

Rafaella Codeim Dresch



Série
Vivência em
Educação
na Saúde

CAMINHOS DA INTEGRAÇÃO

ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

NARRATIVAS DA EXPERIÊNCIA DE PORTO ALEGRE

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Rafaella Codeim Dresch

Série Vivências em Educação na Saúde

CAMINHOS DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: NARRATIVAS DA EXPERIÊNCIA DE PORTO ALEGRE

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Rafaella Codeim Dresch e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição-NonCommercial-Compartilhado 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão
Tiago Estrela da Cunha Moraes

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

D773 Dresch, Rafaella Codeim

Caminhos da integração ensino-serviço-comunidade: narrativas da experiência de Porto Alegre /
Rafaella Codeim Dresch – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

201 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 41).

E-book: 4.85 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-289-9

DOI: 10.18310/9786554622899

1. Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC). 2. Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). 3. Controle Social. 4. Gestão Pública em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM W84

CDU 614.25(81)

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Dedico este livro ao Sistema Único em Saúde, este grande e importante projeto em constante construção, e às pessoas que, dos mais diversos lugares e atuações, trabalham e lutam pela construção e defesa do SUS alicerçado em sua ética e seus princípios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, às políticas públicas que garantiram direitos fundamentais para mim ao longo da vida e permitiram, muitas vezes, que minha caminhada fosse possível: ao Sistema Único de Saúde, ao Bolsa Família, ao Cadastro Único, às escolas públicas de qualidade, à política de cotas para ingresso no ensino universitário, às políticas de permanência e assistência estudantil, ao Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde) e à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e seus tantos desdobramentos, como o VER-SUS e a Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Mas, sem dúvida, agradeço às pessoas, trabalhadoras(es) na tarefa de conduzir e gerir estas políticas viabilizando o acesso, registrando aqui um agradecimento especial às gestões nacionais do Partido dos Trabalhadores, importantes indutoras de políticas públicas de qualidade.

Agradeço às minhas Instituições de Ensino formadoras: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Colégio Politécnico da UFSM, pelo investimento em mim feito por tantas(os) professoras(os) e outras(os) trabalhadoras(es), oportunizando tantas parcerias, vivências e experiências na minha formação.

Agradeço aos meus serviços de saúde e assistência social formadores: CAPS AD Companhia do Recomeço, NASF Santa Maria, Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) de Santa Maria, CREAS I Santa Maria. Muito grata pela acolhida e pela atenção à minha formação. Não há dúvidas de que uma grande parte da profissional que sou hoje vem da formação que recebi em serviço, vem de aprender com trabalhadoras(es) comprometidas(os) com o cuidado e com o SUS e SUAS.

Agradeço aos serviços públicos que trabalhei e trabalho, desempenhando atividades de gestão e assistência em saúde, por me permitir aprender, ensinar, amadurecer e crescer na práxis da construção cotidiana do SUS. Hoje ser trabalhadora, militante e gestora do SUS é minha identidade e cargo ela com honra, compromisso e muita alegria.

Agradeço imensamente aos meus professores, Alcindo Antonio Ferla e Frederico Viana Machado, pela atenção, compreensão e aposta no meu desejo de pesquisa, de escrita e na publicação deste livro.

E, por fim, agradeço à todas as pessoas que tornaram possível e construíram comigo a realização da pesquisa e a escrita deste livro: as pessoas entrevistadas e consultadas ao longo da pesquisa, às(aos) docentes que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa e que também contribuíram e estão presentes na escrita deste livro, aos meus colegas e chefias que “seguraram as pontas” nos momentos que minha atenção se dividia, e às pessoas amigas, familiares, inspirações, que com seus afetos me deram a sustentação que precisava neste processo.

“Com estes ensaios, somo minha voz ao apelo coletivo pela renovação e pelo rejuvenescimento de nossas práticas de ensino. Pedindo a todos que abram a cabeça e o coração para conhecer o que está além das fronteiras do aceitável, para pensar e repensar, para criar novas visões, celebro um ensino que permita as transgressões - um movimento contra as fronteiras e para além delas. É esse movimento que transforma a educação na prática da liberdade.”

bell hooks

SUMÁRIO

PREFÁCIO	15
-----------------------	-----------

Frederico Viana Machado

APRESENTAÇÃO.....	21
--------------------------	-----------

CAPÍTULO 1

MARCADORES LEGAIS, NORMATIVOS E CONCEITUAIS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE.....	30
--	-----------

CAPÍTULO 2

HISTÓRICO DA GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM PORTO ALEGRE: ANTECEDENTES TEÓRICOS, ADMINISTRATIVOS E POLÍTICOS DA EXPERIÊNCIA DO COAPES	55
---	-----------

CAPÍTULO 3

GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E DO COAPES EM PORTO ALEGRE	96
---	-----------

CAPÍTULO 4

COMO ACONTECEM OS CAMINHOS PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE EM PORTO ALEGRE?.....	127
---	------------

OS DESAFIOS DA E NA GESTÃO DO SUS EM PORTO ALEGRE.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS	180
COMENTÁRIO DA BANCA AVALIADORA.....	187
Denise Bueno	
POSFÁCIO	195
Lisiane Bôer Possa	

PREFÁCIO

Este livro é precedido pela trajetória de uma trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) que conheceu a integração ensino-serviço-comunidade não apenas como objeto acadêmico, mas antes como experiência concreta do cotidiano da gestão pública em saúde. Ao longo de sua caminhada profissional, Rafaella Codeim Dresch esteve implicada diretamente com os desafios de construir pactuações entre instituições de ensino, serviços de saúde, trabalhadoras(es), gestão e controle social em territórios reais, atravessados pelas urgências do cuidado, pelas limitações institucionais e pelas disputas permanentes em torno dos rumos do SUS. Essa experiência concreta, situada no interior das políticas públicas e da gestão do trabalho e da educação na saúde, confere a esta obra a capacidade de analisar criticamente os processos da integração ensino-serviço-comunidade sem perder de vista sua materialidade cotidiana, suas tensões e também sua potência ética e política.

Originado de sua pesquisa de mestrado, Rafaella Codeim Dresch nos brinda com este livro para refletirmos sobre a formação em saúde no Brasil. Ao estudar a experiência da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) e do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) em Porto Alegre, a autora sistematiza um percurso histórico e institucional ainda pouco explorado na literatura brasileira e oferece ao campo da Saúde Coletiva uma análise comprometida com os desafios contemporâneos da formação em saúde, da gestão pública e da defesa do SUS. Um esforço relevante para todos nós, professores ou gestores da saúde, que sabemos como é difícil operar e fazer a travessia da ponte entre o ensino e o serviço.

A integração ensino-serviço-comunidade foi aprimorada nas últimas décadas especialmente pelas formulações da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, pelos debates do quadrilátero da formação em saúde proposto por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker e pelas experiências induzidas por políticas como o Pró-Saúde, PET-Saúde e mais recentemente pelo próprio COAPES. Ainda assim, permanecem relativamente escassos os debates que ultrapassem relatos pontuais ou análises normativas restritas aos dispositivos legais. Grande parte dos estudos disponíveis concentra-se em experiências localizadas de inserção discente, em avaliações pontuais de estágios ou em análises sobre dificuldades operacionais da integração ensino-serviço.

É justamente nesse ponto que este trabalho ganha relevância. A autora vai além de uma leitura episódica da integração ensino-serviço, ela aborda sua dimensão político-institucional e histórica. Em vez de observar apenas práticas isoladas, ela investiga como um município construiu, ao longo de mais de uma década, arranjos e procedimentos institucionais capazes de sustentar relações orgânicas entre gestão, ensino, trabalhadores e controle social. Os atores envolvidos ganharam especial atenção e tiveram seu protagonismo reconhecido e valorizado, de modo que os alicerces não institucionais ou não formalizados da experiência pudessem ser identificados e analisados. Ao analisar o instituído, em seus aspectos positivos e negativos, o histórico neste trabalho identifica também momentos instituintes, transformativos. Nos termos da Análise Institucional, de autores como René Lourau e Georges Lapassade, estamos tratando aqui também da dimensão inconsciente das instituições.

O livro demonstra que experiências exitosas não decorrem apenas de boas intenções ou de adesões formais a políticas ministeriais. Elas dependem da constituição de institucionalidades, da produção continuada de pactuações, da criação de espaços coletivos de negociação e, sobretudo, da existência de sujeitos políticos comprometidos com um projeto ético de defesa do SUS. A experiência de Porto Alegre não nasce com a assinatura formal do COAPES. Ao contrário, o contrato aparece como parte de um processo histórico anterior, marcado por disputas, construções coletivas, tensionamentos e aprendizados acumulados desde as primeiras iniciativas de regulamentação da integração ensino-serviço no município.

Outro aspecto particularmente interessante neste livro é a capacidade de articular análise institucional e análise política sem perder de vista a dimensão concreta e cotidiana do trabalho em saúde e educação. As entrevistas revelam que os processos de integração são relações vivas, atravessadas por afetos, disputas de projetos, conflitos institucionais, precarizações do trabalho, ameaças de desfinanciamento e também por apostas coletivas na democracia e na construção cotidiana do cuidado. A experiência de Porto Alegre pode ser considerada exitosa porque foi capaz de manter lutas e esforços permanentes afinados com as diretrizes do SUS, muito mais do que pelo estabelecimento de protocolos.

A importância do controle social também é algo que merece destaque. Frequentemente tratado de maneira periférica em estudos sobre formação em saúde, o controle social aparece aqui como ator estruturante da experiência de Porto Alegre, inclusive como indutor dos próprios processos de regulamentação da política. Trata-se de uma escolha analítica e política extremamente relevante, especialmente em tempos de crescente fragilização da participação social nas políticas públicas, como temos visto em outras pesquisas sobre participação em saúde em Porto Alegre (Ribeiro; Rocha; Machado, 2025).

Preciso abrir um parêntese, para destacar o papel histórico do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, ator decisivo para a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade no município. Ao longo de mais de três décadas de existência, o Conselho se afirma como um aguerrido instrumento de defesa de um SUS público, universal, democrático e participativo (Lima et al., 2024). Não por acaso, como a própria pesquisa demonstra, foi também o controle social quem provocou questionamentos sobre os modos de organização das práticas de ensino nos serviços de saúde, tensionando a necessidade de regulamentação, pactuação e responsabilização coletiva dos processos de integração ensino-serviço. Não há integração ensino-serviço-comunidade efetivamente comprometida com os princípios do SUS sem participação popular organizada, crítica e permanentemente vigilante.

Atualmente, um dos grandes focos de preocupação sobre as políticas de saúde são os processos de terceirização, empresariamento e privatização. A pesquisa aqui em tela demonstra os efeitos prejudiciais deste movimento para a integração ensino-serviço-comunidade. O livro demonstra que a defesa da integração ensino-serviço-comunidade não pode ser dissociada da defesa do caráter público do SUS. Deste modo, o COAPES não é tratado apenas como instrumento burocrático, mas é compreendido como dispositivo político-pedagógico capaz de produzir responsabilização compartilhada, territorialização da formação e fortalecimento das redes de cuidado. Ao mesmo tempo, a autora não romantiza a experiência. Expõe fragilidades, lacunas normativas, insuficiências dos mecanismos de monitoramento e desafios relacionados ao comprometimento desigual das instituições de ensino.

A combinação entre implicação política e o cuidado metodológico é uma das qualidades deste trabalho. Rafaella escreve desde dentro de uma trajetória profundamente comprometida com o SUS, com a educação permanente em saúde e com os territórios vivos da formação. Sua implicação amplia a capacidade de captar nuances, contradições e disputas que dificilmente seriam percebidas por um olhar distante.

A capacidade de reconhecer que políticas públicas são produzidas por pessoas concretas agrega beleza a este livro. Trabalhadoras, estudantes, gestoras, docentes, conselheiras, militantes. Pessoas que insistem diariamente na produção de encontros, na construção de pactos e na defesa da vida, mesmo em contextos adversos. Em muitos momentos, a leitura nos recorda que o SUS não é apenas uma estrutura institucional. É uma obra coletiva permanentemente inacabada. Talvez por isso este livro dialogue tão profundamente com uma tradição importante da Saúde Coletiva brasileira: aquela que compreende pesquisa como prática comprometida com a transformação da realidade, com a história, com as lutas sociais e com a construção de inéditos viáveis.

Em tempos de ataques à universidade pública, de precarização do trabalho em saúde e de tentativas reiteradas de esvaziamento das políticas participativas,

este livro assume ainda maior relevância. Ele reafirma que a formação em saúde comprometida com o SUS exige relações intensas entre ensino, gestão, atenção e controle social. Exige território, vínculo, participação e democracia.

Mais do que analisar uma experiência exitosa, Rafaella oferece pistas importantes para outros municípios, instituições de ensino e coletivos que desejam construir processos consistentes de integração ensino-serviço-comunidade. Sem apresentar receitas prontas, o livro demonstra que experiências potentes exigem, sim, institucionalidade, burocracias bem-feitas, mas sobretudo pactuação permanente, compromisso ético-político e capacidade coletiva de sustentar espaços democráticos de gestão. O trabalho oferece pistas metodológicas e organizativas concretas para inspirar outros municípios na estruturação de políticas de integração ensino-serviço.

Que esta obra encontre muitas leitoras e leitores. Que circule entre universidades, serviços de saúde, conselhos de saúde, espaços de gestão e movimentos sociais. E que, sobretudo, ajude a produzir formas coletivas, democráticas e radicalmente comprometidas com a vida de ensinar, aprender, cuidar e lutar.

Frederico Viana Machado

Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Referências

LIMA, A. P. et al. **Reinventando a participação no SUS: o controle social em defesa da Democracia e do Direito à Saúde - 30 anos do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre!**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. v. 1. 257p.

RIBEIRO, V. F.; ROCHA, C. M. F.; MACHADO, F. V. Judicialização da Política, Burocratismo e Lawfare: o controle social em saúde em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, p. 1, 2025.



APRESENTAÇÃO

*A palavra é faísca
que nasce do coração de boas poetas que somos.
De pessoas incendiárias,
a-fogadas na rotina violenta.
De pessoas de fogo
que sem pedir muito crescem,
que nutrem e consomem o que for necessário,
que aquecem até quem desacredita.
E, ainda que não dita,
a palavra chama
e alastra, e derrama,
pelos olhos de quem,
ainda que queimada, com o peito aquecido,
se sabe viva
ardendo.*

O presente livro é resultado da dissertação de mestrado intitulada “Integração ensino-serviço-comunidade e a experiência do COAPES em Porto Alegre” defendida em abril de 2026 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS) (Dresch, 2026). Esta obra, que nasce de uma indicação à publicação em livro feito pela banca avaliadora da dissertação, é endossada por um convite recebido de Alcindo Antonio Ferla, editor-chefe da Rede Unida, para publicação. Este convite encontra corpo e desejo na certeza da força das palavras.

O intuito central da escrita da dissertação e, portanto, do livro, pode ser lido de dois modos: primeiramente, se considerarmos o escopo e recorte metodológico, a proposta, resumidamente, é estudar e relatar a experiência da condução da política de integração ensino-serviço-comunidade (IESC) no

município de Porto Alegre-RS, principalmente a partir de relatos de atores sociais atuantes ao longo do processo histórico. Lendo de outra maneira e considerando os encontros, reflexões e movimentos que ocorreram durante o processo de pesquisa, houve um sensível deslocamento à necessidade de honrar a narrativa, a história, a trajetória das pessoas entrevistadas, que construíram comigo a cadência deste texto.

Esta ação incorpora no livro outros temas, análises e discussões que não eram inicialmente esperadas para responder o que pretendiam a questão norteadora e os objetivos da dissertação. Ainda assim, esses “outros” são imprescindíveis, pois falam de uma experiência que ousou apresentar, antecipadamente, como *saber-se viva ardendo*. Uma experiência que fala através de pessoas que não fugiram às batalhas, não cederam em seus princípios (tão sincronizados com os princípios do SUS) e não mediram esforços na aposta na construção coletiva. Sabemos, como militantes do SUS, que sustentar esse posicionamento em momentos adversos não é fácil. Mas ainda que a conjuntura nos faça arder, seguir com o propósito também nos mostra que estamos vivas(os).

Acredito que o deslocamento provocado pelas narrativas também fica evidente quando nos encontramos, ao longo do livro, com alguns longos excertos de entrevistas presentes, que por vezes apresentam muito mais que o tema que está em discussão naquele ponto. Ainda assim, adoto a escolha política de fazê-lo, pois intento honrar o trabalho e a leitura de mundo das pessoas entrevistadas, inculcada com o fato de que “narrar, no campo da Saúde Coletiva, tem sido desde o final dos anos 70 um modo de disputar a memória de um projeto de política pública de saúde comprometido com a defesa da vida” (Lago, 2024, p. 215).

Desta forma, há a intenção de demarcar que o tema tratado neste livro é complexo e multifatorial, fazendo jus propriamente à consolidação e execução do Sistema Único de Saúde (SUS), permanentemente atravessado pelo contexto e conjuntura em que se inscreve, pelos olhares e posições das pessoas envolvidas, pelos desafios e potencialidades de seus locais de atuação.

Também quero aqui assinalar que essas e outras escolhas narrativas foram adotadas porque quero demarcar que falo de uma experiência que não é minha. As reflexões, análises e inferências foram feitas também com base na história que me atravessa, uma trabalhadora e militante do SUS, mas convido (por vezes pelo uso da impessoalidade) à compreensão da palavra, das narrativas, como força que *chama* o pensamento, que *alastra* na sua reverberação e que *derrama* no encontro.

Feito este convite (ao livro e às reflexões possíveis a partir deste), busco agora situar, de maneira breve, sobre qual experiência estou falando. Em Porto Alegre, a integração entre instituições de ensino, serviços de saúde e territórios não surgiu de forma espontânea. Ela foi construída ao longo de décadas, permeada por disputas políticas, pactuações institucionais e pela atuação contínua de trabalhadoras(es), gestoras(es), docentes, estudantes e do controle social, com a marca da presença de pessoas comprometidas com o SUS.

Esta obra busca compreender como se estruturou, no município, uma política de integração ensino-serviço-comunidade capaz de produzir continuidade institucional, fortalecer e qualificar a formação em saúde e consolidar fortes vínculos entre ensino, trabalho e território.

Ainda, preciso dizer que este não era o objetivo inicial da pesquisa do mestrado. Quando, em meados de 2024, fui atenciosamente recebida pelo grupo condutor do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), apresentei para estas pessoas a intenção de estudar sobre a experiência do COAPES de Porto Alegre, motivada principalmente por querer conhecer os passos e as estratégias de uma experiência bem-sucedida. Sem muitas delongas, o grupo afirmou que o sucesso não é destas pessoas, deste grupo, mas sim do processo histórico de construção da integração no município. A partir deste momento, (re)construí, com estas pessoas, a orientação do trabalho (e ainda nem dimensionava a grandiosidade do presente que tinha em mãos!).

Neste livro apresento os principais achados desta pesquisa, que teve seus estudos desenvolvidos entre os anos de 2024 e 2026 junto à política de

integração ensino-serviço-comunidade de Porto Alegre, adotando o foco de retomar os antecedentes históricos da estruturação da política de IESC no município até a estruturação e atuação de seu COAPES, pois este é instrumento orientado pelo Ministério da Saúde, atualmente, para a gestão da IESC nos territórios (Brasil, 2015).

Para o levantamento e construção dos dados, realizei 06 entrevistas, contemplando pessoas que participaram do processo como representantes de instituições de ensino, da gestão, de trabalhadores(as) e do controle social. Escolhi manter o anonimato completo destas pessoas, sem identificá-las sequer pelo seu segmento de representação, no intuito principal de preservá-las de quaisquer ônus ou óbices à participação na pesquisa.

Além das entrevistas, analisei documentos institucionais, legislações, atas, portarias e demais atos normativos relacionados à integração ensino-serviço-comunidade e ao COAPES, nacionalmente e em Porto Alegre, e estruturei o estudo sob a perspectiva de uma pesquisa qualitativa (Denzin, 2006), com foco para construção das costuras necessárias nas metodologias de estudo de caso (Minayo, 1994; Yin, 2001) e análise de conteúdo (Franco, 2018; Bardin, 1977). Desta forma, os materiais elencados ao longo da pesquisa foram utilizados de forma articulada na elaboração deste livro, permitindo reconstituir processos históricos, identificar os movimentos institucionais e analisar os modos de organização e gestão da integração ensino-serviço-comunidade no território.

A escolha pelo município de Porto Alegre ocorre por este, reconhecidamente, apresentar uma experiência exitosa nas pactuações e na condução da IESC. No ano de 2018, “a experiência de Porto Alegre foi selecionada como uma das quinze experiências exitosas do país pelo Laboratório de Inovação em Educação na Saúde do Ministério da Saúde” (Neves et al., 2020, p. 134). Ademais, o trabalho e experiência do município incidiu na estruturação das diretrizes que estabelecem o COAPES à nível nacional, e estes processos serão contados ao longo do livro.

Há também uma motivação pessoal na escolha desta temática. Na minha atuação profissional, há a vivência no acompanhamento do processo de implantação do COAPES em dois municípios da região metropolitana de Porto Alegre: São Leopoldo e Novo Hamburgo. Desde maio de 2023, atuo na coordenação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) em Novo Hamburgo, desempenhando a tarefa de gestão na Política de Educação Permanente em Saúde Coletiva.

Na experiência em ambos os municípios, ficou evidenciada a complexidade de organizar a distribuição territorial dos campos de prática para os cursos da área da saúde, bem como de garantir continuidade das ações propostas pelos docentes e discentes em práticas vinculadas às reais demandas dos territórios. Ficou evidente também a carência de orientações formais para avaliar e qualificar as pactuações do COAPES, o que pode restringir à pessoas ou interesses particulares a condução do Contrato. Esta preocupação ecoa com os achados do estudo de Bramante (2022), que aponta sobre a necessidade de elaboração de sistemáticas de monitoramento e avaliação do contrato, bem como sobre a importância de indicadores que permitam acompanhar sua execução, apresentando também a problemática de que ainda não se consolidou uma produção científica robusta sobre este tema.

Sem dúvida, minha atuação profissional em ambos os municípios reiterou a reputação da experiência de Porto Alegre como um caso de sucesso. Este reconhecimento é devido, principalmente, tanto à distribuição territorial dos campos de prática das Instituições de Ensino, que se destaca como um poderoso promotor da qualidade e do fortalecimento da rede municipal de saúde, quanto à percepção do estabelecimento de relações orgânicas e permanentes entre os atores sociais, seja na composição das instâncias de gestão e/ou na participação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade.

Ademais, há o desejo de elucidar as potencialidades no uso do instrumento do COAPES, visando o fortalecimento das redes de saúde e de qualificação da educação e da formação em saúde, preceitos contidos dentre os

objetivos dos atos normativos que orientam a pactuação do contrato. Entendo que, a partir também das leituras possíveis dos elementos suscitados neste livro, com o uso do instrumento COAPES,

as potencialidades que se abrem com a efetiva possibilidade de implantação deste instrumento de gestão, colocado em caráter obrigatório no processo regulatório dos novos cursos, proposto como indutor de políticas de financiamento, disciplinador das relações entre a escola e o sistema de saúde, quer no processo de formação dos novos profissionais de saúde, quer na construção de uma política de educação permanente em saúde, são confrontadas com os enormes desafios associados à gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde, bem como a complexa história de desenvolvimento da educação superior brasileira (Bramante, 2022, p. 16-17).

Já no sentido de situar o campo metodológico e político no qual se insere a escrita do presente livro, é importante refletir sobre sua conexão indissociável com a temática da educação permanente em saúde, pois considera-se que a integração ensino-serviço-comunidade, bem como seus mecanismos e instrumentos de gestão, são eixos estruturantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004). Conforme já nos direciona o Ministério da Saúde,

a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto (Brasil, 2018, p. 13).

