conhecida apenas uma pequena parcela das informações e dos problemas envolvidos na complexidade da implantação do Sistema de Saúde e sua administração.

Muito provavelmente o VER-SUS/RS levantou pontos relevantes para agenda nos Diretórios/Centros Acadêmicos envolvidos, como também para os gestores, servidores e formadores que participaram com a sua produção ou acolhimento. Entretanto, empreender uma avaliação qualitativa mais densa ainda é precoce sobre o que aconteceu entre os dias 01 e 19 de julho de 2002 no estado do Rio Grande do Sul, durante esta vivência-estágio.

Na sessão de avaliação final da vivência-estágio foram pronunciadas expressões como: *agora eu sei o que é uma Coordenadoria e um Conselho de Saúde; quero voltar para minha cidade e participar da construção do SUS como cidadão; o SUS pode ser legal sim; me vejo trabalhando no SUS; foi muito bom conviver com gente de outros cursos e discutir sobre nossas futuras profissões; vou falar para todo mundo o que aconteceu aqui: meus colegas precisam vir na próxima; a gente precisa falar mais de SUS nas nossas faculdades: é muito pouco; eu não sabia nada de SUS: agora sei alguma coisa e quero saber mais; deu para a gente ver de frente o tipo de profissional que a gente quer ser; não podemos estar de fora do que acontece no controle social da saúde; parece incrível, mas a população fala melhor do que seria o SUS de qualidade do que gestores e profissionais.*

Estas poucas frases foram colhidas do conjunto dos 112 relatos, por representarem a grande parte das opiniões explicitadas. Cada um destes enunciados estudantis pode instigar diferentes interpretações. Dentre elas, o quanto mobilizou a subjetividade dos estudantes envolvidos no que diz respeito a sua antiga relação, ou falta dela, com o SUS. O imaginário, o desejo, o pensamento dos 112 integrantes foi tocado pela visão de algumas realidades da gestão da saúde no estado do Rio Grande do Sul e, assim, outras coisas também aconteceram.

Hoje existe uma rede de discussão eletrônica (por meio virtual) entre os estudantes que estagiaram no VER-SUS/RS e outros tantos que se agregaram a eles. Mais de uma dezena de seminários foram organizados por alguns estudantes que participaram da vivência-estágio, ao regressarem as suas instituições de origem. Em todos estes seminários a temática era o SUS, as concepções de saúde e a formação dos profissionais. Está acontecendo a regionalização do Netesc. O Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva começa também a existir em regiões do interior do estado e estes estudantes já estão à procura dos gestores municipais e regionais para organizar, nas suas regiões, atividades de aproximação entre os graduandos da saúde e o SUS em eventos com participação estudantil. Algumas comunicações sobre a vivência-estágio já foram realizadas fora do estado gaúcho. Estudantes do estado do Pará, do estado de São Paulo e do estado de Sergipe já demonstraram interesse de que aconteça outros VER-SUS estaduais.

Em uma das universidades federais do interior do estado o centro acadêmico dos estudantes de medicina organizou, em articulação com o Nuresc da região, o I Estágio Local de Vivência no SUS (Almeida e outros, 2002), supondo uma trajetória que se assemelhasse a do I Estágio Regional de Vivência no SUS para o VER-SUS/RS; trata-se de constituir um hábito e uma competência neste segmento estudantil para o SUS, para a perspectiva do controle social em saúde, para as dimensões da saúde coletiva como gestão de processos e de pessoas e para os princípios do SUS e, então, depois, distender este espaço para a multiprofissionalidade.

Operar processos de educação implica operar com as concepções de ensino e de prática de saúde, com as expectativas da clínica, com a construção dos saberes e das práticas e com as relações de força entre universidade e serviços, entre gestores, formadores, estudantes, trabalhadores e usuários. O desafio se estende e prolonga pelas possibilidades abertas no campo das aprendizagens e que são imponderáveis de maneira instrumental, ocorrem na subjetividade e na sensibilidade corpórea, não no pensamento racional e científico.

A montagem de uma estrutura de visita científica/vivência-estágio na gestão do SUS com o desafio de aprender com o corpo (ver/viver o estágio/estar), por si só

coloca modos de propor a educação. Estudantes, docentes, profissionais dos serviços e na gestão, usuários e conselheiros de saúde constituem o processo coletivo ampliado em que a experiência se insere e constituem inéditas memórias do espaço local de serviço e gestão.

Guattari (1992, p. 19-25) expõe que há necessidade de um *pólo cognitivo de singularização, de particularização da pesquisa* (no outro pólo estaria a racionalidade da ciência) para afirmar a criação processual e, em lugar do paradigma da Verdade, estaria uma modelização localizada, encarnada em um corpo social cujo destino está em causa. Os enunciados de pesquisa, numa mudança de atitude do pesquisador em relação a seus interlocutores, podem ser chamados de *agenciamento coletivo de enunciação*. *A elaboração cognitiva, neste caso, é inseparável do engajamento humano e da escolha de valores em que implica.*

O campo das aprendizagens não será preenchido sem a exposição ao andar da vida dos usuários do SUS, ao andar da qualidade humanística dos serviços de saúde, ao andar da relevância social da gestão na saúde. A educação acontece, inclusive, no próprio processo de construção de espaços e tempos coletivos com os estudantes. A oportunidade de maior protagonismo aos estudantes numa clara aliança de desejo de aprender entre docentes, gestores e estudantes parece um caminho absolutamente promissor.