E imersa neste entendimento da IESC ser uma ferramenta estratégica à consolidação do SUS, apresento neste livro a experiência de Porto Alegre. Antecipo que esta experiência revela estruturas marcantes de institucionalização da IESC, indução de políticas públicas pelo controle social e conformação de

grupos fortes e orgânicos de gestão colegiada que, em ato, são guiados pelas diretrizes e princípios presentes na legislação nacional.

Estimo que a leitura do presente livro possa apontar sugestões de pactuações, de estruturação e de condução do COAPES, mas também (e tão logo) da política de integração ensino-serviço-comunidade nos mais diversos territórios que, inspirados nessa experiência, possam produzir e fomentar os trabalhos de grupos condutores alinhados e comprometidos com o SUS. Desejo também que a leitura deste livro reverbere, inspirando movimentos e ações que qualifiquem a execução desta política pública, a produção de conhecimento acadêmico e formação profissional em saúde comprometidos com as demandas sociais, com a consolidação do SUS e com a execução de serviços em saúde de qualidade e alinhados ao preconizado na legislação.

O percurso construído ao longo deste livro, para possibilitar encadeamento, coesão e encontros entre sua temática central e a narrativa dos participantes, estrutura-se em 04 capítulos de análise. Estes capítulos intentam apresentar os principais resultados, achados, reflexões e questões que ainda seguirão sendo elaboradas, tanto na minha atuação profissional, quanto, ensino, na elaboração de políticas públicas e na condução de trabalhos de grupos e equipes comprometidos com o SUS.

No primeiro capítulo serão elencados marcadores da legislação nacional e municipal que versam sobre políticas indutoras, portarias, decretos e demais atos normativos publicados para a orientação e condução dos trabalhos de gestão da IESC. Além destes, também serão elencados alguns marcadores teóricos que embasarão a conceituação e análise ao longo de todos os demais capítulos. Trata-se, portanto, de situar a pessoa leitora na temática da educação em saúde e, mais especificamente, da IESC.

No segundo capítulo, abordaremos o histórico da gestão da IESC em Porto Alegre, pontuando antecedentes históricos, administrativos e políticos que culminaram na estruturação da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) em 2011. Neste movimento, destacam-se as políticas

indutoras do governo federal, as ações da gestão municipal com vistas à formalização da política e o pioneirismo do Controle Social na indução de processos no município. Será possível também visualizar os primeiros pilares de um importante ponto de reflexão presente ao longo de todo o livro, qual seja, a conformação da experiência de Porto Alegre como um efetivo e real Quadrilátero da Formação em Saúde, conceito proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), que está amplamente presente na escrita deste livro.

Já no terceiro capítulo de análise, abordarei sobre a gestão da IESC e do COAPES em Porto Alegre considerando a dinâmica presente na atualidade, ao contextualizar a relação entre a gestão da IESC e a assinatura do COAPES no município. Neste capítulo utilizarei, principalmente, a legislação como marcadora de análise. Será possível observar uma avaliação da atenção/consecução ao preconizado na legislação, bem como indicadores que denotam tanto o êxito da experiência em Porto Alegre quanto desafios vivenciados na execução da política.

O quarto e último capítulo tenta mostrar caminhos que se cruzam e se encontram entre o preconizado e o executado, caminhos dos afetos produzidos ao longo de todo um processo histórico, caminhos que podem indicar e inspirar como se conduz a IESC de forma qualificada e comprometida o SUS. Para tanto, utilizando as diretrizes e princípios contidos principalmente na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e na Portaria 1.127/2015, buscarei relatar e refletir sobre como, com quais ferramentas e estratégias este grupo conduz, na práxis, a gestão da IESC. Antecipo que será possível encontrar uma experiência coesa e bastante alicerçada nas diretrizes e princípios do SUS.

Ademais, no quarto capítulo, será apresentado como movimenta-se e consolida-se um quadrilátero da formação em saúde em ação, relatando também os caminhos possíveis para a consecução deste marcador teórico de tanta valia para pensar e executar a IESC.

Então, no último capítulo tratarei, brevemente, sobre algumas questões que, ainda que não fossem objetos das perguntas diretamente

realizadas, estiveram presentes de forma contundente nos relatos das pessoas entrevistadas, justamente por transversalizar permanentemente a política da IESC, suas atuações profissionais, cidadãos e suas leituras de mundo. Destacam-se, dentre estes apontamentos, o entendimento da defesa intransigente do SUS, bem como o reconhecimento de uma conjuntura de crescente desmonte e terceirização como real ameaça à consecução do SUS, tão logo da IESC.

Desta forma, o presente livro, ao relatar a experiência da condução da política de IESC em Porto Alegre, permite visualizar e, sumariamente, descrever o processo histórico, a estrutura metodológica e as instâncias de gestão adotadas pelo município. Esta ação, a partir do uso das narrativas de atores sociais envolvidos no processo, aborda a experiência de forma intensa, apresentando-a em sua integralidade, com as suas mais diversas nuances, olhares, avaliações, consequências e impactos. Retomo o desejo de que, com a leitura deste livro, constituam-se viáveis possíveis em outros territórios, pois é reconhecido que, em Porto Alegre, a política de integração ensino-serviço-comunidade encontra-se forte e qualificadamente estruturada, com atores sociais comprometidos, com ações de revisão ética e estrutural de forma propositiva e constante, além de profundamente alicerçada nos princípios do SUS.

Por fim, pontua-se que o presente livro também revela a necessidade de qualificação da política de educação permanente em saúde. Digo isto entoando a coesão presente no posicionamento das pessoas entrevistadas, as quais reconhecem que, mesmo inseridas em um contexto no qual a política é executada de forma bem sucedida, a existência de mais e melhores orientações legais e metodológicas pode qualificar e ampliar a potência do trabalho do grupo, além de entender ser um esteio à outros territórios que buscam e necessitam a qualificação dos trabalhos na educação em saúde.

Que você tenha uma boa leitura, com bons e potentes encontros!

CAPÍTULO 1

MARCADORES LEGAIS, NORMATIVOS E CONCEITUAIS SOBRE A INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO-COMUNIDADE

Neste capítulo, pretende-se apresentar referenciais teóricos e, principalmente, diretrizes e princípios orientadores das legislações das esferas federal e municipal de gestão, pontuando-se que estes também serão marcadores de análise nos capítulos seguintes. Estima-se, iniciando o livro com este capítulo, que a pessoa que o leia tenha em mente alguns importantes marcos legais e conceituais que serão, de forma intencional e reiterada, retomados ao longo de todo o estudo, e para os quais o presente escrito guarda elevada estima e orientação como pontos centrais de análise.

Inicialmente, propõe-se a reflexão sobre como está localizada a integração ensino-serviço-comunidade na discussão da Educação Permanente em Saúde, importante campo estratégico-político na estruturação e efetivação do Sistema Único de Saúde, na qual o COAPES apresenta-se como uma das ferramentas de consolidação.

Após, apresentam-se os principais marcos legais da gestão federal que versam sobre a integração ensino-serviço-comunidade e sobre os Contratos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), bem como documentos que orientam a implantação e implementação destes e refletem sobre os propósitos, desafios, possibilidades e potencialidades.

Já na retomada de pontos iniciais sobre os aspectos históricos e estruturantes da experiência municipal sobre o contrato, seguiremos uma importante orientação recebida do Comitê Gestor Local do COAPES (situação descrita na apresentação deste livro). Com esta, intenta-se, nos tópicos seguintes, versar sobre os atos normativos que orientam a conformação das estruturas da gestão municipal, e que produzem as diretrizes sobre a integração ensino-serviço-comunidade, com marco temporal a partir do ano de 2011, com a formalização da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), seguida, principalmente, da formalização dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) e do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) Porto Alegre.

Então estima-se elencar reflexões, proposições e desafios que podem ser extraídos da experiência no curso da condução da integração ensino-serviço-comunidade (IESC) e na proposta efetivada de COAPES no município e no Brasil, no intuito que estas possam qualificar o uso do instrumento do COAPES, uma vez que há a orientação deste ser implementado em todo o território nacional.

Educação Permanente em Saúde e Integração Ensino-Serviço-Comunidade: apresentação, conceitos e reflexões iniciais

Como um dos pilares que incorporam e estruturam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde temos a integração ensino-serviço-

comunidade, uma estratégia consolidada, orientada pelo objetivo de qualificar e intervir na formação profissional em saúde conforme preconizado na legislação do SUS (Brasil, 2004), contribuindo para a consolidação do SUS em atenção à seus princípios e diretrizes. Como reflete Rosa (2023, p. 7),

a integração serviço e ensino busca o compartilhamento de saberes durante a formação profissional, promovendo uma estreita relação entre teoria e prática, de forma contextualizada, contribuindo para a formação de um profissional mais humano, ético e justo.

Porém, nas práticas acadêmicas curriculares que ocorrem nos serviços de saúde, ainda existem inúmeras dificuldades e desafios que podem comprometer os princípios da Integração Ensino-Serviço-Comunidade e do Sistema Único de Saúde (SUS), o que é motivado por diversos fatores, mas que pode-se estimar estar centralmente amparado no fato de que

a formação na área da saúde ainda está predominantemente centrada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença (Mendes et al., 2020, p. 3).

A bibliografia acerca da integração ensino-serviço-comunidade aponta para importantes estratégias e paradigmas que, se atenta e seriamente observados, podem auxiliar a dirimir esses e outros desafios, reconhecendo-se que, conforme importante estudo de Cardoso (2023, p. 8412), “existe ainda a necessidade de formar profissionais de saúde alicerçados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), voltados à integralidade e humanização, enfatizando a promoção da saúde”, ou seja, pode-se considerar ainda frágil o comprometimento com o atendimento aos parâmetros basilares, dispostos nas orientações legais acerca da formação profissional para o SUS.

Outro fator bastante presente na literatura científica acerca das dificuldades na IESC versa sobre o distanciamento das instituições de ensino, tão logo das práticas curriculares, e da prática profissional em saúde da

dimensão “comunidade” presente em sua nomenclatura. Corroborando com o exposto, Silva et al. (2020, p. 15) instiga a reflexão de que

historicamente, o olhar técnico-científico tem reduzido os medos, anseios, sentimentos da conjectura social em detrimento do achar profissional. Não dar voz à comunidade na ciência é descaracterizar o discurso, ação e reação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o próprio papel social educacional da Universidade enquanto instituição democrática, progressista e libertadora”.

Podemos estimar, a partir da reflexão proposta, que é indispensável o olhar atento e comprometido com o preconizado nas políticas públicas quando estima-se como principal - e comum - objetivo da integração a qualificação do cuidado em saúde ofertado pelo SUS, sendo este o principal motivo da escolha pela centralidade dos marcos legais para estruturar o presente escrito.

Para dialogar sobre estratégias de efetivação da IESC, é indispensável também compartilhar a conceituação proposta por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, que propõem a reflexão sobre a estruturação da integração ensino-serviço-comunidade a partir do Quadrilátero da Formação em Saúde, a qual, resumida e inicialmente, apresenta-se como:

o conceito de quadrilátero da formação: ensino - gestão - atenção - controle social. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 27).

No presente livro, entende-se essa proposta teórica e metodológica como estruturante de grande parte das análises, o que poderá ser observado pela escrita presente ao longo dos próximos capítulos. Compartilha-se também o entendimento de que este conceito incorpora os mesmos elementos do conceito de integração ensino-serviço-comunidade, ousando-se cogitar ambos poderem ser considerados sinônimos em propósito.

Além do comprometimento com o propósito do SUS, pode-se estimar que a sincronia relacional dos atores sociais do quadrilátero envolvidos nos processos de educação em saúde, cada um destes instigado pelas suas necessidades e objetivos, guardam em si a potencialidade da superação dos desafios conjunturais na execução da formação em saúde, uma vez que “o compartilhamento de saberes e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na produção da saúde e do ensino consistem em trabalho coletivo, essencial para amenizar possíveis resistências às mudanças” (Rosa et al., 2023, p. 8).

E além das potencialidades para superação de desafios do cotidiano, pode-se inferir também sobre a potência do saber construído e do cuidado em saúde promovido a partir da efetiva integração do quadrilátero ao partilhar-se da reflexão de que

a articulação da integração ensino-serviço tende a causar uma nova visão nos indivíduos envolvidos, quando é inserido um novo modo de fazer o ensinar em saúde, visto que, a proposta de reunir o ensino e o serviço auxiliam na formação de um novo perfil profissional, podendo também permear às necessidades sociais (Cardoso et al., 2023, p. 8413).

Outro conceito importante para o campo da educação em saúde e da integração ensino-serviço-comunidade no Brasil é o de territórios de saúde. Para fins de localização do conceito de territórios em saúde, é imprescindível destacar que este é um conceito complexo e longamente construído na área de conhecimento da saúde coletiva ao longo do tempo, e que este também está permeado pela leitura e posicionamento político da pessoa que o utiliza.

A leitura que estimamos que este livro proporcione está atravessada pela noção de território como “espaço praticado, que corresponde ao espaço vivido onde se desenrola a vida coletiva e as vivências individuais em certa localidade” (Prado; Caetano, 2024, p. 4). Desta forma, conforme apontam Prado e Caetano (2024), a noção de território deve ser entendida como um determinante social em saúde. Neste sentido, o território é compreendido

considerando para muito além do espaço geográfico e das enfermidades prevalentes entre as pessoas que ali habitam, mas considerando as condições de trabalho, de vida, relações, de inserção social, pertencimento, identidade, dentre outras.

Para pensar e sinalizar o conceito de território em saúde, há de se considerar o destaque, em diversas publicações e reflexões, à produção de Alcindo Antônio Ferla, quem influencia significativamente e positivamente o presente escrito e tem importantes constructos que analisam também as ações do município de Porto Alegre e a importância da atuação com vínculo com os territórios de saúde, ações estas que pode-se inferir, com a presença dos relatos coletados nas entrevistas, estarem concretamente presentes no município.

Uma das reflexões propostas por Ferla que se elenca importante para substanciar a escolha sobre o objeto de estudo, ou seja, a IESC e o COAPES de Porto Alegre, é a notoriedade da construção de experiências de integração ensino-serviço-comunidade vinculadas com os territórios em saúde, o que se pode observar com nitidez presentes no município e propulsionadas por estruturas da gestão da integração.

Para Ferla (2020, p. 20),

uma das orientações mais fortes de mudanças na graduação em saúde é, justamente, a interação precoce e permanente com o trabalho na Atenção Básica. Há que atravessar territórios de referências das Unidades Básicas de Saúde, para ensinar e aprender a saúde, nos apontam os documentos das políticas oficiais para o ensino na saúde. Portanto, falar de mudanças na formação dos profissionais de saúde é, em grande medida, falar sobre o trabalho nas diferentes inserções que a atenção básica tem nos territórios, seus diferentes pontos de atenção. Com isso, também se atravessa a fronteira entre a educação e o trabalho na saúde.

Outros estudos também denotam a centralidade do debate acerca do comprometimento com os territórios de saúde, bem como apontam algumas das consequências positivas do comprometimento com a participação das

comunidades e implicações com os territórios na estruturação da formação em saúde, para todos os atores do quadrilátero. Conforme Mendes et al. (2020, p.10),

o contato com a comunidade, além de possibilitar a aproximação com a realidade sanitária e social do país, através da qual se pode visualizar o cerne de muitos problemas de saúde, favorece a percepção de uma riqueza cultural e de saberes imensuráveis.

Ainda, corroborando com a necessidade de superar a dificuldade da participação da comunidade na execução das ações de IESC, já previamente exposta, é salutar a notoriedade de que ao promover e fornecer meios de garantia desta, além de outros ganhos comuns a todos os atores,

a visibilidade da comunidade e aceitação dos seus discursos conduz a inspiração capaz de oportunizar a formação universitária com ética enlaçada com prismas críticos, sociais e políticos no entendimento do papel da ciência em comunidades populares e da manifestação social e profissional junto aos grupos excluídos (Silva et al., 2020, p. 13).

A percepção da importância da integração efetiva da comunidade remonta à observância e atendimento de princípios marcadamente presentes nas diretrizes da IESC, tão logo, na condução dos trabalhos de forma ética de cada uma das partes que estrutura o quadrilátero.

Portanto, ancorando-se nas reflexões expostas sobre a importância da Integração ensino-serviço-comunidade vinculada aos territórios em saúde, com participação efetiva da comunidade na condução de seus trabalhos para qualificação da formação em saúde e, por consequência, qualificação da atenção em saúde ofertada pelo SUS, busca-se apresentar, ao relatar sobre a experiência de Porto Alegre, como podem-se estruturar instâncias que operam como polos de educação permanente para o SUS que, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, devem estar “comprometidas com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e que propõem a corresponsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locais/regionais” (Brasil, 2004, p. 10).

O COAPES na gestão da Integração Ensino-Serviço-Comunidade

Para orientar a implantação e implementação do proposto na integração ensino-serviço-comunidade, há instrumentos formais de gestão em saúde que situam parte de um histórico de ações que fomentam, instituem e instruem sua consolidação, entendendo-a como um complexo e permanente processo de construção-aprendizagem e de fortalecimento da educação permanente em saúde. Ações essas que inscrevem a necessidade de qualificação da formação de profissionais para o SUS, de qualificação das pactuações sobre campos de prática para a formação desses profissionais, ações que visam o grande e permanente objetivo de construção e fortalecimento do SUS.

Atualmente, por parte do ministério da Saúde, há a orientação do uso do instrumento do COAPES para regulação das pactuações sobre integração ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2015). Porém, para além da sua portaria de consolidação nº 1.127/2015, que “institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2015), não há a previsão legal específica sobre os trabalhos de gestão destes contratos celebrados, sequer orientações vigentes comuns a todo território nacional que orientem e sistematize sobre parâmetros, monitoramento e avaliação. Estima-se que a inexistência de documentação reguladora mais específica pode enfraquecer a potencialidade e desarticular as ações das diretrizes propostas na Portaria, tema que será objeto de análise mais detalhada à posteriori.

A preocupação com a fragilidade à qual pode estar suscetível esta política pública é corroborada com achados científicos de forma geral, por exemplo, em estudo que analisa sobre as políticas públicas vigentes sobre a Educação Permanente em Saúde que aponta a situação de “um insuficiente arcabouço legal, pois a maioria das intervenções são realizadas por meio de

portarias” (Nunes et al., 2024, p. 173). Mais especificamente, estudos versam sobre possíveis lacunas geradas pela falta de especificação e normatização sobre a gestão destes contratos. Cardoso et al. (2023, p. 8414-8415) denota uma destas lacunas quando, ao analisar o papel das Instituições de Ensino e abordar sobre a falta de instrumentos de monitoramento e avaliação das ações de integração, aponta que

a integração entre a universidade e os serviços de saúde representa um desafio a ser discutido pelas universidades dentro da ressignificação dos processos de ensinar, aprender e atuar, além de poder ser monitorado por meio de métodos que possibilitem o direcionamento adequado das ações, tornando-as mais eficazes e efetivas,

Outra possível lacuna indicada versa sobre a falta de definições específicas sobre a gestão dos contratos e suas previsões, dentre elas, a efetiva estruturação do SUS como rede escola e a contrapartida devida à rede de saúde por parte das instituições de ensino, ou seja,

é necessário pensar na integração ensino-serviço como uma política pública forte também no serviço. A gestão precisa identificar e formalizar as unidades e os profissionais com perfil para o trabalho integrado e refletir sobre possibilidades reais de compensações (Albiero et al., 2023, p. 12).

Portanto, como afirma Mendes et al.(2020, p.12), “fica evidente a necessidade de institucionalização da integração ensino-serviço-comunidade”, questão esta sobre a qual o presente manuscrito foi significativamente inspirado e instigado.

Ainda que uma apresentação inicial do COAPES verse mais sobre as lacunas e o “não dito”, indicamos que a leitura terá momentos de encontro também com as definições legais sobre o COAPES e suas potencialidades, majoradas quando analisadas sob a ótica de uma experiência como a de Porto Alegre. Cabe aqui sinalizar a reflexão de que, ainda que o COAPES

seja o instrumento vigente para regular as relações da IESC, sente-se que a política pode estar fragilizada nos territórios diante das dificuldades e desafios impostos, para os precisamos encontrar, no COAPES, uma ferramenta de auxílio, superação e trabalho para a consolidação do SUS.

Legislação nacional sobre integração ensino-serviço-comunidade

Considerando o disposto na Constituição Federal (Brasil, 1988), é considerado como de relevância pública as ações e serviços em saúde (Brasil, 1988, art. 200, inciso III), ou seja, o trabalho e a formação em saúde deve ser considerado como de relevância pública, sendo regulamentado conforme legislação vigente. Ademais, consta na Constituição que cabe ao Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Brasil, 1988, art. 197).

Já na Lei 8.080/1990, que versa sobre a estruturação do Sistema Único de Saúde, consta que “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (Brasil, 1990, art. 27), bem como ordena que “deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” (Brasil, 1990, art. 14), orientando a estrutura institucional destinada a executar a relação entre a formação em saúde, pelas instituições de ensino, e a gestão em saúde e serviços que serão os campos de prática para a formação.

Porém, ainda que exista a previsão legal de orientação e de estrutura para as pactuações para a integração ensino-serviço, faz-se necessário a elaboração de orientações para a parametrização e execução destes trabalhos, bem como seus métodos de monitoramento e avaliação. Surge então, em 2003,

A Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) que operacionaliza a publicação, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), considerada também o fruto de um expressivo movimento do controle social, instituições de ensino, trabalhadoras(es) em saúde e gestão das políticas relacionadas à educação em saúde e ao SUS. A PNEPS, publicada pela Portaria GM/MS 198/2004, nos traz, dentre seus objetivos quanto à integração ensino-serviço, que

a grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso (Brasil, 2004, p. 8-9).

Com o intuito de atender a este objetivo, a PNEPS orienta ações destinadas às instâncias colegiadas gestoras da integração ensino-serviço-comunidade, como “propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS” (Brasil, 2004, parágrafo único, inciso III),

articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola (Brasil, 2004, parágrafo único, inciso IV),

e “estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde” (Brasil, 2004, parágrafo único, inciso VI).

Estabelece-se, diante do corpo de proposições e orientações da PNEPS, a necessária e constante articulação entre as partes para o estabelecimento da integração ensino-serviço, provocando de maneira significativa, mudanças no escopo do previsto para a formação em saúde e para a finalidade dos serviços do SUS, ao que a PNEPS (Brasil, 2004, Anexo II, p. 11-12) denota como um movimento promotor de constante revisão e reconstituição, tanto por parte do SUS quanto das instituições de ensino, promovendo, àqueles que comprometerem-se com o disposto, uma permanente revisão ética de seus saberes e fazeres em consonância com as demandas da sociedade.

Em suma, observa-se com a publicação da PNEPS, fomentada pelos trabalhos da SGETS, uma orientação estruturante e dialógica, agora existindo enquanto política de Estado (não mais política de governo) sobre o que se espera de espaços e instâncias de articulação e pactuação da integração ensino-saúde, e

verificou-se, na atuação dos atores dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no período da sua criação e da formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)[...], a conformação de um novo “campo de ação estratégica (Ceccim, 2019, p. 70).

Em 2007, há a publicação da Portaria GM/MS 1996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual define em seu parágrafo único que

a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Brasil, 2007b, art. 1, parágrafo único).

Pontua-se que estas diretrizes orientam também as pactuações de integração ensino-serviço-comunidade e a estruturação de instâncias colegiadas estaduais, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que executem e monitorem os parâmetros estabelecidos na PNEPS.

Corroborando a necessidade de parametrização e orientação sobre as estruturas e instâncias para execução da integração ensino serviço e orientando diretrizes para uma modalidade de pactuação desta, há a proposição, por parte do Ministério da Saúde, SGTES e Ministério da Educação, da assinatura de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Um grande propulsor para a adesão à forma prevista no COAPES foi a Lei 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médicos pelo Brasil. Nesta lei que tem como objetivo, dentre outros, “aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação” (Brasil, 2013, art. 1, inciso III), “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira” (Brasil, 2013, art. 1, inciso IV) e “fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos” (Brasil, 2013, art. 1, inciso V), fica explicitado o fortalecimento da formação profissional em saúde intrinsecamente comprometida com a qualificação e desenvolvimento do SUS, além de fomentar a ampliação da formação de profissionais médicos para a atuação no SUS, perpetuando formalmente os princípios dispostos na PNEPS.

A Lei 12.871/2013 também preconiza que

as instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderão firmar Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura

de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, além de permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica (Brasil, 2013, art. 12).

Esta diretriz aponta, pioneiramente e formalmente, o instrumento do COAPES como orientador das pactuações sobre a integração ensino-serviço. É de central relevância notar que com esta orientação temos, em 2013, uma precursora formalização sobre a instrumentalização e orientação das pactuações de integração-ensino serviço. Além de orientada pela lei, a assinatura de COAPES é fomentada pelo fato de que a adesão ao contrato faz com que as instituições de ensino pontuem mais para cadastramento de novos cursos de medicina. Porém, além de recomendar, a lei não especifica sobre orientações, monitoramento e avaliação destes contratos.

É em 2015, por meio da Portaria nº 1.127/2015, que o COAPES é instituído,

considerando a necessidade de se instituir as diretrizes voltadas à celebração dos compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e gestões municipais e estaduais de saúde para o desenvolvimento das atividades de ensino-aprendizagem e formação no âmbito do SUS, especialmente nos serviços previstos por meio da Política Nacional de Atenção Básica em vigência (Brasil, 2015, p.1).

Sensivelmente com o propósito de qualificar e dialogar com as diretrizes para implantação da PNEPS, a Portaria que institui COAPES aborda, entre seus princípios, o “compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral” (Brasil, 2015, art. 3, inciso III) e o “compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região” (Brasil, 2015, art. 3, inciso V).

Também prevê a criação das instâncias colegiadas, denominadas na Portaria como Comitês Gestores Locais para o COAPES, que deverão ser compostos por “representantes dos segmentos envolvidos, tais como professores, estudantes, gestores, profissionais de saúde e membros do controle social em saúde, preferencialmente do segmento dos usuários” (Brasil, 2015, art. 9), observando-se a proposição, em legislação, sobre a estrutura necessária para as instâncias de gestão e decisão sobre as pactuações ensino-serviço vinculadas diretamente aos territórios, onde até então constavam orientações nítidas apenas sobre instâncias colegiadas em caráter de abrangência estadual, as CIESs.

Ademais, a Portaria 1.127/2015 dispõe sobre as competências solicitadas à cada um dos entes envolvidos nas pactuações, destacando-se, no que é atribuído às instituições de ensino, a necessidade de

“promover atividades de ensino, extensão e pesquisa nos serviços e comunidades de modo integrado, articulando os fundamentos teóricos e éticos às situações práticas nas perspectivas interprofissional, interdisciplinar e intersetorial, com íntima ligação entre as necessidades e demandas de saúde nos territórios” (Brasil, 2015, art. 12, inciso III),

assinalando o imperativo do olhar sobre as necessidades do território e os princípios do SUS.

Em 2018, no intuito de recolher avaliações sobre os COAPES que já haviam sido implantados e avaliar também a implementação da PNEPS, o Ministério da Saúde e SGETS produzem o documento “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para seu fortalecimento?”. Este documento reitera o papel do COAPES como um dispositivo da PNEPS que “propõe um fluxo nacional para balizar e formalizar as relações intersetoriais e interinstitucionais” (Brasil, 2018, p.64) e que tem o compromisso de “promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS” (Brasil, 2018, p.64), abordando novamente o pioneirismo da proposta do contrato como

instrumento balizador nacional e fortalecedor das pactuações da integração ensino-serviço.

O documento aponta o instrumento do COAPES como garantidor de uma pactuação mais transparente, também pela execução deste ser por meio de uma instância colegiada e mais estável, bem como avalia que este instrumento objetiva “evidenciar para a sociedade o cumprimento de pactos que respeitam e valorizam os usuários do SUS e as necessidades sociais de saúde, como prioridade na formação dos profissionais” (Brasil, 2018, p. 64).

Outra importante perspectiva, assegurada pelas diretrizes para a implantação do COAPES, conforme avalia o documento, é o firmamento de um compromisso, agora “institucionalizado” de uma constante revisão ética e propositiva sobre as ações de cada uma das partes que firmam o contrato, considerando que

a elaboração de contratos organizativos pode possibilitar o aprofundamento, a reflexão, o debate e a resolução de dificuldades enfrentadas no campo dos cenários de prática das graduações em saúde. Tem potencialidade e instrumentos para fortalecer e consolidar as ações inovadoras dos projetos político-pedagógicos dos cursos e de ajustes necessários para garantir formação e qualificação técnica, científica e ética, com compromisso social (Brasil, 2018, p. 64).

Uma importante observação oriunda da avaliação do processo de implantação dos contratos é a de que “a efetivação desse diálogo interinstitucional não está isenta de óbices jurídicos, administrativos, sociais, de concepções, de ideologias e de práticas distintas, nem isenta de disputas e conflitos” (Brasil, 2018, p. 65). Se não acompanhado de um processo permanente de avaliação e monitoramento, pode ocorrer que a celebração de COAPES nos municípios, estados e regiões de saúde não cumpram seus princípios basilares nem se efetivem na importância e robustez de seu propósito.

Com esta breve apresentação sobre o que está disposto nos marcos legais federais sobre a IESC, convida-se ao olhar atento sobre os princípios,

diretrizes e objetivos aqui expostos, pois, reitera-se, estes serão marcadores de análise do objeto de estudo no presente livro, qual seja, conhecer e analisar a experiência da IESC em Porto Alegre.

Documentos, ações e pactuações construídas para formalização das instâncias municipais de gestão da integração ensino-serviço-comunidade

Neste tópico, serão abordados, principalmente, as ações, articulações e os atos normativos publicados pelo município de Porto Alegre para formalização, gestão e execução da política de IESC. É importante demarcar que, neste momento inicial, serão abordados apenas os principais marcos legais publicados no município, o que é de grande importância para a leitura do capítulo posterior que versará sobre a construção histórica da política sob o olhar de atores sociais entrevistados(as).

Para a estruturação de uma linha histórica e documental inicial que possibilita visualizar as diretrizes contidas nos mais diversos documentos sobre a integração ensino-serviço elaborados e publicados pelo município, é imprescindível apontar a relevância e inspiração no trabalho produzido por Heloísa Helena Rousselet de Alencar que, em 2014, publicou a dissertação intitulada “O quadrilátero da educação na saúde em movimento: a perspectiva do controle social no caleidoscópio”. Seu estudo analisa “o processo de construção da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS em Porto Alegre” (Alencar, 2014, p. 15), abordando de forma significativa as contribuições do controle social neste processo.

Alencar (2014) também referencia atos normativos, tanto do Conselho Municipal de Saúde quanto da Gestão Municipal, que conformam importantes marcadores para compreensão do processo histórico-dialético que formaliza e estrutura as diretrizes das ações de integração ensino-serviço em Porto Alegre.

Alencar (2014, p. 58) aponta que no I Seminário Municipal sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre, seminário este articulado e promovido pelo Conselho Municipal de Saúde, ocorrido no ano de 2009, foi elencada a necessidade de sistematização da integração ensino-serviço-comunidade no município, pois, conforme relata, “a SMS não tinha registro da totalidade das inserções de alunos, cursos, projetos e programas nos serviços que compõem a estrutura do SUS municipal” (Alencar, 2014, p. 58).

O encaminhamento que consta no relatório do Seminário supramencionado aponta, para a gestão municipal em saúde, a necessidade de “trabalhar na direção da construção da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço de Saúde municipal e de instâncias distritais com função similar”. Este relatório consta na íntegra, como anexo, no trabalho de Alencar (2014).

Fomentado por este movimento, é aprovada e publicada a Portaria SMS Nº 681/2009, que

cria Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e em conformidade com o Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (Porto Alegre, 2009),

designando, portanto, uma estrutura formal para análise, avaliação e decisão sobre a integração ensino-serviço.

Em 2011, alterando a Portaria SMS No 681/2009, é publicada a Portaria SMS Nº 39/2011, “alterando o nome do Grupo de Trabalho para Comissão Permanente de Ensino e Serviço da Secretaria Municipal de Saúde” (Porto Alegre, 2011a), grupo que é referência na esfera da gestão municipal, até o presente momento, para as pactuações no município, e que tem na Resolução SMS Nº 1/2011 (PORTO ALEGRE, 2011b) a primeira regulamentação sobre seu fluxo de trabalho, estimando a pactuação de Termos de Cooperação Técnica entre a gestão municipal e as instituições de Ensino para a execução da Integração Ensino-serviço.

Sobre o trabalho da CPES, Alencar (2014, p. 81) relata que esta é, então,

consolidada como instância interna de debate e condução da política de integração ensino-serviço. A composição da própria Comissão foi se ampliando na medida em que esta política se consolida e outros setores começam a conhecer e compreender o seu papel.

A CPES é composta por representantes de áreas estratégicas das políticas de saúde e representantes do Controle Social (Conselho Municipal de Saúde).

A CPES, conforme aponta a Secretaria Municipal de Saúde em trabalho apresentado, em 2018, no Seminário do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde

oportunizou a formulação e consolidação de uma Política de Integração Ensino e Serviço em Porto Alegre estratégica para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de transformar a rede assistencial do município em uma efetiva rede escola (Neves, 2018, p. 25).

Previamente, há a adesão do município às ações do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde designa-se como um programa de proposição do Ministério da Saúde lançado em 2005, para o qual os municípios solicitam adesão por meio de submissão de projetos, e visa “a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família” (Brasil, 2007c).

Ainda que as ações relacionadas ao Pró-Saúde no município não versem de forma direta sobre a formalização e/ou institucionalização da política da IESC, o programa é considerado uma importante base referencial, pois a estrutura prevista para sua execução inspirou a forma como se constituíram as primeiras instâncias colegiadas/deliberativas para as pactuações da integração ensino-serviço-comunidade articuladas pela gestão municipal, conforme apresentado por Alencar:

os primeiros movimentos nessa direção, em Porto Alegre, foram oriundos da experiência do Pró-Saúde, onde o programa definia a constituição de uma Comissão Gestora Local, constituída por representantes dos docentes, gestores municipais de saúde, discentes e membros dos conselhos locais e que tinha a tarefa de acompanhar a execução das ações e projetos propostos. Era prevista uma Comissão para cada Instituição que participava do programa (Alencar, 2014, p. 65).

Cabe pontuar que será apresentado, no capítulo 2, algumas implicações e desdobramentos da implementação deste programa no município, tentando-se, neste momento, situar brevemente o programa e indicar que este foi indutor de processos na experiência de Porto Alegre.

Após a Portaria de consolidação da CPES, a Secretaria Municipal de Saúde avança na proposição de instâncias de discussão e deliberação sobre as pactuações da integração ensino-serviço com a implantação dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs), retomando-se que a proposição destes advém de um acúmulo do trabalho construído e instigado pela atuação de diversos atores na gestão da política de IESC, fomentado pelas políticas indutoras nacionais, especialmente o Pró-Saúde.

Cada DDA é estruturado em um distrito sanitário do município e, majoritariamente, um DDA é destinado às práticas curriculares de uma instituição de ensino de grande porte, o que responde à necessidade de uma “estratégia para superar o quadro de dispersão e de disputa entre as instituições de ensino (IEs) pelos cenários de prática” e “implementam a territorialização das atividades das grandes IEs” (Neves, 2018).

A Secretaria Municipal de Saúde avalia que

com a estruturação dos DDAs, foi possível construir uma forte vinculação das instituições de ensino com os seus territórios, com benefícios para a integração das ações dos diferentes cursos e disciplinas, aprofundamento das ações e continuidade dos projetos, além do direcionamento das ações de ensino para atender às reais necessidades de saúde dos territórios (NEVES, 2018, p. 26).

Observa-se que a ação de implantação dos DDAs corrobora significativamente com o preconizado em legislações nacionais no que tange os objetivos e princípios do SUS e das ações de integração ensino-serviço, principalmente no que tange à atenção, nas práticas de integração, às necessidades sociais do território.

Os DDAs têm como instância gestora as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL). Cada DDA possui sua CGAL, e as comissões são compostas por representantes da CPES, da Gerência dos Distritos Assistenciais, do controle social do território e de trabalhadores(as) em saúde dos serviços do território. A conformação dessas Comissões é elucidada por Alencar, quando relata que sua estrutura é advinda “das Comissões Gestoras Locais do Pró-Saúde que, a partir da constituição dos DDA passaram a ser denominadas como Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL)” (Alencar, 2014, p. 68).

O COAPES em Porto Alegre

A celebração do COAPES no município de acontece em 24 de outubro de 2019 por meio do Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde, o qual dispõe sobre as responsabilidades das instituições de ensino, dos programas de residência e da municipalidade e, em consonância com o preconizado na Lei 12.871/2013 e Portaria Ministerial nº 1.127/2015, preconiza como objeto do contrato

viabilizar e qualificar a articulação entre os processos formadores e assistenciais do Município de Porto Alegre, buscando: a reorientação da formação profissional para as necessidades do SUS; a qualificação dos atuais e futuros profissionais; a mudança das práticas assistenciais e de ensino; a produção de conhecimento e tecnologia para a melhoria da atenção à saúde; o reordenamento da oferta de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação na área

da saúde e de vagas de residências em saúde; o aperfeiçoamento da estrutura de serviços de saúde para oferecer campos de prática em condições adequadas (Porto Alegre, 2019, cláusula primeira).

O COAPES no município prevê, também conforme preconizado na Portaria Interministerial nº 1.127/2015, como instância deliberativa para as pactuações o Comitê Gestor Local do COAPES, porém também, aponta como uma responsabilidade mútua (SMS e Instituições de Ensino) o dever de “participar e manter representação no Comitê Gestor Municipal do COAPES e participar do seu Distrito Docente Assistencial (DDA) e da respectiva Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), quando estes existirem” (Porto Alegre, 2019, cláusula 2, inciso VII), denotando marcadamente a inclinação para o fortalecimento de instâncias do território para a pactuação da integração ensino-serviço.

Reflexões, proposições e desafios para o avanço e garantia da efetivação da integração ensino-serviço-comunidade no Brasil

No intuito de indicar outros marcadores para, inicialmente, balizar a leitura e análise do presente livro, elencam-se aqui algumas inquietações que são fortemente presentes no cotidiano de atores sociais que, como a autora que vos escreve, desempenham seu trabalho imersos(as) nas demandas da integração ensino-serviço-comunidade.

É importante iniciar uma necessária reflexão sobre o propósito da integração ensino-serviço-comunidade debruçando-nos propriamente sobre sua nomenclatura. Ainda que predominantemente utilizada nos atos normativos nacionais que a orientam, quando a nomeamos como “integração ensino-serviço”, citamos como envolvidos apenas o ensino (ou seja, as instituições formadoras da força de trabalho em saúde) e o serviço, podendo-se pensar que deste interessa apenas o serviço de saúde, um local “predial”

fixo e alheio ao território que está alocado e que é utilizado para as atividades curriculares práticas de disciplinas, previstas nas ementas dos cursos daqueles. Ou, ainda, pensar que as instituições de ensino têm, com a rede de saúde, a central necessidade de pactuar instrumentos que formalizam a inserção de estudantes nos serviços para que discorram as atividades práticas orientadas pela lógica clínica de atendimentos com foco em uma saúde curativa.

Corre-se o risco, desta forma, de gerar situações como quando “a universidade invade os cenários de prática na AB e o serviço parece prestar uma ‘ajuda’, cedendo seus espaços para colaborar com a formação de novos profissionais” (Albiero, 2023, p.11), ou promover uma relação desigual, na qual “a integração ensino-serviço é mais efetiva na dimensão ‘ensino’ que no ‘serviço’” (Albiero, 2023, p.11).

Há muito, e calcado em atos normativos, pesquisas científicas, reflexões e orientações dos instrumentos do controle social e outros dispositivos, intenta-se e necessita-se perpetuar a lógica de que a integração ensino-serviço-comunidade é intensamente mais ampla, complexa e robusta. Nesta direção, Alcindo Ferla aponta que precisamos pensar a integração como ensino e sistema de saúde

para falar das aproximações da universidade (e seu tripé ensino-pesquisa-extensão) e os sistemas locais de saúde (serviços, pontos de atenção no território, articulações intersetoriais, gestão, controle social, participação, produção de vida e saúde ...). Essa é a tradução que foi sendo construída ao longo da implementação do SUS para as conexões entre ensino e trabalho, entre aprendizagens e produção de cuidados (Ferla, 2020, p.15).

Observa-se neste contexto a importância de desenvolver permanentemente o comprometimento com a dimensão do território ao pensar e executar as ações de integração, pois é

no território da vida e do trabalho, as pessoas produzem efetivamente suas existências, e como tal é ali que está em potência as maiores possibilidades de se experimentar as práticas de cuidado e torná-las lugares de processos formativos (Mehry, 2020, p. 09).

Considerando que uma das formas mais importantes de viabilizar, garantir, fomentar uma ação que compreende-se como estratégica é o planejamento de políticas públicas, com ações sistemáticas, que versem sobre sua implantação e implementação, entende-se que “a integração ainda necessita de análise conceitual e metodológica quanto à inclusão da comunidade na tomada de decisões que norteiam as práticas voltadas à sociedade” (Silva, 2020, p. 16).

Portanto, utilizando-se da lógica impressa por Silva (2020) e dialogando com a questão central que orienta o estudo apresentado neste livro, pode-se inferir sobre a necessidade da definição metodológica qualificada sobre os parâmetros para execução da integração ensino-serviço-comunidade. Reflete-se daí a indicação de uma tarefa que remete ao trabalho da gestão em saúde que entende-se poder ser exitosa se, verdadeiramente, realizada com a inserção de todos os atores do quadrilátero envolvido na formação em saúde, de forma comprometida com o SUS.

Dessa forma, retoma-se que reconhecer a integração ensino-serviço-comunidade primordialmente como uma estratégia para consolidação do SUS convoca a necessidade de orientações para a condução e pactuação desta, pontuando a inadiável tarefa de qualificação de profissionais que atuam e atuarão no SUS como ação central para a qualificação do sistema. Para consecução desta tarefa, é importante o investimento na publicação de marcos legais que indicam uma “orientação política de mudanças na formação, que tem diferentes formatos de iniciativas, envolvendo diferentes instituições” (Ceccim; Ferla, 2009; Ferla et al., 2024, p. 19).

No presente capítulo, foram elencados os principais marcos legais publicados que assumem a tarefa de orientar e regulamentar os princípios, diretrizes e parâmetros para execução da IESC no Brasil, desde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004) até a Portaria nº 1.127/2015, que orienta a celebração dos contratos COAPES nacionalmente, bem como publicações do município de Porto Alegre que versam sobre a IESC.

Cabe aqui retomar os princípios e diretrizes primordiais contidos nestes marcos legais, pois estes serão orientadores da análise da experiência de Porto Alegre no capítulo 4, quais sejam: a IESC como estratégia para consolidação do SUS; ordenar a formação de recursos humanos para o SUS utilizando-se do SUS como campo de prática, em contrapartida à um modelo biomédico de formação; estruturação do SUS como rede-escola, considerando as especificidades locais e regionais, o aprendizado no e pelo território com participação do controle social; estabelecer relações orgânicas e permanentes entre as partes, utilizando-se da metodologia de gestão colegiada na condução da política; ter o compromisso das partes envolvidas (controle social, gestão, trabalho em saúde e instituições de ensino) para com o SUS, com a formação em saúde e com suas finalidades; formalizar o compromisso entre as partes; viabilizar meios para consolidar a revisão ética de forma propositiva e constante da IESC; e estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação.

A contribuição do estabelecimento de parâmetros para execução da IESC é imensurável e, sem dúvida, tarefa bastante difícil diante da complexidade e da multiplicidade de atores envolvidos na consolidação da política. Ainda assim, estima-se que justamente utilizando-se desta complexidade como ótica de análise seja possível, no decorrer dos próximos capítulos abordar, de forma crítica-reflexiva-constructiva, a temática proposta pelo presente escrito.

Desta forma, estima-se que, com os próximos capítulos, seja possível conhecer a experiência de Porto Alegre e observar como andam e como se encontram os caminhos entre a legislação e a realidade, com toda sua potência, desafios e viáveis possíveis, com a mais sincera intenção de que este livro, que versa sobre o relato de uma experiência que, em ato, demonstra-se exitosa e comprometida no seu propósito possa corroborar, estrutural e sistematicamente, para a qualificação da política como um todo.

CAPÍTULO 2

HISTÓRICO DA GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO-COMUNIDADE EM PORTO ALEGRE: ANTECEDENTES TEÓRICOS, ADMINISTRATIVOS E POLÍTICOS DA EXPERIÊNCIA DO COAPES

Neste capítulo, apresentam-se os principais marcos do processo histórico que levou à conformação das instâncias de gestão da Política de Integração Ensino-Serviço-Comunidade em Porto Alegre. Conforme indicado na apresentação deste livro, a elaboração deste resgate histórico foi considerada fundamental para a compreensão do objetivo central da pesquisa. Além de atender a uma demanda expressa pelo próprio grupo investigado, tal reconstrução foi, por este grupo, apontada como elemento basilar para entender a configuração atual das articulações envolvidas na gestão da política no município. Assim, parte-se do pressuposto de que identificar e analisar

esses marcos contribuirá para elucidar as bases estruturantes do arranjo institucional hoje existente e em funcionamento.

Para tanto, versar-se-á sobre a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde com ênfase para as instâncias de gestão da Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), sobre os processos e instâncias da gestão municipal da política, como os atores sociais presentes em cada momento contribuíram e fomentaram a constituição destas instâncias e quais foram as principais políticas e ações indutoras que demarcam o período. Utilizar-se-á o recorte temporal até o ano de constituição da Comissão Permanente de Ensino-Serviço (CPES), ou seja, até o ano de 2011, pois o momento posterior a este período será objeto de análise do Capítulo 3.

Por não constituir o objeto central da pesquisa, mas sim um conjunto de informações e reflexões que contribuem para sua compreensão, cabe demarcar que este capítulo não pretende realizar uma análise aprofundada do processo histórico. Essa ressalva é importante para reconhecer que há, certamente, muito mais a ser investigado, discutido e registrado quando se busca compreender o percurso que resultou em uma ação e em uma produção de grande relevância.

Considerando que o objetivo do estudo que estrutura o presente escrito é analisar a experiência de pactuação do COAPES em Porto Alegre — e, conseqüentemente, a política de IESC no município —, este capítulo se limita a apresentar um levantamento dos principais marcos da construção da política e dos elementos constitutivos das relações entre os atores sociais envolvidos. Para isso, adota-se como critério de análise, sobretudo, as políticas indutoras e as instâncias de gestão que, constituídas, moldaram esse processo.

A estrutura da Secretaria Municipal de Saúde

Para situar a discussão sobre a gestão da IESC em Porto Alegre, entende-se como basilar a apresentação, ainda que breve, sobre a estrutura

administrativa presente na gestão municipal, descrevendo sobre como e onde se situam tanto as instâncias responsáveis pela gestão da política de educação em saúde quanto outras instâncias nas quais este diálogo, debate e deliberações estão presentes.