Se não é possível avaliar consistentemente o impacto do VER-SUS/RS, pode-se sentir que algo aconteceu e está acontecendo, e não apenas em nós, envolve progressivamente mais atores do meio da saúde e mais alternativas para tornar possível a mudança da formação profissional. Parecia-se imponderável uma graduação em saúde coletiva, ela está em curso e já se expôs ao encontro multiprofissional, fortalecendo um *ideal de profissão*, um *ideal de sistemas e serviços de saúde* e um *ideal de saúde coletiva*. Nessa oportunidade só podemos supor um desafio promissor para o profissional, para a carreira e para a reforma sanitária brasileira.

O campo intelectual da Administração de Sistemas e Serviços de Saúde apresenta potencial para abranger análise e intervenção em políticas de saúde comparadas, observatório político-administrativo das reformas em saúde, produção de visibilidade à reforma nos diferentes tempos e espaços em que se expressa, produção de visibilidade à situação de saúde pelo desempenho dos sistemas e serviços, produção de informação para a ação social da sociedade e fortalecimento do controle social, gestão de processos avaliativos, gestão de pessoas, gestão financeira, gestão de sistemas de informação, gerência de serviços, gestão de sistemas de regulação, gestão e garantia da equidade, desenvolvimento de políticas de planejamento, planejamento estratégico de sistemas e serviços etc.

Para todos os estudantes foi um estágio no Sistema, não foi um estágio nos serviços, mas somente para os acadêmicos de saúde coletiva foi um estágio de administração em sistemas e serviços de saúde. Existe, então, o sanitarista administrador em saúde? A resposta não é conclusiva, mas o núcleo de competências e habilidades sugere aptidão para o emprego; a escuta dos gestores municipais e regionais de saúde em 19 regiões sanitárias e a proximidade com 1.229 trabalhadores de saúde em curso de gestores do SUS sugere alta empregabilidade na rede de saúde e as competências, habilidades e mercado de trabalho sugerem uma produção de conhecimento com especificidade e aplicabilidade.

Inovación en la preparación de profesionales de salud y la novedad de la graduación en salud colectiva

Resumen: El artículo busca relatar la experiencia de educación en salud colectiva, generada por la Escola de Saúde Pública del Estado do Rio Grande do Sul. El desafío de establecer condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios de salud, garantizados por medio de la implementación integral del Sistema Único de Saúde (SUS), impone a la función **formación** la responsabilidad por la calificación de los trabajadores en salud con nuevo perfil. Se proyecta la necesidad de profesionales capaces de adecuada interpretación del proceso salud-enfermedad-cuidado-calidad de vida vigente para componer propuestas de intervención con la participación popular, abiertas al control social, competentes para el planeamiento, gestión de procesos, organización y evaluación de sistemas y servicios, identificación de los recursos tecnológicos, financieros e intersectoriales eficaces y eficientes para hacer frente a las realidades encontradas. Se hace un análisis evolutivo de las circunstancias formativas en el área, las implicaciones de las reformas sectoriales en formación en salud pública y las demandas gerenciales, asistenciales e intersectoriales exigidas por el SUS y el necesario cambio en la preparación de los recursos humanos para la salud. Se destacan acciones innovadoras en la preparación de los profesionales de salud: el curso de pregrado en salud pública implementado por la Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (Uergs), un curso innovador en el pregrado universitario, capaz de organizarse con un ideal de profesión, **un ideal de sistemas y servicios de salud y un ideal de salud pública.**

Palabras Clave: Recursos humanos en salud; Memoria institucional; Escola de Saúde Pública-ESP/RS; Formación; Salud pública.

Innovation in the preparation of professionals of health and the novelty in the graduation in collective health

Abstract: The article tries to report the experience of education in collective health, generated by the Escola de Saúde Pública, part of the structure of the Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. The challenge of establishing conditions that assure universal and equal access to the actions and services of health granted through the integral implementation of the Sistema Único de Saúde - SUS – imposes to the function formation the responsibility for the qualification of workers in health with a new profile. It is projected the need for professionals capable of an appropriate interpretation of the process health-disease-care-quality of life to compose the proposals of intervention with the participation of the people, open to the social control, competent for the planning, administration of processes, organization and evaluation of systems and services, identification of technological, financial and intersectional resources effective and efficient to face the reality. It is made an evolutionary analysis of the formative circumstances in the area, the implications of the sectorial reforms in the formation in public health and the managerial, assistance and intersectional demands required by SUS and the necessary change in the preparation of the human resources for health. In the study, there are outstanding innovative actions in the preparation of the professionals of health, the undergraduate course in collective health implemented by the Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – (Uergs), with the idea of strengthening a profession ideal, an ideal of systems and services of health and an ideal of collective health.