Para fins de elucidação, apresenta-se que, atualmente, a estrutura do Organograma da Secretaria Municipal de Saúde consta publicada e detalhada no Decreto nº 21.315 de 2021 (Porto Alegre, 2021a). Há ainda o Decreto nº 22.429/2024 (Porto Alegre, 2024), o qual estabelece o regimento interno da Secretaria Municipal de Saúde.

No organograma, observa-se que o Conselho Municipal de Saúde encontra-se diretamente ligado ao gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, assim como a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), a Diretoria Administrativa (DA) e a Diretoria de Contratualização (DC) (Porto Alegre, 2021a). Observar esta proximidade institucional é relevante pois, quando considerada como um marcador, pode denotar, dentre outros pontos de análise, as escolhas de quais setores são entendidos como estratégicos por parte da gestão municipal de saúde.

Resumidamente, a DAPS acolhe, em sua estrutura, as Coordenações de Políticas Setoriais e as Coordenadorias de Saúde Regionais, que somam, atualmente, 4: Leste, Oeste, Norte e Sul. Já a Diretoria Administrativa acolhe, dentre outras, a Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP), e encontra-se vinculada a esta quatro equipes: Equipe de Administração de Pessoal, Assessoria Técnica em Gestão de Pessoas, Equipe de Estágios e Equipe de Desenvolvimento (ED).

Observa-se que a previsão de elaboração, gestão e fiscalização dos contratos da SMS para execução dos serviços da Atenção Primária em Saúde está previsto, conforme disposto no Decreto 22.429 (Porto Alegre, 2024, art. 53, inciso III), como competência da DAPS e não da Diretoria de Contratualização, que prevê, dentre outras atribuições relacionado à contratualização da APS, o gerenciamento do macroprocesso.

Não se observa menção em ambos os documentos sobre os Distritos Sanitários e as Gerências Distritais, o que pode detonar certa invisibilização destas instâncias de gestão no município frente aos documentos que formalizam o organograma e funcionamento da SMS. Conforme consta no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2026-2029 (Porto Alegre, 2025, p. 41), o município contabiliza 17 Distritos Sanitários estabelecidos.

Alice Falcão Pereira (2013) relata que a estruturação dos Distritos Sanitários já era apontada como necessária pela gestão em 1989. Porém, foi como decorrência do processo crescente de municipalização, que implica na descentralização da gestão da rede municipal em saúde, que

acompanhando a divisão geográfica adotada pelo Orçamento Participativo Municipal, em 1996, o território do município de Porto Alegre constituiu 16 Distritos Sanitários. A gestão da saúde passou a ser regionalizada, por meio de seis Gerências Distritais, ampliando-se para oito em 2001 (Pereira, 2013, p. 27).

Mais especificamente sobre as estruturas de gestão da IESC, não consta no organograma ou no Regimento Interno da SMS os Distritos Docentes Assistenciais e as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, estruturas estas que já foram apresentadas e que serão abordadas mais detalhadamente ainda no presente capítulo.

Porém estas estruturas encontram-se descritas no Plano Municipal de Saúde 2026-2029 (Porto Alegre, 2025, p. 552):

os Distritos Docentes Assistenciais (DDA), iniciados a partir de 2011, juntamente com a implantação da CPES, a fim de integrar as ações educacionais com as atividades assistenciais, traduzindo-se em uma estratégia de coordenação dessas ações, conduzida pelas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), funcionaram ao longo do tempo em ritmo adaptado à realidade de cada território e de suas respectivas instituições de ensino.

Há descrito, no Plano Municipal de Saúde 2026-2029 (Porto Alegre, 2025, p. 552), a previsão de alocação das ações de IESC conforme distribuição das Instituições de Ensino nos Distritos Docentes Assistenciais (DDA). Avalia-se que a descrição destas no Plano Municipal de Saúde demarca tanto o reconhecimento, por parte da gestão, destas instâncias de articulação como formais para as pactuações relacionadas à IESC, quanto a necessidade intrínseca da atuação das instituições de ensino como fomentadoras para o amadurecimento e fortalecimento destas estruturas. Previamente, no capítulo 1, foram apresentados instrumentos publicados que normatizam algumas destas instâncias.

Pontua-se também que o município de Porto Alegre adere à Gestão Plena do SUS, ou seja, à municipalização da gestão de todos os serviços de saúde, com a adesão à Norma Operacional Básica do SUS 01/2001 (Brasil, 2001, art. 1º), que

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Observa-se, portanto, conforme apontado por Pereira (2013), que o processo de municipalização induz também a estruturação e qualificação do processo de gestão da integração ensino-serviço-comunidade pela gestão da secretaria municipal de saúde, que orienta a proposta de gestão pelos DDAs. Neste processo de ampliação e implementação dos DDAs, conforme relato da Entrevista 06, a equipe responsável conta com o apoio de assessoria técnica de pesquisadores de grande relevância na área de Educação Permanente em Saúde e, a partir deste processo, incidem discussões sobre a necessidade de qualificação da gestão, principalmente da Atenção Primária em Saúde, o que promove a reflexão sobre metodologias de gestão com base nos territórios, ao que relata a pessoa entrevistada, conforme detalha o excerto:

na época da municipalização, na área da equipe de desenvolvimento, que tinha uma assessoria dos professores Emerson Merhy, Luiz Cecílio e o Gastão [...], assessorar na equipe de desenvolvimento, onde a gente desenvolvia um trabalho de assessoria aos territórios, na época, a construção das Gerências Distritais. Então, cada técnico da ED [Equipe de Desenvolvimento] era referência para uma gerência distrital, que era responsável por uma área, sendo que tinha gerência com dois distritos sanitários. Toda essa discussão de distrito sanitário começou com a municipalização e a assessoria dessa equipe de consultores (Entrevista 06).

Certamente há muitos outros pontos importantes sobre a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, alguns destes serão apresentados/discutidos ao longo do presente estudo. Porém, elencam-se estes como basilares para a compreensão do processo histórico anterior à formalização do CPES, recorte histórico adotado no presente estudo, e da atual estruturação da gestão da Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

Antecedentes históricos e institucionais à formalização do CPES

Com o ensejo de analisar os antecedentes históricos e algumas células embrionárias das metodologias de pactuação da IESC em Porto Alegre, apresentam-se a seguir, a partir da coleta de dados realizada pelas entrevistas, alguns elementos apontados como constituintes da experiência do município.

Reitera-se que, no município, pode-se estabelecer um paralelo sobre a ampliação da discussão sobre a metodologia da IESC após sensibilização decorrente do processo de municipalização da gestão da saúde, o qual contou com consultoria para, dentre outras ações, elaboração da divisão dos territórios em distritos sanitários e para o estabelecimento das gerências distritais, instâncias de gestão da assistência em saúde no território adscritas em cada distrito sanitário presentes até a atualidade.

Conforme se expandia a demanda pela alocação de estudantes em campos de estágio, observava-se a necessidade de normatização/regulamentação das práticas de IESC por parte da Secretaria Municipal de Saúde e avançava-se na formalização deste processo, conforme apresenta o relato:

Em 2004 [...] aumentava muito a demanda de campo de estágio, principalmente cursos de enfermagem e cursos da medicina, eram dois cursos que demandavam bastante espaço. E a gente começou a normatizar a relação de estágio, porque os estágios eram muito informais, os professores articulavam diretamente com profissionais e abriam o campo de estágio, mas sem que a Secretaria tomasse conhecimento. Então, em 2005, 2006, a gente começou a organizar um pouco isso, foi criado um tipo de contrato para formalizar a relação da Secretaria com a instituição de ensino (Entrevista 01).

Após a observação e movimentação sobre a necessidade de formalizar, via contrato, a inserção de práticas de estágio na rede municipal, a partir de 2004, enseja-se o processo de divisão das práticas alocando-as em distritos sanitários específicos para cada instituição de ensino, ficando estas circunscritas, preferencialmente, ao Distrito Sanitário indicado para as práticas relacionadas à Atenção Primária em Saúde, principalmente.

Destaca-se que este movimento foi construído ao longo dos anos, e é considerado um embrião do que posteriormente foi nominado como Distrito Docente Assistencial:

E esse direcionamento [territorial] dessas duas instituições [UFRGS e PUC] que mais demandavam o campo de estágio foram embriões do que nós passamos a chamar Distrito Docente Assistencial. Então, em 2008, começa, digamos assim, na prática, mais do que na formalização, mas começa na prática a ter um direcionamento para essas duas gerências, como o embrião dos Distritos Docentes Assistenciais (Entrevista 01).

Fortalecendo e impulsionando o movimento de organização territorial das práticas no município, houve uma importante movimentação no Ministério

da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, de expansão do ensino universitário e da formação universitária, acompanhada e direcionada pela publicação de políticas indutoras. No livro “Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde” são apresentados diversos relatos dos impactos destas políticas interministeriais indutoras, destacando-se “o importante papel das políticas de reestruturação e expansão do ensino superior na área da saúde nesse processo, como o REUNI e o Pró-Saúde” (Bernardi et al., 2020, p. 96), sendo o Pró-Saúde instituído em 2005 (Brasil, 2005) e o REUNI instituído em 2007 (Brasil, 2007a).

Como consequência destas políticas indutoras de expansão do ensino universitário, há o impacto no aumento da demanda de ações de integração ensino-serviço-comunidade e sendo reconhecido também, conforme relato da entrevista abaixo e relato da entrevista previamente elencada, como um dos marcadores no município que ensejaram com o processo de qualificação e formalização da gestão da política:

Nós tivemos, a partir de 2008 até 2014, uma grande expansão do ensino em saúde. Na verdade, uma grande expansão do ensino universitário. Teve várias políticas do governo federal que estimularam o crescimento das universidades (Entrevista 01).

Outro importante marco histórico é a movimentação decorrente da ocupação do espaço de uma unidade de saúde por uma instituição de ensino, processo este que foi desencadeador da definição contida na Portaria SMS Nº 39/2011, que institui a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES). Sobre este fato, as pessoas entrevistadas relatam:

a UFCSPA entrou em contato com o gabinete do Secretário e o gabinete do Secretário doou, destinou, um andar inteiro do Centro de Saúde Santa Marta, para essa universidade instalar [...] uma clínica. E sem falar com ninguém na Secretaria. [...] Isso criou uma crise e o Conselho Municipal de Saúde na época chamou uma reunião e colocou na reunião, denunciou. Os funcionários do Centro de Saúde

estavam muito mobilizados porque isso é um problema de espaço e que iriam perder um andar inteiro (Entrevista 01);

Uma instituição de ensino ocupou quase que um andar de um serviço de saúde com seus alunos[...] então a instituição ingressou, querendo coordenar como ela entendia a questão dos seus alunos naquele espaço. Foi levado para o conselho, se fez uma discussão e se viu a importância de estar normatizando isso (Entrevista 06).

Observa-se, com este relato, que estava presente, em certa medida, a prática de disputa entre as Instituições de Ensino pela alocação e articulação das ações de IESC nos serviços de saúde do município, ante à falta de formalização e institucionalização destas ações.

É fundamental destacar que a solução para esse episódio foi construída no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, que, conforme já exposto no capítulo anterior, articulou em 2009, após o ocorrido, a realização do I Seminário Municipal sobre Controle Social e as Políticas de Educação na Saúde em Porto Alegre (Alencar, 2014, Anexo 3), evidenciando a relevância da resposta articulada do CMS frente à situação.

Nas entrevistas, esse momento é reconhecido como um estopim para as definições e formalizações que hoje estruturam a gestão da Política de IESC no município, bem como há a sinalização de que a ação do CMS decorre também de outras variáveis presentes no município:

a iniciativa do Conselho Municipal de Saúde foi essencial. Naquela época nós tínhamos o Conselho Municipal de Saúde muito atuante e, com isso, nós conseguimos então criar nos distritos docente-assistenciais as comissões de gestão e acompanhamento local (Entrevista 01);

O movimento social deu start aqui nessa cidade: “temos que fazer alguma coisa”, com uma série de variáveis, a educação permanente, a precariedade dos trabalhos, falta de engajamento, resolutividade extremamente baixa (entrevista 03).

Ademais, após este episódio, firma-se um dos primeiros convênios para regulamentação do todo da IESC com uma instituição de ensino,

em 2011, foi tratado e firmado o convênio desta instituição com a Secretaria Municipal [...] Não foi diferente da UFRGS, por exemplo, e de outras universidades, mas as públicas tiveram seu protagonismo (Entrevista 03).

Pode-se inferir que este protagonismo das IEs públicas encontra raízes nas práticas de IESC estabelecidas e fomentadas pelas políticas indutoras nacionais, presentes de forma mais assertiva nas instituições federais de ensino, destacando-se que certamente esta não é a única justificativa possível para a afirmação exposta no relato da pessoa entrevistada. Cabe aqui, em suma, a atenção a orientação pela formalização destas práticas asseverada pela ação do Controle Social e pelas políticas indutoras nacionais que, após a articulação e ações apresentadas, induzem processos em todas as instituições (sejam de ensino, gestão, assistência ou controle social) que articulam a política no município.

Políticas indutoras nacionais à integração ensino-serviço-comunidade

Considerando os apontamentos previamente expostos, é notório que um importante impulsionador da política de IESC no município de Porto Alegre foram as políticas indutoras da Integração Ensino-Serviço-Comunidade, propostas por uma parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Dentre estas, destacam-se os programas Pró-Saúde e PET-Saúde.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, mencionado no capítulo anterior, instituído no ano de 2009 tem, dentre seus objetivos:

reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; e estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente (Brasil, 2007c, p. 17).

Já o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, que foi instituído em 2010, tem como pressuposto:

a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pósgraduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (Brasil, 2010 art. 2º).

Ao analisar as políticas indutoras da integração ensino-serviço-comunidade, Nunes et al. (2024), utilizando-se do exemplo do Pró-Saúde e PET-Saúde, dentre outros, pontua-se o amadurecimento sobre a formalização de mecanismos de gestão da política por parte do Ministério da Saúde, reconhecendo-se que o estabelecimento destas “demonstrou que o tema da integração ensino-serviço avançava e ganhava novos contornos institucionais mais sólidos” (Nunes et al., 2024, p. 78).

Em uma importante publicação intitulada “A arte de ensinar e fazer saúde” (Bueno; Tschiedel, 2011), temos um detalhado e qualificado relato sobre a implementação do Pró-Saúde II em Porto Alegre, impulsionado pela adesão ao segundo edital do programa articulada pela UFRGS no início do ano de 2008. Percebemos, com esta publicação, a leitura compartilhada sobre a necessidade de aproximar o ensino e os serviços de forma engajada, com vistas à qualificação da formação profissional e do SUS.

Cabe pontuar aqui também a leitura formada pelo grupo condutor desta experiência do Pró-Saúde II quanto ao objetivo da execução do programa. Ecoando com o presente na portaria que estrutura o Pró-Saúde, o grupo trabalha com o ideário de que devem se orientar pela necessidade de “promover transformações na prestação dos serviços de saúde pública à população através do incentivo à mudança do processo de formação e geração de conhecimentos, [...] com ênfase na Atenção Básica” (Bueno; Tschiedel, 2011, p. 23). Esta leitura marca, indubitavelmente, a assimilação do papel das instituições de ensino na necessária tarefa de reorientação e qualificação da formação profissional para o SUS.

Por intermédio da implementação deste programa no município é fomentada também a estruturação de instâncias de execução dos programas conforme preconizado nas portarias que os regem. Percebemos esta ação com “a montagem do Comitê Gestor do Pró-Saúde II, que atuou desde o início como um ‘grande colegiado’” (Bueno; Tschiedel, 2011, p. 48).

A importância destes programas para a consolidação das diretrizes presentes na política de educação do município é relatada por diversas pessoas entrevistadas, que o reconhecem como uma política indutora que mobilizam o processo institucional de formalização da IESC (Entrevista 03), inserindo fortemente a metodologia de gestão da política de forma colegiada, com construção conjunta e participativa entre todos os atores envolvidos (Entrevista 04), produzindo uma importante qualificação da relação entre os atores sociais envolvidos no processo (Entrevista 01).

Além disso, também fica explicitada a indução, a partir destes programas, tanto da destinação de recursos para a execução da política de IESC quanto a indução de processos na gestão local, que foi motivada também por outros fatores, como relatam:

Essas políticas indutoras foram o canal que agora não tinha mais saída. Quebrar o paradigma dessa relação, que era totalmente informal [...] Então, foi um diálogo, eu sempre digo, por conta do

desejo, pela novidade de poder contribuir, porque sabíamos que era uma ferramenta que pudesse, de repente, quebrar os desvínculos, ou melhor, aprimorar, dar suporte para estas ações e revolucionou totalmente. Contribuiu para as instituições formadoras à beça, para os serviços, então, idem, porque tínhamos que dar conta com o tema proponente, o tema norteador do PET (Entrevista 03);

Nós tivemos um investimento muito grande do governo federal. Então isso também foi importante. O Pró-Saúde, que foi um programa importante e que se desdobrou depois no PET Saúde, esses dois programas, eles destinaram um volume de recursos importante para instituições de ensino e para serviços de saúde, buscando qualificar essa relação [entre os atores sociais envolvidos na IESC] (Entrevista 01).

Nota-se que os entrevistados relatam que os programas Pró-Saúde e PET-Saúde desempenharam um papel importante na consolidação da integração entre instituições de ensino e serviços de saúde em Porto Alegre. Segundo eles, esses programas funcionaram como importantes indutores nacionais, oferecendo diretrizes, recursos e exigências de pactuação que impulsionaram a organização local. A partir de sua implementação, tornou-se necessário estabelecer fluxos, regras e responsabilidades mais nítidas para a presença de estudantes nos serviços, o que estimulou a formalização de processos antes informais ou fragmentados.

Nesse contexto, os programas contribuíram diretamente para estruturar mecanismos de gestão colegiada, fortalecer a interlocução entre universidades, SMS e unidades de saúde e, sobretudo, criar condições para que a entrada dos estudantes se desse de maneira planejada, regulada e alinhada às necessidades do SUS. Assim, Pró-Saúde e PET-Saúde são reconhecidos pelas pessoas entrevistadas como marcos que impulsionaram a definição de instâncias, protocolos e pactos que, posteriormente, fundamentaram a própria política municipal de IESC e sua estrutura atual de governança. Ademais, há a sinalização de sua importância no investimento estrutural dos serviços e

no incentivo à presença, de forma sistemática, de atores das IEs nos serviços (portanto, nos territórios) com a orientação das instâncias de gestão colegiada.

Corroborando com o achado das entrevistas, pontua-se que consta a importância do programa PET-Saúde na indução da política municipal de IESC no Plano Municipal de Saúde, quando descreve:

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre vem participando de forma atuante na elaboração e operacionalização dos Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, desde 2011. Ainda que os serviços da SMS tenham sido cenário para Projetos do PET-Saúde anteriores, foi a partir de 2011 que a SMS, mais do que campo para as atividades dos estudantes, passou a ter um papel de protagonismo nos diferentes projetos, participando ativamente na escrita dos projetos, compartilhando a sua coordenação e indicando, junto com o CMS, as necessidades de saúde a serem atendidas pelos projetos e grupos tutoriais (Porto Alegre, 2021b, p. 462).

Em síntese, a trajetória do Pró-Saúde e do PET-Saúde em Porto Alegre revela que esses programas foram decisivos não apenas como iniciativas de financiamento e experimentação pedagógica, mas como verdadeiros catalisadores da institucionalização da integração ensino-serviço-comunidade no município. Ao induzirem a criação de diretrizes locais, fomentarem espaços de pactuação e impulsionarem a corresponsabilidade entre gestão, serviços e instituições formadoras, eles romperam práticas informais e estabeleceram bases mais sólidas para a entrada qualificada de estudantes nos serviços de saúde. O reconhecimento explícito desses avanços tanto nos relatos dos entrevistados quanto nos documentos oficiais, como o Plano Municipal de Saúde, evidencia o papel estruturante desses programas na conformação do modelo de governança da IESC que hoje se observa em Porto Alegre.

Núcleos de Educação Permanente e Fórum de Preceptores

Há de se considerar a relevância na discussão da IESC no que tange à qualificação de trabalhadores(as), incluindo a qualificação para a atividade de preceptoria. Para tanto, observa-se presente duas estruturas que, ainda que ao longo dos anos tenham sofrido movimentos de aumento e diminuição, marcam o investimento e preocupação com o papel dos profissionais de saúde atuantes na rede como atores para formação de profissionais do SUS a partir do serviço e do território.

Dentre estas, e presente até hoje conforme relatado no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, estão os Núcleos de Educação Permanente, estruturados com o objetivo de propagar “as ações de ensino e serviço e de qualificação e desenvolvimento dos servidores” (Porto Alegre, 2025, p. 550), para que se “qualifique a integração e articulação das ações e se priorize a Educação Permanente como política estratégica e transversal para o SUS, dentro da SMS” (Porto Alegre, 2021b, p. 461). Estes Núcleos foram (e são) importantes referenciais para acompanhar a inserção de estudantes nas práticas nos serviços de saúde, conforme relata:

Primeiro se começou com os Núcleos de Educação Permanente, que a gente foi identificando profissionais com um perfil mais voltado para esse olhar de formação no seu território, tanto para os trabalhadores quanto na época já se tinha muito a questão dos estágios, só que não se tinha uma política, não se tinha diretrizes para isso, as instituições de ensino elas faziam contato direto com a unidade de saúde que elas entendiam mais receptiva ou, principalmente, a questão da localização mais central. [...] Então, começou com o NEP, depois os DDAs, que ainda se constituem, e dentro deles a CGAL [Comissões de Gestão e Acompanhamento Local] (Entrevista 06).

Ainda que de reconhecida importância para a gestão da SMS, conforme aponta o Plano Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2021b), pontua-se a

avaliação de que os Núcleos de Educação Permanente encontram atualmente fragilidades em sua execução, e que há “necessidade de avançar na sua consolidação, dado que desde a sua implementação, não se conseguiu efetivar, em todos os Núcleos, profissionais com carga horária direcionada para este trabalho” (Porto Alegre, 2025, p. 550).

Outra estrutura relatada é o Fórum de Preceptores, espaço que permitia a troca entre os profissionais que estavam recebendo os estudantes nos serviços para as práticas da IESC, que esteve ativo em momento pregresso e para o qual busca-se fortalecimento e reativação:

Uma experiência muito legal, que era o Fórum de Preceptores, e a gente chamou de Fórum Integração Ensino e Serviço. [...] Estava rolando o PET Interprofissionalidade também, e foi muito legal, porque era um espaço de reuniões mensais, em que a gente tentava reunir os trabalhadores, os professores da UFRGS e os alunos. Professores da UFRGS é o que menos tinha, tá? Pra discutir as questões do ensino de serviço, como é que tava e tal. Trabalhadores iam, e foi um espaço muito legal, porque eles realmente levavam as questões, se posicionavam, eles se sentiam bem empoderados, era muito legal. Os professores iam pouco e o recado era pra eles, assim, a falta de proximidade, de articulação com o serviço, uma série de coisas. Jogar os alunos no estágio e... (Entrevista 05);

Então, sempre se traz a necessidade desse fórum de preceptores, que seria um espaço de eles poderem estar conversando e se vendo (Entrevista 06).

Ainda que presente, no relato da Entrevista 05, um fator de fragilização do espaço do Fórum de Preceptores em momento pregresso, destaca-se que não há sinalização de evidências que justifiquem, diretamente, a atual desarticulação desta instância. No capítulo 4 serão tratados e apresentados fatores que desafiam e comprometem as instâncias de gestão como um todo no município de Porto Alegre, bem como os impactos destes fatores nas instâncias de gestão da IESC, compreendendo-se, portanto, que a fragilização das

instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre pode ser, também, motivadora da desarticulação atualmente observada do espaço do Fórum de Preceptores.

Gestão da integração ensino-serviço-comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

No presente escrito, retoma-se, é utilizado como recorte prioritário de análise o período a partir de 2011, ano em que foi instituído o Comitê Permanente de Ensino em Saúde (CPES), marco no processo de formalização da Política de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) em Porto Alegre. Contudo, mais do que a criação dessa instância, interessa compreender o conjunto de fatores, arenas decisórias e espaços institucionais nos quais a pauta da integração vinha sendo discutida e consolidada, revelando a capilaridade e a complexidade da política no município.

Este tópico apresenta uma sistematização das principais instâncias, atores sociais e elementos que atravessam a gestão da IESC, explicitando como diferentes processos contribuíram para a conformação do arranjo atual. De maneira introdutória, cabe destacar que a condução da política pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/POA) é amplamente reconhecida, tanto nos documentos analisados quanto nos relatos das pessoas entrevistadas, como um fator determinante para o fortalecimento e a institucionalização da integração ensino-serviço-comunidade.

Essa percepção é expressa de forma recorrente pelas pessoas entrevistadas, como sintetiza o relato a seguir, que reconhece na gestão municipal um agente potente e estruturante do processo:

eu acho que ela é produtiva e ela é potente: que é a relação com a gestão.[...] eu participei muito disso, dessa integração, por isso que não é só o meu tempo do COAPES, já que tu me falou da integração (Entrevista 05).

Assim, ao abordar a gestão da IESC no município, busca-se compreender não apenas os marcos formais, mas também o modo como a SMS/POA conduziu, mediou e sustentou a política, influenciando diretamente seu caráter, sua intencionalidade e a forma como se consolidou no território.

Coordenadorias de Saúde

Entre as estruturas que compõem a gestão municipal da saúde em Porto Alegre, estão as Coordenadorias de Saúde, que desempenham um papel estratégico na organização das ações e na mediação entre a política municipal e as necessidades específicas de cada território. As Coordenadorias de Saúde são instituídas/formalizadas pelo Decreto nº 13.820/2002 (Porto Alegre, 2002), juntamente às Gerências Distritais Regionais.

Um dos principais espaços de diálogo e construção coletiva no âmbito dessas coordenadorias é o Fórum de Coordenadorias, instância que funciona como espaço de acompanhamento, avaliação e orientação das ações de saúde em cada região da cidade. Nesse fórum, são debatidos temas como vigilância em saúde, indicadores epidemiológicos, metas do Previnir Brasil e estratégias de qualificação do cuidado, reunindo gestores, trabalhadores e representantes de diferentes serviços e instituições:

Esses fóruns, eles acontecem no âmbito da coordenadoria de saúde,[...] onde eles discutem toda a parte de vigilância, indicadores em saúde, [...] e eles chamam representações das equipes para essas discussões, estratégias frente a alguns indicadores e eles nos chamavam também, então a gente sempre participava de forma ativa, participa ainda, o fórum ele segue existindo. Da mesma forma, na rede de atenção psicossocial se discutia algumas estratégias, casos complexos, situações, e a gente também integrava essa rede na perspectiva de contribuir (Entrevista 04).

Essa participação permite que a política de IESC acompanhe de perto os movimentos das regiões e contribua para o planejamento territorializado, como reforça o seguinte depoimento:

São fóruns que são monitoramentos de dados da região, discussões de pautas da saúde, que a gente participa ativamente nessa contribuição, bebendo da fonte para também repensar, redirecionar os trajetos, mas também contribuindo e fazendo um olhar qualificado ali para as discussões (Entrevista 04).

Apesar dessa atuação, os relatos também evidenciam que há espaço para ampliar a presença e o aprofundamento da pauta da IESC no âmbito das coordenadorias. Um dos entrevistados sintetiza essa necessidade ao afirmar que “no que desejávamos, acredito que desejamos hoje, é ter essa proximidade nas quatro coordenadorias de Porto Alegre” (Entrevista 03).

Assim, o conjunto das falas revela tanto a relevância das coordenadorias como arenas de articulação ensino-serviço quanto o reconhecimento de que o fortalecimento dessa presença territorial permanece como desafio e potencial estratégico para a política de IESC.

Ainda assim, o Plano Municipal de Saúde (ou seja, a gestão da SMS de Porto Alegre) pontua que há, atualmente, uma “participação frágil do Conselho Municipal de Saúde (controle social) e universidades” no espaço das Coordenadorias de Saúde (Porto Alegre, 2025, p. 330), situação esta que reflete uma dicotomia entre o interesse e efetivação na presença e articulação nestes espaços de parte dos atores sociais entrevistados e a efetiva participação do conjunto de representações.

A Equipe De Desenvolvimento e a Comissão Permanente de Ensino e Serviço

Na Secretaria de Saúde está definida, conforme deliberação do gabinete da secretaria, a condução da pauta da IESC para a Equipe de Desenvolvimento

(ED), que opera como um grupo de trabalho vinculado, atualmente, à Coordenação de Gestão de Pessoas, conforme apresentado no início do presente capítulo. Inicialmente a ED tinha um propósito diferente, mais vinculado à gestão do trabalho e qualificação de trabalhadores(as), conforme denota Alice Pereira (2013) e os excertos da entrevista,

a Equipe de Desenvolvimento foi criada em 1993 e tem como foco a intervenção sobre as relações de trabalho, a profissionalização do servidor e a qualificação dos processos de trabalho através de projetos pedagógicos, atendimento funcional e gerencial (Pereira, 2013, p. 28);

a equipe de desenvolvimento ficou responsável pela gestão do trabalho e pela qualificação e desenvolvimento profissional. [...] Era voltada para as relações de trabalho. Então, a educação em saúde era voltada aos trabalhadores da saúde (Entrevista 01).

Após a observação da necessidade de regulamentação das práticas de estágio e de formalização do vínculo com as instituições de ensino na rede “a partir de 2004, as cooperações técnicas passaram a ser conveniadas com as Instituições de ensino, objetivando a construção de projetos pedagógicos para qualificação dos servidores” (Pereira, 2013, p. 28). Esta ação desenha-se como uma responsabilidade já incorporada pela ED, mas que, em 2011, fomentada pelo ocorrido na Unidade de Saúde Santa Marta e pela definição e indução do CMS sobre a necessidade de formalização e regulamentação de todas as práticas, a equipe da ED constitui-se como referência para a elaboração e parametrização dos processos:

Então, a ED começou a fazer toda essa discussão e começou a entender de estar pensando de forma mais definitiva. Se pensou desde a questão da inserção de trabalhadores novos na SMS, acolher esses trabalhadores, uma carga horária bem extensa, de como que era a SMS, a questão do SUS, o perfil de trabalhador importante e necessário para o SUS, como é que era o seu território, começou-se

a fazer trabalhos assim e também começar a chamar as instituições de ensino, pensar os termos de cooperação, os contratos de estágios, poder pensar metodologias da inserção desses alunos, poder mapear, conhecer os profissionais que tinham perfil e gostavam de receber alunos nos cenários de prática [...] Enquanto equipe de desenvolvimento, [...] sempre tentando ver a cidade como um todo, mas articulando esse todo através dos territórios. Paralelo a isso, os conselhos distritais e o municipal fazendo essas discussões e entendendo a importância de ter um conselheiro nesses espaços (Entrevista 06).

Neste ponto, reitera-se a indissociabilidade dos trabalhos da gestão e do Conselho Municipal de Saúde, tema que será abordado no próximo capítulo e que também transversaliza a construção da política no município, pois reconhece-se que os atores apresentam-se com o mesmo propósito e compromisso, qual seja, “nesse processo, nós tínhamos como diretriz, usar os mesmos, seguir os mesmos princípios do SUS” (Entrevista 01).

E é a partir da ação da equipe da ED, em resposta ao apontado pelo Conselho Municipal de Saúde quanto ao “Caso Santa Marta”, que surge a Comissão de Educação Permanente em Saúde (CPES) em 2011, formalizada pela Portaria SMS Nº 39/2011 (Porto Alegre, 2011a), após indicações e movimentações do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria SMS No 681/2009 (Porto Alegre, 2009):

nós acabamos pressionando o gabinete do Secretário para criar uma comissão para fazer a gestão dessa situação. E aí foi criado uma comissão em 2011, que com a tarefa de analisar aquela situação e propor uma posição para Secretaria, fazer um parecer para Secretaria decidir em cima de uma avaliação mais técnica. E essa comissão chega à conclusão de que não havia sentido a destinação daquele aparato para as ciências da saúde, mas mais do que isso, ela propôs para Secretaria a formação de uma comissão permanente de ensino e serviço, que acabou ficando com a sigla CPES, e com a função de pensar a partir daí, passar a pensar todas as questões referentes ao ensino e serviço com a participação da nossa área, que

era a área de desenvolvimento [ED], com a participação também das gerências distritais através da coordenação da rede e do controle social. Então, em 2011, a partir dessa situação, que foi uma crise, se forma CPES e a Secretaria começa a formular uma política estruturada de ensino e serviço[...] e a gente foi construindo essa política na prática, como? Criando normativas, estruturamos um termo de cooperação técnica com as instituições de ensino, onde previa que era a responsabilidade da instituição de ensino, e o que era a responsabilidade da Secretaria...[...] e, a partir dali, nós já avançamos na formalização dos distritos docente-assistenciais. Nós tínhamos dois, eu diria assim, pré-distritos, né, no sentido de que eles funcionavam na prática, mas não estavam formalizados. Nós formalizamos e criamos mais alguns distritos (Entrevista 01).

Denota-se, a partir da publicação da portaria de instituição da CPES, a inauguração de uma série de publicações que normatizam e parametrizam a IESC no município. Logo após sua instituição, a CPES tem na Resolução SMS Nº 1/2011 (Porto Alegre, 2011b) a primeira regulamentação sobre seu fluxo de trabalho, estimando a pactuação de Termos de Cooperação Técnica entre a gestão municipal e as instituições de ensino para a execução da Integração Ensino-serviço.

Outra importante publicação é a Resolução SMS/CPES nº 02, de 19 de outubro 2011 (Porto Alegre, 2012), que estabelece “os critérios para análise técnica dos Planos de Atividades Prática a serem desenvolvidas nos serviços de saúde da SMS pelas Instituições de Ensino”, o que pode-se visualizar como a demarcação da necessidade de corresponsabilização de todas as partes envolvidas na IESC, tanto no que tange à reordenação da formação profissional, à oferta de cursos para formação de trabalhadores(as) para o SUS, à produção de conhecimento e tecnologias para o SUS e à concepção do SUS como rede escola, princípios presentes na Política Nacional de Educação Permanente, quanto no que tange à construção da formação para o SUS a partir das necessidades reais do SUS, ampliando a discussão sobre a formação com a participação imprescindível de todos os atores envolvidos.

Considerando a constituição e atuação da CPES, esta apresenta “uma coordenação e têm um núcleo executivo. [O Conselho Municipal de Saúde] participa tanto das CPES, das plenárias, quanto desse núcleo” (Entrevista 06). Além disso,

a Comissão Permanente de Ensino e Serviço, tinha a representação das principais estruturas da Secretaria da Saúde. Então, nós tínhamos a coordenação da Rede de Atenção Primária.[...], mas era a área da Secretaria, no nível central, que coordenava todas as gerências. Nós tínhamos, então, além da coordenação da rede, nós tínhamos a assessoria de planejamento, tínhamos a equipe de desenvolvimento. [...] E a equipe de desenvolvimento era responsável pelo que nós chamávamos Secretaria Executiva da CPES (Entrevista 01).

Retoma-se que são nestes espaços, reconhecidamente representativos e coletivos, que também ocorrem as discussões sobre os Planos de Atividades Práticas apresentados pelas Instituições de Ensino para serem desenvolvidos na rede municipal de saúde, conforme orientação da Resolução SMS/CPES nº 02, sinalizando um importante marco na execução das atividades curriculares em consonância com as necessidades do território.

É notório pontuar também uma importante estratégia adotada pela CPES no sentido de fortalecer a instituição da PNEPS no município e fortalecer as instâncias, qual seja, a coordenação da CPES não ficar, inicialmente e sempre que possível, com a Equipe de Desenvolvimento, mas sim vinculada ao gabinete da secretaria de saúde e/ou à Coordenação da Rede de Atenção Primária, considerando a necessidade e princípio fundamental da descentralização e construção da IESC a partir das necessidades do território, conforme relata a pessoa entrevistada:

Então, nós [ED] éramos a Secretaria Executiva da CPES e quem coordenava a CPES na época era a coordenação da Rede de Atenção Primária. [...] no primeiro momento, quem coordenou a CPES foi a Secretária Substituta de Saúde, a gente quis dar peso para essa política, então botamos a Secretária Substituta. Num segundo momento, uns

dois anos depois, quem passou a coordenar foi a coordenação da rede, que também era, digamos assim, uma gerência logo abaixo do secretário. Então, era alguém que tinha muito peso político. E nós, na ED, nunca então assumimos, não é nunca, eu diria assim, nós até 2016 ou 2017, nós não assumimos a coordenação formal da CPES. [...] A gente coordenava operacionalmente, nós elaborávamos as políticas e fazíamos as relações, mas a gente sempre manteve, num nível maior, um nível acima da gente, a coordenação da CPES para que ela fosse uma política prioritária dentro da secretaria. [...] A partir de, eu acho, em 2017, aí sim, já a secretaria estava no processo de desmonte. Nós tivemos um desmonte mais evidente, assim, precarização de políticas, foi no governo Marchesan. Então, a partir dali, a CPES também já começou a se ressentir e o fato da Equipe de Desenvolvimento, da coordenadora da Equipe [de Desenvolvimento], assumir a coordenação da CPES, já foi sinal de que a CPES começava a perder importância dentro da política da secretaria (Entrevista 01).

Pontua-se, portanto, que é uma marca presente, quando olhamos para a história da construção da política da IESC pela gestão da SMS em Porto Alegre, a busca pela estruturação e formalização de espaços para gestão que acolham as mais diversas representações, que ocupam-se de consolidar de forma qualificada a política, elaborando também estratégias para que possam encontrar perenidade, independente das condições presentes na conjuntura ou gestão macro municipal. Ainda assim, é indispensável assinalar que a política de IESC no município encontra-se em momento de fragilização diante do processo de desmonte, marcadamente crescente após 2017, com impactos significativos à equipe da ED e CPES, conforme descreve o relato. Este processo de desmonte será tratado de forma mais estruturada e detalhada no capítulo 04 do presente trabalho.

Portanto, ainda que no processo histórico percebam-se a adoção, pela equipe da ED e da CPES, de estratégias de resistência e/ou proteção às “adversidades conjunturais”, sequer estas mostram-se como completamente suficientes em seus propósitos diante das ameaças do crescente processo

de desmonte do SUS presente em Porto Alegre. Mesmo assim, a atuação da gestão municipal não apenas garantiu coerência e continuidade às ações, mas também assumiu um papel articulador imprescindível entre os diversos sujeitos envolvidos — universidades, serviços de saúde, conselhos de controle social e demais instâncias de governança.

Distritos Docentes Assistenciais e Comissão De Gestão e Acompanhamento Local

Conforme já indicado no relato de uma das entrevistas anteriormente apresentado, a constituição do CPES, em 2011, marca o início da formalização de todos os Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) no município. Retoma-se, contudo, que essas estruturas não surgiram do zero: suas primeiras “células embrionárias” remontam a 2008, quando dois distritos sanitários foram “organizados como DDAs”, em resposta ao aumento significativo da demanda das instituições de ensino por alocação em campos de prática e inspirados na metodologia de políticas indutoras do governo federal.

Esta afirmação é corroborada por Bueno e Tschiedel (2011), que apresentam que, durante a adesão do Pró-Saúde II pela UFRGS (2008), houve já a solicitação de execução das práticas vinculadas à Instituição de Ensino em um Distrito Sanitário específico, à saber, o distrito Glória-Cruzeiro-Cristal. A UFRGS estimava, com esta proposta, “fincar raízes” no território através, também, da garantia de continuidade das ações e pactuações ao longo do tempo.

Os DDAs são gerenciados por instâncias próprias, denominadas Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL). Essas comissões, de caráter colegiado, reúnem representantes do CPES, do controle social, das gerências distritais e das instituições de ensino atuantes no território (Pereira, 2013, p. 32). Seu propósito central é promover a “integração das ações educacionais com as atividades assistenciais, buscando a sinergia das diversas

ações e a colaboração e integração entre os diferentes cursos e disciplinas das instituições de ensino” (Pereira, 2013, p. 32).

A criação dos DDAs, conforme apontam os relatos, evidencia uma estratégia voltada à articulação direta da gestão da IESC com as bases territoriais de assistência no município, os Distritos Sanitários. Essa integração é ressaltada no depoimento que descreve a organização da política desde sua estrutura local até o nível central:

Então, a gente conseguiu montar uma estrutura que tinha, digamos, na base, nos territórios, o Distrito Docente Assistencial, coordenado pela Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, e no nível municipal nós tínhamos a Comissão Permanente de Ensino e Serviço, que era um espaço onde nós formulávamos as macropolíticas com a participação do Conselho Municipal de Saúde (Entrevista 01).

A constituição dos DDAs foi uma importante estratégia de formalização dos vínculos entre a gestão municipal da saúde, controle social e as instituições de ensino. Ademais, permite o aprimoramento dos fluxos para as práticas nos serviços, que eram anteriormente articuladas de forma distinta, baseadas principalmente em relações informais e pessoais entre professores das IEs e trabalhadores da rede municipal (Bueno; Tschiedel, 2011). Conforme nos relata a entrevista,

quando a gente cria os distritos docentes-assistenciais, a ideia é reverter o que era a prática anterior, porque no passado anterior ao distrito, vinha um professor procurar fazer uma parceria com o enfermeiro que ele já conhecia, ou que ele conhecia naquele momento, eles estabeleciam uma parceria e o professor começava a encaminhar os alunos para o serviço onde tinha aquele profissional [o qual ele tinha uma relação].[...]Então, o professor, ele não tinha um vínculo institucional com serviço de saúde, ele tinha um vínculo quase que pessoal com aquele professor. E quando a gente estabelece os distritos docentes-assistenciais, a gente formaliza a relação (Entrevista 01).

Além disso, os DDAs implicam também no comprometimento das práticas com as necessidades do território no qual estão inseridas, pois a estrutura institui a continuidade da prática de uma instituição de ensino em um território por tempo indeterminado, fortalecendo imprescindivelmente as relações dos atores sociais implicados na execução da IESC e seus compromissos com os princípios da PNEPS e do SUS.

Os DDAs fortaleceram o compromisso e corresponsabilidade entre serviços e instituições formadoras, pois a lógica de permanência territorial fortaleceu vínculos e qualificou projetos e atividades, conforme exemplifica o depoimento:

espaço prioritário de vocês é Glória/Cruzeiro/Cristal, vocês vão ter sempre as atividades aqui, nós queremos que vocês passem a se responsabilizar por esse território também. E a instituição de ensino, sabendo que ela sempre ia ir para o mesmo lugar, aquele professor ia ter sempre os alunos naquele lugar, ele passava a se interessar em conhecer mais aquele território. E com isso, as atividades tinham continuidade e os projetos passavam a ter continuidade no tempo também. Porque os serviços de saúde diziam assim, olha, todo semestre vem aqui os alunos e vem fazer as mesmas perguntas, olhar as mesmas coisas e nada tem continuidade. Todos os anos vem aqui fazer o mesmo diagnóstico e só fica nisso.[...] a gente conseguiu que os projetos e as atividades tivessem continuidade no tempo e fossem se desenvolvendo. E os professores passaram a ter interesse em conhecer mais profundamente os territórios e estabelecer parcerias. As instituições de ensino, da mesma maneira, passaram a fazer investimento nos campos. Então, criar melhores condições, porque essas condições viriam a beneficiar os alunos que todo semestre viriam para aquele serviço (Entrevista 01).

A presença do controle social também foi fortalecida no âmbito territorial com a criação dos DDAs, garantindo representatividade e participação qualificada, conforme é possível perceber com o relato de que o DDA “articulava muito com o controle social do território para participar quando a gente criou os distritos docentes assistenciais que garantia assento do controle social de um conselheiro daquele distrito” (Entrevista 06).

Essa construção compartilhada gerou impactos positivos reconhecidos pelos próprios atores envolvidos, como demonstra o depoimento:

Eu, quando olho tudo que a gente já construiu aqui com o nosso distrito, de coisas legais, projetos que deram muito certo, parcerias que a gente firma para a formação e que se consolidam e que a gente vê que entrega bons profissionais, acho que é isso que fica e que a gente tem que torcer para que continue, que a gente tem esse compromisso (Entrevista 04).

Pontua-se que a previsão da distribuição pelos territórios refere-se principalmente à inserção das práticas nos serviços da Atenção Primária em Saúde, e que há a abertura à viabilização para alocação de instituições de ensino em territórios que não estão adscritos no DDA destinado para estas, conforme descrevem os relatos:

O que era territorializado era atenção primária e atenção secundária naquilo que estava já territorializado, mas aqueles serviços de referência que eram para toda a cidade, a gente fazia uma regulação também para dar espaço para todo mundo (Entrevista 01);

Ano passado, não foi a primeira vez, mas esse movimento de migrar para outros lugares começou a acontecer e hoje é realidade (Entrevista 03).

Essas negociações, que flexibilizam a lógica estrita dos DDAs, são reconhecidas como fruto de intensas tratativas entre os envolvidos, ação possível também pela presença e possibilidade constante de diálogo:

Pra quebrar o paradigma de olhar o DDA [...] é uma negociação, são tratativas, né? Que quebram essa questão territorial do DDA. Estamos conversando muito sobre isso. E no CGAL conversamos à beça (Entrevista 03).

Atualmente, conforme descrito no Plano Municipal de Saúde (PMS)

de Porto Alegre 2026-2029 (Porto Alegre, 2025), o município contabiliza 04 DDAs estruturados e ativos. Com o objetivo de pontuar resumidamente o que consta no plano sobre cada DDA, bem como a composição destes, apresentar-se-á a tabela abaixo, na qual constam a região do DDA, instituições de ensino alocadas territorialmente e alguns apontamentos presentes no PMS que relatam observações, desafios e modos de trabalho de cada instância.

Quadro 1. Informações sobre os Distritos Docentes Assistenciais no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2026-2029

Região	Instituições de Ensino	Relatos extraídos do PMS 2026-2029
Oeste	UFRGS	“Desde 2009, a UFRGS e a CS-Oeste desenvolvem projetos do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), criando redes que qualificam a formação acadêmica e fortalecem a integração, entre as quais destacam-se Observatório de Formação e Trabalho em Saúde e Laboratório de Integração (LABIN)” (Porto Alegre, 2025, p. 552)
Leste	PUC, ESP, Estácio, por vezes QI, GRAU, Atitus, Uniritter, UFRGS	“realização de fóruns mensais com ambas as instituições [PUC e ESP]” (Porto Alegre, 2025, p. 555)
Norte	UFSCPA, Atitus, Unisinos	“estruturas físicas limitadas para atender o número de profissionais, usuários e acadêmicos, dificultando a absorção de toda demanda das Instituições de Ensino do território” (Porto Alegre, 2025, p. 554)
Sul	Uniritter, H. Moinhos de Vento, Fadergs, Anhanguera Sul, Feevale. Por vezes UFRGS, UFSCPA e Atitus	“fragilização da relação das várias Instituições com os serviços, com rotatividade de professores, carga horária limitada e pouca capacidade de vínculo com o território” (Porto Alegre, 2025, p.554) “momento de fortalecimento de seu DDA” (Porto Alegre, 2025, p.554)

Fonte: Adaptado de Porto Alegre (2025, p. 552-555)

Desse modo, observa-se que os DDAs não apenas estruturam a presença das instituições de ensino nos territórios, mas também operam como dispositivos dinâmicos de negociação e pactuação, capazes de articular necessidades locais, práticas formativas e princípios do SUS, fortalecendo a política de IESC em Porto Alegre. É interessante observar que os atores estão

implicados no processo e reconhecem inclusive seus aspectos históricos e como os desafios foram sendo superados com muita negociação, diálogo e trabalho coletivo.