Key-words: Human resources in health; Institutional memory; Escola de Saúde Pública – ESP/RS; Formation; Collective health.

Referências

ALMEIDA, Evandro da Fonseca; PEDRO, Fábio Lopes; ARISTIMUNHA Jr., Jorge Luiz; PAUL, Luís Carlos. **I Estágio Local de Vivências no SUS na área de abrangência da 4ª CRS/UFSM.** Santa Maria, ago. 2002. 15p. Projeto de Extensão/ Universidade Federal de Santa Maria. Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Medicina. Diretório Acadêmico de Medicina “Professor Dr. José Mariano da Rocha Filho”.

- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL. Lei n. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **O SUS é legal: legislação federal e estadual**. Porto Alegre, SES/RS, 2000.
- CASTRO, Janete Lima de (Rel.) Projeto Agenda: políticas de recursos humanos de saúde. **Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: relatório final**. Natal: UFRN, 2000.
- CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, nov. 2001.
- CECCIM, Ricardo Burg e colaboradores. **Participação popular na saúde: a ótica do usuário em Porto Alegre**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 1990. 150 p. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, 1990.
- CECCIM, Ricardo Burg. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques (Org.) **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas (Sul), 1998. p. 87-102.
- CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg e CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci (Org.) **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ed. Da Universidade/UFRGS, 1997. p. 27-41.
- CECCIM, Ricardo Burg. Diretrizes do SUS constitucional e considerações fundamentais para novos aliados. **Logos** – Revista de divulgação científica, Canoas, v. 5, n. 1, p.35-40, 1993.
- CECCIM, Ricardo Burg. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde** – Revista do Nipesc. Porto Alegre, v. 3 e 4, p. 59-77, jan./dez. 1998/1999.
- CECCIM, Ricardo Burg. **Escola de Verão: projeto de estágio de vivência no SUS para estudantes de medicina**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2001b. 24p.
- CECCIM, Ricardo Burg. O município na construção do SUS – curso para gestores. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 106-118, nov. 2001a.
- CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.) **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-50.
- CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert e ROCHA, Cristianne Maria Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.
- FERLA, Alcindo Antônio e MARTINS Jr., Fernando Cássio. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 23, p. 08-20, nov. 2001.
- FERREIRA, José Luis; FERREIRA, José Roberto; VELASCO, Jesús Rico e Cols.. Tendencias de la educación en salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para la educación em salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**, Washington, DC, 2000. p. 73-88.
- FERREIRA, José Roberto. El liderazgo em salud pública em America. **Educación Médica y Salud**, Washington, DC, v. 23, n. 1, enero/marzo, 1989.
- FEUERWERKER, Laura C. M. e MARSIGLIA, Regina. Estratégias para mudanças na formação de RH com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, jul. p. 24- 28. 1996.

- FEUERWERKER, Laura. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 16-18, jan./abr. 2002.
- GEMMEL, Michael; WEIST, Elizabeth e Cols.. Implicaciones de las reformas sectoriales y las funciones esenciales de salud pública en la educación en salud pública en las Américas. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para la educación em salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**, Washington, DC, 2000. p. 89-108.
- GUATTARI, Félix. Fundamentos ético-políticos da interdisciplinaridade. **Revista Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 108, p. 19-25, 1992.
- KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, Daniel (Org.). **Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto do Estado, 2001. p. 207-223.
- KISIL, Marcos e CHAVES, Mário (Eds). **Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde**. Battle Creek: Fundação Kellog, 1994.
- LÓPEZ-ACUÑA, Daniel. La reforma del sector salud y las funciones esenciales de la salud pública: desafíos para el desarrollo de recursos humanos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para la educación em salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**, Washington, DC, 2000. p. 01-06.
- MÉDICI, André Cezar; MACHADO, Maria Helena; NOGUEIRA, Roberto Passos e GIRARDI, Sábado Nicolau. Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. In: SANTANA, José Paranaguá e CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999, p. 193-107.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: SANTANA, José Paranaguá e CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999, p. 109-123.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafíos para la educación em salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública**, Washington, DC, 2000. 156 p.
- RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Campinas, 2002.
- SANTANA, José Paranaguá de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima de (Org.) **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999, v. 3, p. 435-442.
- SERRES, Michel. *Genèse*. Paris: Grasset, 1982.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL (Uergs); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde**. Porto Alegre: Uergs: ESP/RS, 2001. Folder institucional do curso de Administração de Sistemas e Serviços de Saúde.
- VARELA, Francisco J.; THOMPSON, Evan e ROSCH, Eleanor. **De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana**. Trad. de Carlos Gardini. Barcelona: Gedisa, 1992.
- VELASCO e CRUZ, Sebastião C.. 1968: movimento estudantil e crise na política brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, Campinas, n. 02, p. 37-55. 1994.