Quanto à execução e condução dos trabalhos nos Distritos Docente-Assistenciais (DDAs), a Secretaria Municipal de Saúde instituiu, em cada DDA, uma instância específica de gestão, as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL). Como sintetiza a Entrevista 01, trata-se da proposta de “criar nos distritos docente-assistenciais as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, como a esfera de gestão das atividades de ensino e saúde em cada um dos territórios”.

Cada DDA possui sua própria CGAL, constituída com a expectativa de participação ativa dos diferentes atores sociais envolvidos na gestão do ensino nos serviços. Os relatos das entrevistas evidenciam a diversidade e a regularidade dessa participação:

e lá fazem parte dessa reunião [da CGAL] representantes da CoorSaúde [UFRGS], representantes da Secretaria Municipal ali, da ED, da Escola de Desenvolvimento, representantes da coordenadoria [de saúde], [...] representantes das disciplinas integradoras, representantes do PET, quando tem, né, que tem tido sempre nos últimos tempos, e também deveriam ter representantes dos usuários, que por um tempo participaram mais, e nos últimos tempos, eu lembro que eu participei e não tinha, não tinham representantes (Entrevista 05);

E aí se chamava CGAL, que era uma comissão gestora local onde tinha esses componentes [dos representantes dos DDAs]. A gente sempre tentou trazer também a representação dos alunos e representação dos preceptores (Entrevista 06).

Conforme observado no relato da entrevista 05, está vigente uma dificuldade de presença das representações do Controle Social na CGAL. Entende-se como importante deixar esta observação elencada pelo relato para sinalizar que há expectativa da participação do controle social e que sua ausência é um fator de preocupação, pontuando que a temática de participação

e representação do controle social será abordada com mais atenção no capítulo 4. Ainda assim, assinala-se que, nesse movimento de fortalecimento institucional, a importância da presença de lideranças comunitárias e do controle social foi enfatizada:

[Participam] líderes da comunidade, da grande maioria, inseridos em movimentos sociais, conselheiros das instâncias de controle, que vem sem dúvida com a demanda da população, que pode ser falta de médico, falta disso, falta aquilo, enfim, esses temas que trazem um discurso das pessoas são enormes. [...] A composição do CGAL representa a exigência de pessoas de variáveis funções em locais também variáveis (Entrevista 03).

Cabe recordar que, formalmente e com a composição mais semelhante à vigente, a CGAL foi constituída após 2011, porém ela reflete muito da metodologia de trabalho adotada nas experiências prévias que já inauguravam as bases para os espaços de construção e condução da IESC, sendo que sua implantação formal contou com o acúmulo destas experiências e com atores que estavam presentes e ativos na sua construção embrionária. Conforme os relatos das entrevistas 03 e 04, destaca-se que, para os atores sociais envolvidos no processo, a adoção e consolidação destas instâncias de CGAL para a gestão das políticas nos territórios dos DDAs não foi desafiadora, ao contrário, demonstra-se como uma ação esperada e já experienciada no contexto de alguns territórios no município.

Conforme os relatos das entrevistas 02 e 05, a periodicidade média de reuniões da CGAL é mensal, ponderando-se que esta periodicidade pode variar conforme definição e conjuntura de cada grupo constituído, além de relatarem que há a cultura de organizar uma reunião de planejamento e avaliação nos momentos de início e finalização dos semestres letivos. Já a Entrevista 03 aponta, ao analisar sobre a periodicidade dos encontros da CGAL, que reconhece neste um padrão ouro estratégico para o estabelecimento de periodicidade e continuidade das discussões da IESC.

A centralidade e importância da CGAL na execução da IESC, o que será tema de reflexão mais aprofundada nos capítulos 03 e 04, é frequentemente reiterada. De maneira contundente, esta afirmação aparece invariavelmente em todos os relatos de entrevista. A Entrevista 02 é categórica ao afirmar que “a CGAL é uma reunião bastante importante, esse grupo resolve muitos problemas”. De forma semelhante, a Entrevista 04 descreve: “a CGAL [...] é um fórum que permanece e é muito ativo [...] sempre foi muito consolidada e ela se manteve ao longo do tempo. A gente sempre tinha uma relação muito próxima de articulação, acordos, avaliação”.

Quanto ao escopo dos temas e discussões que orientam e permeiam o trabalho da CGAL, observam-se que nesta instância ocorre marcadamente a discussão sobre a inserção das práticas curriculares das instituições de ensino na rede municipal de saúde (Entrevistas 02 e 03), abordando desde temáticas mais gerais até temas mais operacionais, como qualificação de campos de estágio, de preceptores(as) e questões estruturais e de logística (Entrevistas 03 e 05), configurando-se também como um espaço aberto para a discussão e acolhimento de novas ideias e de pesquisas científicas na rede municipal de saúde (Entrevista 04).

Além disso, na CGAL está presente a discussão sobre a preparação e inserção da pauta da IESC em outros espaços/fóruns de discussão que os atores sociais participam, como por exemplo a preparação para Conferências Municipais de saúde (Entrevista 02) e a participação nos Fóruns de Monitoramento das Coordenadorias de Saúde, onde avaliam-se os indicadores de Saúde, e nos Fóruns da Rede de Atenção Psicossocial (Entrevista 04). Este fato demarca, fortemente, a concepção presente da condução da IESC de forma estratégica para o fortalecimento do SUS, um dos princípios da PNEPS.

Pontua-se também que há reconhecida autonomia, na CGAL, para condução do seu trabalho, proposição de encaminhamentos e para a tomada de decisões (Entrevista 03).

Ainda que se apresente de forma extensa, cabe aqui incluir alguns excertos das entrevistas para visualizar o quanto é intrínseco e uníssono, entre

os atores sociais, o entendimento da potência desta instância a partir do olhar, até mesmo afetuosos, que estes nutrem pela CGAL, o que não é facilmente encontrado em outros escritos que versam sobre as estruturas de gestão da IESC, marcando este como um espaço perene, reconhecidamente acolhedor, de diálogo democrático, de busca de soluções conjuntas, de fortalecimento de relações, **colegiado**:

Mas reuniões [da CGAL] bastante alinhadas e de acolhimento, seja para uma nova perspectiva, seja para um projeto de pesquisa novo que a gente quer apresentar para a rede [...] A CGAL fortalece muito isso [relação entre atores], então é um espaço que eu também entendo que não pode morrer em diferentes níveis, para que a gente possa mantê-la firme para manter as discussões ativas no COAPES (Entrevista 04);

E na CGAL hoje, então, inexoravelmente, é um espaço de diálogo solidário, de busca por consensos para que os encaminhamentos ocorram. É muito importante a CGAL,[...] E a participação, falo da nossa região, é totalmente democrática (Entrevista 03);

São espaços de tensão. Mas eu acho que uma tensão, não digo controlada, mas uma tensão que é necessária, que faz parte, mas que ela nunca desarticulou. A gente acabou sempre conseguindo não de chegar a um consenso, mas construir uma possibilidade, porque o estágio tem que acontecer, a prática tem que acontecer, o serviço está lá, é o serviço que por uma organização da gestão é o serviço de referência (Entrevista 05).

Porém, assim como instalaram-se movimentos de enfraquecimento e desarticulação do CPES após 2017, como relata a entrevista 01, observa-se também estes movimentos atingindo as demais instâncias de regulação/gestão da IESC através, dentre outras questões, da redução do quadro funcional da Secretaria de Saúde e da redução do número de Gerências Distritais, que impacta na redução de trabalhadores(as) disponíveis para participação nas instâncias e, como consequência, enfraquecimento e descontinuidade das

representações dos mais diversos segmentos. Um pouco desta dinâmica e implicações são apresentadas no relato da entrevista 01:

Nós tínhamos, uma vez, oito gerências distritais. Depois, lá em, eu acho que mais ou menos, em 2020 ou 2021, foram transformadas em quatro gerências distritais. O que eles fizeram? Eles juntavam duas gerências que já estavam precárias, porque não houve reposição de pessoal, juntavam em uma. [...] Então a gente via que na CGAL [...] essa degradação institucional impactou bastante [...] não tinha mais, não existiam mais as condições institucionais para aquele desenvolvimento que a gente conseguiu fazer, que foi de 2011 até mais ou menos, 2015, 2016 (Entrevista 01).

Outra situação presente atualmente, conforme descrito pelo Plano Municipal de Saúde de 2026-2029, é que “em todos os DDAs, perdeu-se a representação do controle social, considerando sua baixa presença nas reuniões de CGAL” (Porto Alegre, 2025, p. 552), indicando que há na atualidade dificuldades de compor estas instâncias conforme preconizado, observação também denotada no relato coletado:

Alguns territórios são muito diferentes de outros na constituição da CGAL, algumas estão esvaziadas, por exemplo, essa que eu participava lá do meu território, pelo que eu sei, não tem mais nem o controle social, porque a gente tá com dificuldade de representação por parte de usuários. As pessoas têm dificuldade porque é muita demanda, nos chamam para tudo que é lado (Entrevista 06).

Conforme apresenta a pessoa entrevistada 01, houve também um impacto nas instituições de ensino durante este processo de degradação institucional, implicando na alta rotatividade das representações das IEs nos espaços das CGALs e repercutindo na dificuldade de organizar o trabalho de forma contínua. Além disso, conforme relato da entrevista 01 também ocorreu, aproximadamente em 2018, internamente à gestão municipal da saúde, a busca pela retirada de trabalhadores estatutários nos espaços de lotação relacionados

à gestão da IESC, pois há o reconhecimento de que estes que sustentam o trabalho e a experiência de gestão da política no município, que contrapunha e resistia aos movimentos da gestão, à época, de desarticulação da política e de ameaça à continuidade das instâncias.

A observação da mudança no cenário da IESC e de seus principais motivadores foi relatada por diversas entrevistas, e retoma-se que alguns elementos que analisam a situação de fragilização das instâncias e instituições, bem como os desafios presentes nas suas atuações, serão objeto de análise posteriormente, no capítulo 4. Para fins de melhor compreensão, pondera-se que no início do processo de formalização o cenário presente era bastante distinto do atual. Ainda assim as entrevistas relatam que foi a organicidade do grupo e normatização/formalização dos processos instalados que resistiram e vigoraram a construção da política frente às adversidades, sendo uma marca significativamente importante as relações estabelecidas e cultivadas, principalmente nas CGALs, como sustentadoras e motivadoras da construção da política de gestão da IESC, conforme relata a entrevista 01:

A gente, desde que a gente começou a se relacionar mais, de uma forma mais organizada com as instituições de ensino, a gente percebeu que eles eram grandes parceiros! Da mesma forma, o controle social, a gente tinha um nível de confiança na relação com o controle social, com as instituições de ensino. Por isso que a gente conseguiu manter a política durante tanto tempo, né? E, se não, não seria possível, porque a partir de 2016 já não era uma prioridade (Entrevista 01).

Assinala-se, ao apresentar o propósito e um vislumbre sobre a consolidação e os trabalhos dos Distritos Docentes Assistenciais e das Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, que estes são detentores da estrutura que direciona a condução da política da IESC até o presente momento, sendo estes reconhecidamente espaços qualificados e inspiradores. Outros pontos de análise sobre este espaço e esta instância estarão presentes ao longo

de todo o livro, pois são centrais na busca de resposta aos questionamentos que propulsionaram este estudo.

Por fim, retoma-se que a potência e o êxito da execução dos trabalhos nos DDAs, da CGAL, está transpassado pelo olhar e pela cultura do grupo marcada por características importantes como a presença dos mais diversos atores sociais e comprometimento destes com a construção da política de IESC, bem como com a inserção e participação em outras instâncias municipais, busca pelo consenso, compromisso com reuniões periódicas e sistemáticas, compromisso com a construção e qualificação do SUS e autonomia do grupo na tomada de decisões.

O Quadrilátero da Formação em Saúde na integração ensino-serviço-comunidade em Porto Alegre

Diante do exposto previamente no presente capítulo, torna-se então indispensável a reflexão e afirmação sobre a importância da relação estabelecida entre os atores sociais durante todo o processo de implantação e implementação da política de IESC em Porto Alegre. Se hoje o estabelecimento desta relação é apontado, conforme os relatos anteriores, como a principal motivação para a organicidade e fortaleza das instâncias, não há dúvidas que a consolidação do preceito de uma relação forte do quadrilátero da formação em saúde foi e é ensejada, articulada e respeitada por todos os atores.

O conceito do Quadrilátero da Formação em Saúde, que já foi brevemente apresentado no capítulo anterior, constitui um dos referenciais teórico-políticos centrais para compreender a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do SUS. O modelo afirma que a formação em saúde só se efetiva plenamente quando articula, de modo indissociável, quatro dimensões: gestão, atenção, ensino e controle social. Esses vértices, quando operam de forma integrada, possibilitam práticas formativas alinhadas às

necessidades reais dos territórios, fortalecem a atuação interprofissional e democratizam as decisões que orientam tanto o cuidado quanto os processos pedagógicos e de gestão (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Para além de disponibilizar o conceito e reflexão sobre a presença imprescindível do Quadrilátero da Formação em Saúde para a gestão efetiva da política de educação em saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) sinalizam a importância das instâncias de gestão do SUS fomentarem e apoiarem a articulação intersetorial para efetivação de espaços de planejamento, gestão e mediação.

O reconhecimento da importância da articulação intersetorial em Porto Alegre esteve e está presente na atuação e proposição de trabalhadores vinculados à gestão da secretaria de saúde e dos demais atores sociais atuantes nas instâncias de gestão da IESC, conforme apresentado no presente capítulo. Este olhar permite articular movimentos para que “as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locais regionais” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p.53) e materializa-se, então, no estabelecimento das relações tão fortalecidas nos espaços para gestão da IESC nos territórios: as CGALs.

Cabe destacar que Ricardo Burg Ceccim contribuiu significativamente em momento embrionário das instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre, seja pela articulação via Ministério da Saúde das políticas indutoras, seja pela proposição de importantes referenciais teóricos, conforme relato,

veio a época do professor Ricardo Ceccim, da Educação Permanente junto ao Ministério, a questão toda, inclusive referencial teórico dele, desde a questão do quadrilátero para a formação, então a gente sempre se debruçou muito nesse referencial desses profissionais (Entrevista 06).

Dito isto, é indispensável observar diversos paralelos possíveis entre os conceitos elaborados pelo autor e a experiência do município, e dentre eles está o conceito de Roda como “instrumento” de gestão também das ações de IESC, pois

a roda (reafirmando: articulação interinstitucional e locorregional), agora, podemos melhor colocar, não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar) (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p.57).

Pode-se inferir que esta roda, de relações comprometidas e orgânicas entre os atores, materializa-se invariavelmente na experiência de Porto Alegre, **como um paralelo de como um conceito pode virar realidade**. Estudar esta experiência apresenta formas de fazer aquilo que sabe-se que precisa ser feito e, mais que isso, de visualizar as nuances, possibilidades e realidades do processo de estruturar um conceito teórico e uma proposição de estrutura de gestão colegiada em sua prática cotidiana.

Os relatos das entrevistas apresentam um vislumbre de como se constituíram e quais os impactos de uma experiência intrinsecamente comprometida com a articulação, na roda, entre os vértices do quadrilátero em Porto Alegre. Partindo-se da afirmação de que “sempre tiveram cuidado para começar a ter pessoas que estavam muito engajadas” (Entrevista 04), observa-se, como impactos, a construção de uma governabilidade possível a partir do entendimento partilhado sobre a realidade, desafios e possibilidades, ação esta que já encontra-se inscrita nas relações (Entrevista 03). Reconhece-se também, entre as pessoas entrevistadas, o consenso de que todas as pessoas, instituições e atores sociais envolvidos no processo são de suma importância, desde a recepção dos serviços até as ações de fortalecimento e participação das e nas mais diversas instâncias (Entrevista 02).

Em suma, a avaliação sobre a relação entre os atores como existente e muito potente encontra-se presente em todas as entrevistas, denotando a coesão sobre a percepção do grupo e também a força necessária e construída diante das mais diversas adversidades, indicando que “havia, na nossa política de integração de ensino e serviço, uma vitalidade que fazia com que essa política fosse uma política de resistência à gestão municipal de saúde” (Entrevista 01).

Cabe o destaque neste momento, dentre os atores sociais do quadrilátero, para a atuação e proatividade, frente às crises e adversidades da gestão da IESC no município, do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Ainda que nos princípios do SUS exista a indissociabilidade da gestão e controle social, na prática vemos muitas nuances que tendem a enfraquecer os espaços do controle social, provocando a limitação da atuação dos atores sociais e a criação de uma cultura de não participação (Ribeiro, 2025).

Ainda assim, a ação do Controle Social no município de Porto Alegre encontra eco em um reconhecido papel do controle social, que também observa-se ocorrer à nível nacional, que é o de movimentações pela indução de políticas de transformação, que, conforme relata Ferla, “a primeira das direções de fortalecimento da mudança na formação que movimentam a ação política do CNS é a pressão pela indução de políticas de mudança” (Ferla et al., 2024, p. 20).

Em Porto Alegre, além do reconhecimento da instância do Conselho Municipal de Saúde como forte, ativa e potente, esta também inscreveu na história da IESC importantes marcas dentre estas, conforme já abordado anteriormente, a de que foi através de uma iniciativa do CMS que fomenta-se e inicia-se o movimento de formalização e regulação das ações de IESC pela gestão municipal. Conforme relato da entrevista 01, foi também através do Conselho de Saúde alicerçada a viabilidade da constituição dos espaços de gestão locais, pois o CMS teve um papel fundamental na criação dos distritos docente-assistenciais e das comissões de gestão e acompanhamento local.

Pode-se observar, pelo relato que expressa o ideário dos atores sociais envolvidos, que hoje é impossível pensar e articular a gestão da IESC de forma qualificada sem a participação ativa do CMS nas instâncias e nas discussões que permeiam a política de saúde como um todo. Além disso, entende-se que a presença do Controle Social nas instâncias de gestão fomenta discussões que, por vezes, não poderiam ser elencadas e/ou iniciadas por outros atores e segmentos:

o próprio grupo entende que o conselho tem que estar na executiva também. Isso é legal porque é um avanço. Todas as instituições de ensino sempre dizem que o conselho tem que estar, [...] então isso já é um entendimento da importância do controle social em Porto Alegre, [...] é muito respeitado e todos querem a nossa presença, porque tem algumas questões que é difícil para a instituição de ensino estar trazendo, né? Questões institucionais. [...] E tem questões que os trabalhadores e as próprias coordenadoras têm um entendimento, mas ocupam um espaço que elas não podem estar trazendo, e o conselho consegue (Entrevista 06).

Este ideário, pode-se afirmar, é o que espera-se estar presente nas instâncias de gestão do SUS comprometidas com o seu princípio constitucional de participação social. Ainda que um princípio constitucional este entendimento é de difícil presença em muitos locais, “porque geralmente se fala integração ensino e serviço, e nós, comunidade? Então, [para nós] isso já está incorporado por todos, integração ensino-serviço-comunidade” (Entrevista 06). Ou seja, percebe-se bastante calcificado a indissociabilidade entre gestão e controle social nas bases de estruturação das relações entre os atores em Porto Alegre,

e isso não é pouca coisa, sobretudo em um tempo em que produzir mudanças na formação e na atuação dos trabalhadores no cotidiano do SUS é uma prioridade e o centro da orientação programática das políticas de educação na saúde. Mais do que isso, é importante destacar, uma proposição reiterada nas últimas conferências de saúde, em diversas resoluções, recomendações e manifestações do Conselho Nacional de Saúde (Pigatto, 2024, p. 11-12).

É notório a importância de poder chegar neste ponto do livro já com subsídios que permitam a afirmação do reconhecimento da gestão da IESC em Porto Alegre comprometida e alicerçada sobre os princípios constituintes do SUS. E diz-se isso, desde já, do fruto dos apontamentos e reflexões do presente capítulo que ensinou analisar os antecedentes históricos e mapear os atores envolvidos no processo.

Neste intuito, pode-se perceber os marcadores anteriores à constituição do CPES, advindos de respostas necessárias e sabiamente articuladas às questões que surgiam nas ações de IESC que já ocorriam no município, além dos marcadores teóricos e políticas indutoras que direcionaram processos, com o pioneirismo do controle social. Após, apresentaram-se as estruturas da gestão municipal de saúde para a condução e gestão da política de IESC, bem como as decisões sobre a estrutura e instâncias de gestão que culminaram na estruturação dos Distritos Docentes Assistenciais (DDAs) e Comissões de Gestão e Acompanhamento Local (CGALs). Há de se preservar o necessário destaque ao estabelecimento, no município, de uma experiência de trabalho do quadrilátero da formação em saúde real, com relações perenes, com atuação democrática, com pessoas engajadas e comprometidas, com construção de diálogos e consensos e força para disputar processos.

Portanto, sob a perspectiva e intento de construir um relato sobre o histórico da gestão da IESC em Porto Alegre e as instâncias de gestão presentes, utilizando-se, para isto, dos mais diversos marcos históricos, teóricos, legais, estruturais e relacionais apresentados, estimou-se constituir aqui uma base, um importante alicerce que estruturará a discussão nos próximos capítulos. Diz-se isto para convidar à preservar os pontos aqui apresentados para fins de melhor compreensão desta experiência e as mais diversas nuances e vieses de análise que serão apresentados a seguir.

CAPÍTULO 3

GESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE E DO COAPES EM PORTO ALEGRE

Após a análise de importantes antecedentes históricos e estruturantes da experiência que formulou as diretrizes, a política e as instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre, conforme apresentado no capítulo anterior, busca-se apresentar no presente capítulo como está inscrita e estabelecida hoje a gestão da IESC a partir da análise dos principais elementos elencados pelas pessoas entrevistadas, observando sempre a relação intrínseca destes elementos com a metodologia de gestão adotada no município, conformada por seus antecedentes históricos e pela marca de uma organicidade das instâncias colegiadas de gestão, fruto de relações entre os atores sociais fortemente estabelecidas.

Como reflete Ferla (2024), está no âmago do SUS sua potencialidade em viabilizar instâncias participativas que se constituem como verdadeiros espaços de aprendizagem significativa, justamente por sua característica de produzir conhecimento por meio do saber-fazer em ato, pontuando que esta potencialidade é viabilizada com instâncias que consolidam seu poder, como fruto de lutas historicamente localizadas, “a partir de processos de escuta,

fala e construção, de decisão, monitoramento e fiscalização dos rumos e execução da política pública de saúde”, (Ferla et al., 2024, p. 25). Ao olhar para o processo histórico e constituinte no contexto estudado, pode-se observar que estes elementos estão presentes nas instâncias participativas que definem, desenham e executam a política no município: houve luta, diálogo, escuta, construção, monitoramento, avaliação. Desta forma, não é possível iniciar o presente capítulo sem enfatizar a organicidade presente e esperada, dado o antecedente da construção da experiência de gestão em Porto Alegre.

Esta organicidade também apresenta-se quando é possível a análise, presente nos relatos das entrevistas, na qual se observa que as relações e o diálogo preponderam às normas e regras estabelecidas e publicadas, também porque estas foram construídas de forma coletiva. A Entrevista 02 avalia como presente na condução da política em Porto Alegre, e também no município de São Leopoldo, relações muito próximas e dialógicas entre os atores, reiterado por outras pessoas entrevistadas, conforme também já apresentado no capítulo anterior.

Este poder constituído e orgânico das instâncias participativas de gestão demonstra-se como orientador das pactuações desde o princípio, demarcando um intenso compromisso das partes, como destacado pela Entrevista 05:

Eu acho que isso é uma coisa importante, a gente vem conseguindo nesse período. Não deixar a burocracia tomar conta, ou seja, o contato para ver número de estagiários, serviços, documentos, termos, isso é uma parte. Mas a gente continua precisando sentar e discutir o modelo, discutir o processo, discutir aspectos éticos, discutir aspectos pedagógicos, e isso acontece (Entrevista 05).

O COAPES como instância de articulação municipal integrada e a gestão do COAPES

Dada a contextualização que busca denotar a indissociabilidade entre o formal e o relacional, abordaremos a partir deste momento um

vislumbre sobre como está estruturada e atuando a gestão da IESC em Porto Alegre contemporaneamente.

Para tanto, retoma-se que em 2015, através da Portaria Interministerial nº 1.127/2015 (Brasil, 2015) é estabelecido o direcionamento, pelo Ministério da Saúde, para a elaboração de contratos do COAPES para a gestão da IESC nos territórios. A partir deste momento, houve o movimento da gestão municipal da saúde para a articulação do instrumento contratual que seria adotado no município com a participação de todos os atores sociais envolvidos.

É imprescindível demarcar que a construção histórica da gestão da IESC em Porto Alegre foi fundamental e precursora para a elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) no município, inscrevendo e direcionando este processo com o acúmulo político e metodológico já instalado.

É observado pelo relato de diversas entrevistas que a celebração do COAPES no município não traz à tona metodologias e estratégias novas ou diferenciadas, posto que muito do que está estabelecido como objetivo/diretriz pela Portaria nº 1.127/2015, para celebração dos contratos, já estava estruturado no município. Entretanto, como relata a Entrevista 05, o COAPES em Porto Alegre assinala a garantia de que o que está vigente estará também instrumentalmente garantido. É importante analisarmos o disposto no relato da entrevista abaixo, principalmente por este relato justificar o porquê a celebração do instrumento no município não traz grandes modificações no processo já instalado:

O grande objetivo do COAPES, nacionalmente, era fazer o que nós já tínhamos feito previamente em Porto Alegre, [...] Praticamente, no Brasil inteiro, as instituições de ensino tinham um grau de tensão muito grande, porque elas disputavam territórios e serviços, o que nós tínhamos até 2008, aqui em Porto Alegre [...] Então, eu diria assim, o principal objetivo do COAPES seria criar uma regulação que contemplasse o interesse de todos, pensando na lógica do sistema e da educação [...] o COAPES não tinha para nós esse grande

objetivo que era de criar uma regulação, porque nós já tínhamos essa regulação, e isso já estava, o que eu chamo, assim, “pacificado” entre as instituições de ensino. Cada instituição de ensino tinha o seu território, e os serviços que não eram territorializados havia uma regulação (Entrevista 01).

A pactuação do instrumento contratual do município inicia-se, conforme relato da Entrevista 06, de um movimento da Equipe de Desenvolvimento ao acionar as instituições de ensino, para apresentação da Portaria e estabelecimento conjunto da metodologia para construção do instrumento. Este relato é reiterado e complementado pela Entrevista 04, que apresenta:

Quando a equipe da ED, da SMS, começa a trazer toda a questão da construção, do regimento do COAPES, da estruturação do COAPES, ele nos chama para compor esse grupo, para dar o pontapé inicial, então foi uma construção a várias, várias mãos, com as equipes da SMS, nosso Distrito Docente Assistencial, as equipes da ED, [...] junto ali com, obviamente, as equipes de todas as universidades (Entrevista 04).

É então estabelecida uma Comissão Executiva para a gestão do contrato do COAPES em Porto Alegre. Conforme descreve a Entrevista 02, o trabalho desta comissão corresponde ao trabalho estimado, pela orientação do Ministério da Saúde, dos Comitês Gestores Locais do COAPES (Brasil, 2015). Este trabalho é executado com a participação, majoritariamente, de “atores que são do serviço, que são da docência, que são do controle social” (Entrevista 03), sendo que, conforme relata a Entrevista 06, a participação do Controle Social foi regulamentada por meio de normativa, garantindo-se a composição da Comissão Executiva do COAPES com dois assentos para o Conselho Municipal de Saúde. Ademais, conforme relata também a Entrevista 06, recorrentemente é pauta a participação na Comissão Executiva de representações de estudantes e de preceptores, porém encontra-se dificuldade na participação destas indicações ao longo dos anos.

Ainda que, dos relatos de entrevistas, observa-se que não houve mudança substancial na gestão da IESC em Porto Alegre a partir da assinatura do COAPES, é unânime o entendimento de que o estabelecimento deste contrato foi significativo, imprimindo um avanço na qualidade da IESC.

Cabendo o destaque para a atuação da equipe da Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES) e da Equipe de Desenvolvimento (ED) no papel de monitoramento e condução da política de IESC, entende-se que, principalmente, a qualificação da gestão da IESC após a assinatura do COAPES deu-se em razão da possibilidade deste instrumento de aglutinar, metodologicamente e sistematicamente, a discussão da condução da política com um olhar ampliado, considerando o território de Porto Alegre como um todo, em uma instância na qual participam todos os atores sociais:

A gente entendia, sim, que o COAPES, sem dúvida, viria dar um salto de qualidade, porque nós tínhamos a integração e ensino e serviço no território, no Distrito Docente Assistencial, a Comissão de Gestão e Acompanhamento Local, mas depois nós tínhamos uma estrutura municipal que era a CPES, que era a estrutura da Secretaria da Saúde, mas nós não tínhamos uma instância municipal com as instituições de ensino, e o COAPES, ele veio trazer a ideia, a proposta de ter essa instância municipal (Entrevista 01).

Além do estabelecimento de uma instância municipal mais abrangente e participativa para a gestão da política de IESC, os avanços conquistados com a celebração do COAPES apontados pelas entrevistas são de diversas ordens, como estabelecer com qualidade o desenho das ações de IESC no território e, no contexto de Porto Alegre, especialmente no que tange à divisão para as ações de IESC que ocorrem nos hospitais e serviços especializados (Entrevistas 02 e 05); a ampliação das discussões que passam então a considerar de forma mais contundente os desafios da implementação do SUS no município como um todo, articulando todos os territórios no direcionamento de estratégias para a superação dos desafios (Entrevista 04); até mesmo o reconhecimento

e acreditação de instituições de ensino comprometidas com os princípios do SUS e com a efetivação das políticas públicas (Entrevistas 03 e 04).

Percebe-se então que, na constituição da Comissão Executiva do COAPES, imprime-se a necessidade de orientar o trabalho deste grupo para a promoção de discussões mais profundas, com a presença de constante revisão dos princípios e diretrizes das políticas que orientam a formação em saúde, reconhecendo-se neste grupo uma instância de abrangência municipal que orienta e coordena sob um olhar mais ampliado de território. Analisando um dos exemplos de atuação da Comissão Executiva do COAPES, conforme consta a seguir, destaca-se sua capacidade de articular todo o território em situações de crises e emergências em saúde pública, corroborando com o entendimento da importância do estabelecimento de instâncias ativas, fortes, proponentes e articuladoras na gestão em saúde:

As diferenças do que é CGAL nessa integração e ensino-serviço e o que é COAPES. Isso que tu fala [discussão sobre os objetivos do COAPES/da IESC], acontece e aconteceu efetivamente no COAPES. A gente não conseguiu, como eu te falei, ampliar e que isso tivesse efetivado em nível dos CGAL, dos espaços com as universidades, mas, na Coordenação Executiva do COAPES, em que fazem parte um representante da Secretaria Municipal, representante do controle social e das quatro universidades maiores, que é a UFRGS, UFCSPA, PUC e Unisinos, isso aconteceu efetivamente, se discutiu muito (Entrevista 05);

E inclusive dentro desse contexto das emergências que a gente tem, da pandemia, precisava de uma força tarefa para a questão da vacinação. Nós organizamos aqui todo um drive de vacinação com o nosso Distrito Docente Assistencial, mas em vários momentos se precisou em outros pontos, que eram outras coordenadorias que não o nosso distrito, e aí, de forma muito organizada, por intermédio do COAPES e da secretaria, foi (Entrevista 04).

Espaços institucionais fortes: o estabelecimento de instâncias de gestão da IESC

Se é possível inferir que o estabelecimento do COAPES promove, em um curto espaço de tempo, o estabelecimento de um espaço institucional forte e ativo para a gestão da IESC articulando a totalidade dos territórios de Porto Alegre, é salutar observar que este fenômeno decorre do processo já instalado (e apontado nos antecedentes históricos) de fortalecimento de instâncias de discussão e regulação da IESC no município, tidas como estratégicas para a manutenção destes espaços com garantia de um trabalho efetivo e bem sucedido.

Foi apresentado anteriormente sobre o estabelecimento das instâncias de gestão por parte da Secretaria Municipal de Saúde que, impulsionado pelos movimentos e proposições da Equipe de Desenvolvimento (ED), organizam as instâncias de gestão em nível territorial como os Distritos Docentes Assistenciais e as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, bem como instâncias mais abrangentes, como os Núcleos de Educação Permanente e a Comissão Permanente de Ensino e Serviço.

Há de se apresentar que as instâncias de articulação e gestão da IESC também se constituíram nos espaços das instituições de ensino, seja com o estabelecimento de coordenadorias ou com a indicação de pessoas e núcleos nestas instituições que assumem a tarefa da articulação da IESC preponderantemente:

Existiu um movimento na UFRGS chamado Integralidade, que foi o movimento de professores que levou à construção da CoorSaúde, professores, principalmente da área de saúde coletiva, de vários cursos, se uniram, muito mobilizados pelos programas que estavam começando na época de fomento da formação, de organização da formação, como o pró-saúde, e eram pessoas envolvidas em discussões em nível nacional, que trouxeram para a UFRGS essa discussão, formaram o movimento de integralidade e dele surgiu a CoorSaúde. E sempre essas duas pautas, integração entre os cursos

e integração dos cursos com serviços, foi a base. E a partir daí, sempre foi construído uma ideia de diálogo, estratégias de diálogo (Entrevista 05);

Institui uma nova área na PUC [em 2020], que é a Coordenadoria de Ensino e Serviço em Saúde. Essa coordenadoria, então, ela é a responsável por fazer essa articulação com diferentes cenários de prática dos cursos da área da saúde, e aí faz essas representações na CGAL, na Constituição do COAPES e em outros fóruns que eram necessários, estruturação de programa de residência, PET Saúde, então tudo isso perpassava por esses fóruns que nós tínhamos (Entrevista 04);

Mas a minha principal função era essa, relacionamento e a discussão entre o que a universidade precisava, o que a Secretaria de Saúde ia ofertar e vice-versa, tudo isso era essa a minha função (Entrevista 02).

Também há o estabelecimento de uma instância para tratar da pauta no Conselho Municipal de Saúde, que, conforme relato da Entrevista 06, foi mobilizada e articulada contemporaneamente ao fato ocorrido na Unidade Santa Marta, que foi o estopim para a formalização da CPES (conforme apresentado anteriormente), com significativa participação de Heloisa Alencar, pesquisadora à qual o presente estudo faz deferência por ter estruturado um dos mais importantes escritos sobre a relação do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre com a construção da Política de IESC (ALENCAR, 2014). A entrevista 06 também detalha que se estabelece então, aproximadamente em 2009, uma Comissão de Educação Permanente em Saúde, que se estruturou também com o apoio da Assessoria Técnica do Centro de Educação e Assessoria Popular (CEAP) e que, atualmente estrutura-se como um Grupo de Trabalho dentro do CMS, dada a dificuldade de renovação de seus membros.

Pode-se inferir que os atores sociais presentes no processo estão profundamente implicados porque, também, estão impulsionados e alicerçados em instâncias consolidadas que, a partir do seu lugar e de sua responsabilidade, executam da política de IESC, ou seja,

deve-se considerar que as raízes do empreendimento institucional são igualmente profundas e se relacionam com um legado de discussões, de orientações técnicas e doutrinas, de conhecimentos acumulados, bem como com inovações teóricas que definem, em termos institucionais, a própria luta histórica pelo direito à saúde (NUNES et al., 2024, p. 199-200).

A reflexão proposta por Nunes et al. corrobora o relato da entrevista 05, na qual faz-se o convite para observar o quanto está inscrito nos atores entrevistados a importância de movimentos institucionais que, impulsionados pelas pautas históricas da luta pelo direito à saúde, reforçam a própria concepção do caráter de Educação Permanente em Saúde, pontuando o impacto da ausência de atores sociais importantes nas pactuações:

E eu acho que a grande estratégia maior é manter espaços institucionais, quando a gente fala em institucionais é tanto da universidade quanto do serviço, ou seja, que representantes da Secretaria de Saúde, da coordenadoria, que é o DDA da UFRGS, dos serviços estejam disponíveis, porque essa é uma questão hoje, com a lógica da produtividade e outras coisas que a terceirização trouxe, parar para uma reunião não é algo que... Tanto que um dos impactos que ocorreu, e isso a gente percebeu, nas unidades, pensando nas unidades de atenção primária, as reuniões de equipe se tornaram pontos polêmicos.[...] porque elas estão bem menores com pautas muito ligadas a outro foco. Isso se perdeu. Então a gente continua lutando para que não se perca tudo (Entrevista 05).

Percebe-se, portanto, que a estruturação dos espaços institucionais foi e é fruto de mobilização, defesa e luta dos atores envolvidos no processo de Porto Alegre, que visivelmente caminha passo a passo ao lado da luta histórica em defesa do SUS. Demarca-se, desta forma, um posicionamento de ativismo institucional que busca articular, no estabelecimento de instâncias de gestão e na mobilização para manutenção destas, a garantia de que não se retroceda e que se mantenham estes espaços de gestão qualificados para a política de IESC.

Atendimento ao disposto nos princípios/orientações contrato COAPES em Porto Alegre

O instrumento do COAPES do município de Porto Alegre, que começa a ser construído com ampla participação em 2018, é celebrado e assinado em 2019 (Porto Alegre, 2019). No instrumento, são retomados os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Portaria nº 1.127, que orienta as diretrizes e princípios para a celebração de COAPES em todo território nacional (Brasil, 2015).

Neste momento, proceder-se-á com a análise sobre a execução e consecução do atendimento ao que está previsto nos objetivos e diretrizes do instrumento contratual do COAPES de Porto Alegre sob a ótica das pessoas entrevistadas. Serão retomados, ponto por ponto, os objetivos previstos no contrato firmado entre as partes, assinalando a percepção dos atores sociais sobre a dinâmica de execução e a presença destes princípios e diretrizes nas instâncias e na construção da política no município.

Previamente a desenvolver esta análise, é importante pontuar que, de forma geral, é reconhecido entre as pessoas entrevistadas, sobre o trabalho da Comissão Executiva do COAPES, que este ocorre de forma coletiva, dialogada e retoma permanentemente o papel de articulador das práticas e da política da IESC considerando o território como um todo, conforme exemplificado no excerto abaixo:

A gente chamava todo mundo para discussões, instituições, serviços, e conseguia ampliar esse escopo, então sempre tinha uma representação, sim, das coordenadorias e uma representação das universidades, então eu vejo que ele é um fórum que se manteve e que se consegue articular (Entrevista 04).

Não obstante, também é possível inferir que o comprometimento destas representações com o trabalho que ali desempenham e com o compromisso da

construção do SUS impacta substancialmente e de forma positiva na execução do COAPES. Este ponto é assinalado para convidar ao olhar sensível aos relatos elencados pois, ao realizar a análise das entrevistas e escolha de excertos para construção da pesquisa, observou-se que o atendimento aos princípios do contrato do COAPES, tão logo os princípios da PNEPS e do SUS, para além de serem relatados como presentes e existentes pelas pessoas entrevistadas, estão inscritos em seus olhares e suas ações tanto profissionais quanto pessoais.

Participação no DDA e CGAL e a relação entre CGAL e COAPES

Inicia-se a análise a partir de um diferencial estabelecido no contrato de Porto Alegre que é o da responsabilidade mútua (SMS e Instituições de Ensino) e o dever de “participar e manter representação no Comitê Gestor Municipal do COAPES e participar do seu Distrito Docente Assistencial (DDA) e da respectiva Comissão de Gestão e Acompanhamento Local (CGAL), quando estes existirem” (Porto Alegre, 2019, cláusula 2, inciso VII), abordando também como se dá a relação entre o COAPES e os DDAs/CGALs.

Quanto à responsabilidade e dever de indicar representantes para participação tanto no COAPES quanto nos DDAs e CGALs, entende-se que este é um quesito compreendido e cumprido por todas as partes envolvidas que participam ativamente da articulação da IESC no município, ainda que se perceba a ausência de muitas instituições de ensino nestas instâncias, assunto que será posteriormente abordado de forma mais robusta. Ademais, percebe-se, conforme relato da Entrevista 02, que as representações indicadas pelas instituições para estes três espaços, por vezes, são as mesmas e são constantes, o que repercute positivamente na continuidade e perenidade da construção e das tratativas:

o CGAL é facilitador hoje para colocar em pauta o COAPES porque temos o representante da secretaria, da gestão. Por acaso, quem está lá faz essas articulações via CGAL [...] E também às vezes, por acaso, quem está na instituição de ensino também está na CGAL e no COAPES (Entrevista 03).

Às vezes, eu achava muito similar uma reunião do COAPES e da CGAL, porque, além de ter algumas pessoas que estavam em ambos espaços, as pautas eram muito parecidas. [...] Inclusive, alguns membros que eu encontrava na CGAL também estavam no COAPES, que eram os representantes da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente (Entrevista 05).

A indicação efetiva dos representantes por todas as partes envolvidas e o fato de, por vezes, os mesmos representantes ocuparem os assentos nas diferentes instâncias também colabora, conforme descrito nas entrevistas 03, 04 e 05, com o fortalecimento do papel do COAPES como articulador a nível municipal e dos DDAs e CGALs como articuladores e construtores ao nível territorial, estabelecendo uma relação forte, dialógica e consecutiva entre as instâncias e denotando marcadamente a inclinação dos trabalhos para o fortalecimento dessas instâncias.

Ademais, ao explicitar a relação percebida entre o COAPES e CGAL, em uma das entrevistas é apontada que a composição e proposta do COAPES em Porto Alegre segue muito do acúmulo e metodologia dos trabalhos das CGALs:

Acho que um ponto super importante é que o COAPES acaba sendo esse fórum amplo que abrange todas as universidades e instituições que assinaram o contrato, e que a CGAL é preservada dentro dos seus micro espaços, dentro dos distritos docentes assistenciais, com as universidades que estão dentro daquele cenário e também a coordenadoria, que tá ali no local. Então, acho que isso também é importante, são dois fóruns que são distintos, mas que eu vejo muito que o COAPES seguiu muito essa característica que já era muito salutar, né, dentro da CGAL (Entrevista 04).

Observa-se que fica também demarcada, nas entrevistas, que as atribuições, papéis e limites de cada uma das instâncias é entendida de forma muito nítida entre seus participantes/representantes, bem como é entendido, pelo relato da Entrevista 05, que “o COAPES e a CGAL são espaços importantes desta garantia [do que foi anteriormente construído]. Eu acho que talvez seja essa a grande questão”. Esta afirmação corrobora com a afirmação de que estas instâncias, fortemente estabelecidas, demarcam a acreditação da relação entre os atores e de seus compromissos devidos e assumidos na relação da IESC.

Reorientação da formação profissional

Dentre um dos princípios presentes no contrato, está a necessidade de reorientação da formação profissional para o SUS e a reordenação da oferta de cursos na área da saúde. Este princípio marca uma necessidade latente no município, que foi mobilizadora de movimentos desde muito antes das primeiras normatizações sobre a IESC:

O que a gente tinha claro é que a formação em saúde era estratégica para continuidade e para o desenvolvimento do SUS, e que essa formação em saúde precisava ser feita dentro da própria rede. Então, foi esse o entendimento, a gente tinha uma rede assistencial, ela começou a ser pressionada por demandas das instituições de ensino, e nós, a partir de determinado momento, a gente começou a sentir que a rede precisava se organizar para cumprir essa função, já que nós nos ressentíamos há muito tempo de profissionais que não eram formados para o SUS. A gente tinha muito claro o diagnóstico de que a formação em saúde não era voltada para a saúde coletiva.[...] Então foi essa ideia, e de que essa rede assistencial, então ela tinha que se transformar nessa rede-escola, tinha que transformar em uma rede que acolhesse os alunos, as atividades de ensino, e que direcionasse a formação para o atendimento das suas necessidades. Inclusive, a gente pressionava muito as instituições de ensino, durante todo esse tempo pressionou, para que as instituições de ensino produzissem conhecimentos para a saúde (Entrevista 01).

E pode-se perceber, nos trabalhos do COAPES e das demais instâncias municipais, que é acolhido o princípio de reorientação da formação profissional para o SUS, bem como que este princípio é constantemente retomado e tema de discussão entre os representantes. A própria implicação do grupo com a inserção de estudantes nas práticas do SUS e qualificação da rede para estruturar-se como uma rede-escola já é um importante marcador. E, retomando o convite feito anteriormente, qual seja, de observar o olhar que atravessa a ação e atuação técnico-política de cada representante presente nas instâncias, apresentam-se como muito importantes as reflexões e afirmações presentes nos excertos:

Eu, quando olho tudo que a gente já construiu aqui com o nosso distrito, e coisas legais, projetos que deram muito certo, parcerias que a gente firma para a formação e que se consolidam e que a gente vê que entrega bons profissionais, acho que é isso que fica e que a gente tem que torcer para que continue, que a gente tem esse compromisso (Entrevista 04);

Acho que a gente tem uma boa caminhada, acho que as preocupações são sempre manter espaços de atendimento em saúde, de formação qualificados, e que a gente possa [...] garantir a formação dos nossos profissionais com esse olhar para o sistema de saúde, que é importante, mesmo com todos os seus desafios e perspectivas (Entrevista 04);

[sobre qual dos atores você considera mais importante] Então, é a formação! se tivesse que priorizar, é a formação, as políticas intersetoriais de forma concreta e o controle social para estar vendo tudo isso e participando (Entrevista 06);

Necessidade, para estar pensando o que o SUS traz ali, através das leis, a formação para o SUS, tanto profissionais ingressando na SMS, profissionais vindo da graduação, também a importância lá na formação dentro da instituição de ensino (Entrevista 06);

Quando os NASFs foram extintos, nós tivemos uma queda na qualidade da formação em atenção primária. Nós não tínhamos

mais campo para levar, várias formações deixaram de se encontrar no território (Entrevista 01);

[os profissionais de saúde] estão todos preparados, prontos no serviço, então todos fazem a supervisão, todos ajudam os nossos estudantes, se preocupam com a formação (Entrevista 02).

Para além de relatos sobre como é consolidado o princípio da reorientação profissional e a preocupação com os limites na consolidação deste, pode-se fazer a leitura sobre o olhar que as pessoas representantes têm sobre a construção da política de forma indissociada do compromisso com o fortalecimento do SUS, assinalando a centralidade da qualificação de profissionais que irão atuar e consolidar o Sistema.

Qualificação dos profissionais

Outro princípio presente no contrato é o da qualificação dos profissionais que atuam no SUS. Conforme já relatado no capítulo 2, uma das ações de qualificação ofertada aos trabalhadores(as) da rede municipal é a formação em preceptoria, ação esta que vem encontrando dificuldades no contexto da alta rotatividade das equipes, mais substancialmente presente na Atenção primária em Saúde, conforme apontam as Entrevistas 01 e 06.

Para fins de situar a discussão, destacando que este tema será abordado com maior profundidade ao final deste capítulo e no capítulo 4, pontua-se que a alta rotatividade pode ser entendida como ocasionada por um cenário presente nacionalmente, e também no contexto de Porto Alegre, que é o da terceirização na saúde, considerando que “uma característica essencial dos vínculos terceirizados, de maneira geral, entre profissionais de saúde refere-se à alta rotatividade entre os profissionais contratados” (Sodré, 2025, p. 10). Diz-se desta forma para assinalar que esta é uma consequência

não da construção e execução da política de IESC no município, mas sim da conjuntura no qual o SUS está posto.

Dentre muitas consequências inerentes da alta rotatividade de profissionais, uma consequência importante é a dificuldade de qualificar a rede de saúde, inviabilizando também a formação dos trabalhadores como preceptores que fomentarão e desenvolverão, em grande medida, o reordenamento da formação profissional, desde o recebimento de estudantes nos cenários de prática no SUS. Quando menciona sobre a alta rotatividade, uma das pessoas entrevistadas pontua que esta implica na permanência de preceptores(as), com qualificação para atuação nesta atribuição, nos campos de prática quando relata que este “é um nó crítico: formação dos preceptores. E essa é a grande queixa. E o COAPES está ali, potencializando esse tema. Nós já fizemos pelo menos uns três anos, formação de preceptores com efeito super bacana” (Entrevista 03).

É importante sinalizar que se não há no campo de atuação no SUS trabalhadores(as) qualificados para receber as práticas de integração, têm-se como consequência indubitavelmente a fragilização do SUS como importante ator na consolidação do princípio de reorientação da formação profissional.

Para além da qualificação de preceptores, observa-se o comprometimento das partes com o propósito de qualificar os profissionais do SUS através dos relatos das entrevistas 02 e 05, que pontuam a oferta, para os profissionais da rede, de cursos de curta duração e de outras ações de educação permanente em saúde, bem como a retomada e pactuação constante da elaboração destas ofertas educacionais nas reuniões da Comissão Executiva do COAPES (Entrevista 06). Entende-se que estes cursos de curta duração mencionados referem-se à cursos que ofertam tópicos de atualização e qualificação profissional no que tange à assistência à(ao) usuária(o) do SUS, conhecidos comumente como “cursos de atualização técnica”. Porém, não houve o questionamento mais aprofundado, na coleta das entrevistas, sobre os conteúdos, frequência, objetivos e demais características destes cursos.

Reconhece-se, portanto, a existência de ações e ofertas sistemáticas entre os atores sociais envolvidos no COAPES de Porto Alegre para a qualificação de trabalhadores(as) que atuam na rede municipal de saúde, ainda que estas ações enfrentem resistências e dificuldades inerentes à conjuntura do SUS no município.

Produção de conhecimento e tecnologia para o SUS

O princípio da produção de conhecimento e tecnologia para o SUS está presente na PNEPS, bem como encontra-se como um objetivo do contrato COAPES à nível nacional e, também, no COAPES de Porto Alegre. Quanto à este princípio, observa-se o cumprimento e comprometimento com este, conforme já relatado no capítulo anterior (ao apresentar sobre o histórico das instâncias de gestão da IESC), em ações presentes e inerentes às pessoas que participam das instâncias de gestão, como a participação nos fóruns das Coordenadorias de Saúde, a partir das quais as representações de ensino mobilizam-se à produção de práticas curriculares em consonância e em resposta às necessidades ali elencadas, propostas pela rede municipal de saúde, bem como no movimento no qual as representações levam para discussão em reuniões da CGAL e COAPES os projetos e demais ações que serão desenvolvidos pelas IEs, para construção conjunta e comprometida com o olhar atento às demandas dos territórios de saúde.

Ademais,

nós criamos um conselho, um comitê de ética na Secretaria da Saúde, e muitas vezes era questionado pelas instituições de ensino “nós já passamos o projeto no comitê de ética da UFRGS e da PUC, por que tem que passar pelo comitê de ética da Secretaria da Saúde?”. A gente dizia, bom, quem pensa a partir do ponto de vista do direito dos usuários somos nós, nós somos responsáveis por toda a pesquisa desenvolvida na rede, então a gente quer conhecer as pesquisas,

mas quer também pressionar para que essas pesquisas atendam as necessidades da rede, as necessidades do SUS (Entrevista 01).

Pontua-se como estratégico o movimento da Secretaria de Saúde na criação de um Comitê de Ética em Pesquisa próprio da Secretaria, no qual a análise dos projetos a serem desenvolvidos é transversalizada pelo olhar a partir da realidade da gestão e da assistência, o que corrobora fortemente para o atendimento a ao princípio de produção de conhecimento e tecnologia para o SUS. Portanto, percebe-se que a institucionalização presente no município, seja pelo CEP-SMS, seja pela discussão presente nas instâncias de gestão da IESC sobre as ações e práticas das IEs que ocorrerão nos territórios, convoca reiteradamente à práticas curriculares alinhadas às demandas sociais e territoriais no município.

Aperfeiçoamento das estruturas dos serviços de saúde

Com relação ao atendimento aos princípios e orientações do COAPES de Porto Alegre, em última análise, pontua-se sobre o princípio de aperfeiçoamento das estruturas dos serviços de saúde. Quando questionadas sobre este princípio, a maioria das pessoas entrevistadas relaciona a destinação das contrapartidas não pecuniárias, previstas no contrato COAPES, como o atendimento deste princípio, pontuando também que nem todas as contrapartidas são destinadas à este fim.

Cabe aqui um recorte para retomar que a provisão de contrapartidas está estabelecida na Portaria nº 1.127/2015 do Ministério da Saúde, e que o município de Porto Alegre adota a estimativa de contrapartidas não pecuniárias, formalizada e parametrizada pela publicação da Instrução Normativa nº 02/2020 (Porto Alegre, 2020).

Ademais, cabe destacar, conforme relatado pela Entrevista 05, que há diferenciação no estabelecimento do que será objeto de contrapartida

para instituições de ensino públicas e privadas e que esta diferenciação, por vezes, torna-se objeto de tensão. Considerando que as instituições públicas não conseguem ofertar como objeto de contrapartida questões estruturais ou que impliquem o dispêndio de recursos financeiros, estas ofertam ações utilizando-se, principalmente, de seus recursos humanos (professores e demais técnicos), por exemplo, com a realização de ações de qualificação e de educação permanente para a rede municipal. Ainda, conforme relato da Entrevista 05, as solicitações de contrapartida para as instituições privadas de ensino versam, por vezes, sobre a oferta de reformas, construções estruturais, equipamentos e outras, que impactam, de parte destas, em destinar recursos financeiros para a rede de saúde do município.

Ainda assim, observa-se que os trabalhos do COAPES e das Instituições de Ensino executam o aperfeiçoamento das estruturas dos serviços de saúde, conforme expresso nos relatos:

Então, nós temos um percentual com a assinatura do COAPES, faz com que a gente assine também o comprometimento dessa contrapartida. Então, a gente devolve coisas pro município. [...] é uma forma de nós pagarmos, né, em gastos, mas devolvermos o serviço que é prestado também por receber os nossos estudantes no campo (Entrevista 02);

Com a Secretaria, hoje, a gente tem isso tudo muito alinhado, a gente tem um acordo de cooperação, a gente trabalha com contrapartidas não pecuniárias para eles, a gente não paga diretamente, mas a gente ajuda a qualificar os serviços (Entrevista 04).

Por fim, cabe pontuar que não foi possível coletar dos relatos das entrevistas apontamentos sobre o princípio da reordenação da oferta dos cursos. Ainda que pontualmente instigado, não houve elucidação sobre a presença ou não de ações e/ou discussões que versem sobre este tema, o que não nos permite inferir que este não é um ponto de inflexão do trabalho do grupo.

Diante do exposto sobre a análise do comprometimento dos trabalhos do COAPES de Porto Alegre ao atendimento do que está disposto no seu instrumento contratual, é possível inferir que, a partir das entrevistas, observa-se não só o ensejo e retomada destes princípios, mas principalmente o compromisso com estes e o olhar permanentemente transpassado para elaborar a consolidação destes no cotidiano das ações de gestão da IESC.

Sobre o êxito da experiência em Porto Alegre

Quando da elaboração do estudo que estruturou o presente livro, estabeleceu-se como necessário elencar as estratégias que denotam o reconhecido êxito da experiência do COAPES e, tão logo, da gestão da IESC em Porto Alegre (Neves et al., 2020). Neste tópico, no intuito de apresentar discussões possíveis para atender à demanda supracitada, será abordado, principalmente, sobre a percepção das pessoas entrevistadas sobre o êxito da experiência de Porto Alegre na gestão da política de IESC.

Pontua-se que a escolha da palavra “êxito” é inscrita tanto pela cultura presente no Sistema Único de Saúde de elaboração e apresentação de estratégias ou “experiências exitosas”, que propulsionam e estimulam a gestão do SUS na busca de sua qualificação, quanto pela demarcação temporal do prêmio recebido em 2018 pela gestão municipal da IESC em estratégia promovida pelo Ministério da Saúde, marco de reconhecimento dos antecedentes históricos e da metodologia adotada no município e de inspiração para a elaboração de alguns parâmetros adotados nacionalmente.

Cabe aqui retomar, conforme apresentado na apresentação deste livro, que no ano de 2018 “a experiência de Porto Alegre foi selecionada como uma das quinze experiências exitosas do país pelo Laboratório de Inovação em Educação na Saúde do Ministério da Saúde” (Neves et al., 2020, p. 134), marco este que auxiliou também no reconhecimento e manutenção das instâncias de

gestão da IESC em Porto Alegre por parte do gabinete da Secretaria de Saúde em momentos de desarticulação/desmante, conforme relato da Entrevista 01.

A aproximação do Ministério da Saúde com o município para conhecer a experiência da gestão da IESC vem de longa data, e seu êxito é reconhecido para além da destinação do prêmio, conforme os relatos:

O Ministério vinha e queria ouvir a nossa experiência. Depois, ele colocava algumas normativas para o Brasil todo baseado na nossa experiência. E um dos diferenciais era a participação do controle social, eles sempre falaram isso: ‘olha, em Porto Alegre, em todos os projetos está lá o controle social no planejamento, na execução e na avaliação’ (Entrevista 06);

Por isso que o Ministério sempre esteve muito próximo da gente, porque a gente sempre conseguiu transformar em normativas (Entrevista 06);

Nós ganhamos um prêmio nacional, teve um concurso nacional de experiências inovadoras [em educação em saúde] e a gente ganhou (Entrevista 01);

Aqui na cidade de Porto Alegre, não tenho dúvida, é uma experiência muito exitosa (Entrevista 03).

Pode-se inferir, considerando o relato das entrevistas, que um dos motivos para a aproximação do Ministério da Saúde do município para conhecimento da experiência dá-se em razão do pioneirismo de Porto Alegre na elaboração e adoção de algumas metodologias e instâncias de regulação e gestão da IESC com ampla participação e comprometimento dos atores sociais, conforme corroboram os relatos:

Em 2014, eu e a [...], que trabalhávamos com integração ensino e serviço, fomos convidados pelo Ministério para falar num seminário que o Ministério estava realizando em Brasília, a CGTES estava buscando pensar, digamos, o embrião do COAPES. Então, eles nos convidaram, a gente participou o dia inteiro lá, trabalhando com eles, apresentando

como é que funcionava o nosso sistema e ele acabou servindo como um parâmetro para a estruturação do COAPES. A ideia de ter sempre comitê gestores, ter a participação do controle social, todas essas ideias que a gente estava aplicando aqui, a gente vê elas dentro do COAPES, na estrutura que foi pensada [...](Entrevista 01).

Se forma a CPES e a Secretaria passa a ter uma política estruturada de ensino e serviço, e durante um tempo, inclusive, foi uma política considerada uma política modelo, porque nenhuma outra cidade importante no país tinha uma política estruturada, e a gente foi construindo essa política na prática (Entrevista 01).

Quando questionadas sobre o que apontam como definidor do êxito no município de Porto Alegre, as pessoas entrevistadas relatam em incontáveis e diversos momentos, sobre engajamento, construção coletiva, formalização, autonomia do trabalho das instâncias, perenidade e sistematicidade das discussões da IESC alinhadas com os princípios do SUS.

Esta percepção ecoa com o postulado por Nunes et al. (2024), quando afirma que

é preciso considerar grupos e instituições comprometidos com a construção do SUS para que o êxito das ações, programas e políticas seja palpável e sustentável. O poder de mobilização social e política, recentemente sob xeque, precisa ser retomado na forma de vigorosas redes colaborativas estruturadas; nas instâncias de controle social do SUS; nas entidades vinculadas à Reforma Sanitária Brasileira; nas instituições de ensino e serviço; em práticas educativas que necessariamente precisam ser mais dialógicas, motivacionais e incluídas na relação com as trabalhadoras e os trabalhadores, verdadeiros construtores e operadores cotidianos do sistema de saúde (Nunes et al., 2024, p. 191).

Mais especificamente, encontra-se nos relatos das entrevistas 03 e 04 o apontamento de que a experiência exitosa é devido ao trabalho em grupo, de forma colegiada, colaborativa, com capacidade para tomada de

decisões, criação conjunta e produção de encaminhamentos, perpassado permanentemente pela preocupação e compromisso com a qualificação da rede de saúde, com a formação profissional voltada para o SUS e com a oferta do cuidado e assistência adequados pelo SUS. Para além destes pontos, a Entrevista 02 aponta como importante as definições institucionais e as instâncias “bem desenhadas” e ativas, o que encontra ressonância ao analisar a Entrevista 04, quanto aponta como preocupação “que a gente contratualize, que esses espaços sejam perenes e que a gente consiga garantir essa interação, consiga garantir a formação dos nossos profissionais com esse olhar para o sistema único de saúde” (Entrevista 04).

Problemas/conflitos na gestão da integração ensino-serviço-comunidade e do COAPES

Outra análise também proposta pelo presente estudo foi a de identificar problemas, conflitos e ameaças no processo de gestão da IESC no município. Neste capítulo, não há o desejo de concatenar todos os óbices deste processo, até porque estes foram, são e serão apresentados conforme os componentes históricos e conjunturais que atravessam cada um dos momentos, dos atores, das instituições. Contudo, ao analisar as entrevistas coletadas, pretende-se elencar e situar as principais dificuldades relatadas no processo, pontuando que este tema será posteriormente aprofundado no capítulo 4.

Dentre as principais dificuldades relatadas, podendo-se apontar como a principal, consta a preocupação com as consequências do desmonte e precarização do SUS. Esta preocupação corrobora o exposto por Nunes et al. (2024), quando, ao analisar sobre os desafios para implementação efetiva da Educação permanente em Saúde, pontua que “a terceirização e precarização do trabalho colocam-se como problemáticas de grande preocupação” (Nunes et al., 2024, p. 195). Este apontamento foi endossado pela Entrevista 01, quando

expõe que “eu acho que o maior problema é a degradação do funcionamento do SUS”, complementando com a afirmação de que

o grande problema é o desmonte do SUS, do SUS como um todo e da Secretaria Municipal da Saúde. Isso aí vai levar à asfixia da integração ensino e serviço. Como no exemplo que te dei: quando os NASFs foram extintos, nós tivemos uma queda na qualidade da formação em atenção primária. Nós não tínhamos mais campo para levar, várias formações deixaram de se encontrar no território. Os projetos passaram a ficar só concentrados em enfermagem, medicina, um pouquinho na área da odonto. Então, isso gerou um impacto enorme (Entrevista 01).

O desmonte do Sistema Único de Saúde traz como consequência diversos entraves e dificuldades no processo da IESC e para o SUS como um todo: desde a piora no quadro geral de tratamentos em saúde de uma população (Goodair; Reeves, 2024), alta rotatividade e piora na vinculação com usuários e com o território (Sodré, 2025), piora nas condições de trabalho (Nunes et al., 2024) com impacto direto na possibilidade de executar ações de educação pelo trabalho e dificuldade de incorporação de práticas educativas com participação social ativa que possibilitem estratégias de formação de trabalhadores de saúde (Silva et al., 2020).

Pensando no âmbito da gestão da saúde municipal e da gestão das instituições de ensino, estas consequências suscitam situações como a degradação e fragilização das instituições, conflitos de interesse entre gestão e trabalhadores(as), precarização de vínculos trabalhistas, alta rotatividade de trabalhadores(as) e dificuldades de construção do trabalho no SUS diante dos novos modelos de financiamento, com foco maior nas metas quantitativas estabelecidas (Entrevistas 01, 02, 03 e 05), que impactam sobremaneira nas ações de IESC, conforme exposto nos relatos:

Nós tivemos um problema seríssimo quando a atenção primária foi terceirizada, por quê? A gente buscava qualificar a preceptoría,

o acompanhamento dos alunos, e a todo momento os profissionais passaram a ter uma rotatividade de pessoal impossível, então a gente acabava consumindo, às vezes, mais energia formalizando a troca de preceptores, fazendo novos termos de compromisso, do que formando os preceptores (Entrevista 01);

Quando tinha um trabalhador estatutário, ele acompanhava uma disciplina, um aluno, um estágio durante todo o período. Hoje, num semestre, mudam os trabalhadores porque tem rotatividade. Talvez esse seja o grande ponto, se tem rotatividade, obviamente, não tem satisfação dos trabalhadores (Entrevista 05).

Pontua-se aqui também a consequência de dificuldade de mobilização e articulação entre os atores sociais (Entrevistas 01 e 03) e preocupações de que pessoas que estão implicadas e articuladas com a pauta da IESC no município sejam substituídas ou retiradas (Entrevista 04), dificuldade esta que pode se transformar em importante ameaça ao comprometimento, à construção e à metodologia presente na gestão da IESC visto que, até mesmo na análise dos antecedentes históricos, muito do que foi conquistado e pactuado dependeu fortemente do engajamento e resistência dos atores sociais envolvidos no processo:

Acho que o que funciona, eu diria, fundamentalmente por esse sobreesforço dos profissionais, porque as instituições, elas estão cada vez menos comprometidas, tanto com SUS, quanto com o ensino de qualidade, dá para ver. [...] Eu ainda acredito que se o COAPES ainda existe, e o comitê gestor funciona, é pelo envolvimento dos profissionais e dos professores, porque as instituições, a Secretaria da Saúde lá, o gabinete secretário, se o COAPES deixar de existir, eles não vão se importar (Entrevista 01).

Por vezes é suscitado como dicotômico, pelas gestões da saúde no município, a mobilização da força de trabalho do SUS para a oferta de ações e serviços assistenciais à população e a oferta, desta mesma força de trabalho, para as ações de educação em saúde e orientação da formação profissional para o SUS, conforme exemplificado no relato a seguir:

Ficava muito claro quando eu estava trabalhando, eu ia falar com algum gestor sobre, por exemplo, a necessidade de qualificar o campo de estágio, as atividades de ensino, e o gestor lá no território, na ponta, dizia para mim “eu não estou conseguindo fazer o número de exames de coleta de CP, que é fundamental, e eu sei que tem pessoas aqui correndo risco de vida por causa disso. Vem me trazer agora o problema dos alunos que não estão conseguindo ser bem atendidos, que não estão conseguindo fazer o básico” (Entrevista 01).

Porém, os achados na literatura e a própria orientação da PNEPS pontuam que há fortalecimento das ações de assistência e cuidado quando, junto à estas, incorporam-se as ações de educação em saúde, ou seja, “disponibilizar-se a incorporar nos fazeres cotidianos a ação de aprender e ensinar é uma inovação necessária aos processos de trabalho e, portanto, aos agentes do trabalho na saúde” (Ferla et al., 2024, p. 22-23).

Portanto, a despeito do que por vezes pode ser apontado por gestores como sendo prejudicial à assistência em saúde, as ações de educação em saúde, especialmente da IESC na rede municipal de saúde, devem ser entendidas como muito benéficas e, primordialmente, uma diretriz do SUS. Percebe-se também que, quando ocorre o contrário, quando as ações assistenciais encontram-se prejudicadas por fatores diversos, aí sim encontra-se o impacto negativo nas ações educação e formação em saúde, ou seja, “quando o serviço de saúde começa a se degradar no campo assistencial, isso impacta diretamente no ensino” (Entrevista 01).

Pontua-se que dificuldades com relação às consequências da fragilização institucional e da precarização dos vínculos trabalhistas também foram apontadas no âmbito das instituições de ensino, com impacto significativo na alta rotatividade de professores(as) e outros(as) trabalhadores(as), principalmente das instituições privadas (Entrevista 01), o que compromete a continuidade e qualidade do trabalho das instâncias de gestão da IESC.

Outra dificuldade constantemente relatada foi a da alocação das práticas de IESC nos serviços da rede municipal. No relato das entrevistas

pode-se observar estar atrelada ao aumento da demanda de IESC com o aumento da demanda por alocação, principalmente por parte de instituições de ensino privadas, e redução das equipes e dos serviços do SUS, conforme exemplificado nos relatos abaixo:

As dificuldades que a gente encontra às vezes são dificuldades de a gente precisar de alguma vaga que não tem ou que essa unidade não consegue nos oferecer (Entrevista 02);

Eu diria que a prontidão logística estrutural acontece, pode não acontecer maravilhosamente bem, mas acontece na instituição formadora, mas os serviços, não, carece. [...] Mas e a E-MULTI? O NASF fazia isso muito bem. Cadê o matriciamento? [...] O grande nó na integração: locação de estágios (Entrevista 03);

A questão dos cenários de prática, como eu falei lá no início, muita instituição de ensino, a gente não consegue dar conta, o nosso povo que a gente acolhe é Porto Alegre, tem muito na região metropolitana, instituições de ensino, a gente tenta direcionar, conversar e discutir de que eles têm que buscar o seu território, o seu município, a sua prefeitura. Mas Porto Alegre, como é capital, tem alguns serviços que não tem nesses municípios. Então, como que a gente faz essa discussão e como a gente acolhe essas demandas? São desafios que a gente tem enquanto COAPES e CPES (Entrevista 06).

De forma bastante contundente e presente no relato da totalidade das pessoas entrevistadas, denota-se também como um problema a sobrecarga de trabalho e de demandas acumuladas tanto por parte de trabalhadores(as) da gestão e dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde (Entrevistas 02, 03, 05 e 06), quanto por parte do Conselho Municipal de Saúde (Entrevista 06) e também por parte das Instituições de Ensino (Entrevistas 02 e 05).

Aqui elencam-se alguns excertos que pontuam, na avaliação dos atores sociais entrevistados, que a sobrecarga inviabiliza, dentre outras questões, a execução do trabalho das instâncias de gestão da IESC em sua plenitude e potência:

Nós poderíamos fazer muito mais, só que todo mundo sempre super carregado e esse avanço que nós temos hoje da tecnologia faz com que mais a gente se sobrecarregue, mais a tenhamos coisas e menos tempo, enfim. Então a gente faz conforme a gente vai conseguindo andar e as necessidades que nós temos, tanto das instituições, mas principalmente dos municípios para dar conta. [...] Do grupo COAPES mesmo, a dificuldade é tempo. Então a gente tem pouco tempo para se dedicar, com a reunião de COAPES, com as ações de COAPES. Então se nós tivéssemos um pouquinho mais de tempo, a gente poderia fazer mais ações, pensar com mais calma, mas isso é uma coisa que não adianta, não tem como planejar, que não vai melhorar. A gente tem que se dedicar conforme a gente consegue (Entrevista 02);

Então, a ED, Equipe de Desenvolvimento, nós já tivemos lá uns dez técnicos. Hoje, eu acho que tem três, não tem como dar conta. Então, eles têm que priorizar algumas coisas (Entrevista 06).

Estima-se, portanto, que os principais óbices à gestão da IESC em Porto Alegre são consequências dos processos de desmonte e precarização do SUS, terceirização e fragilização dos vínculos de trabalho nas instituições, tanto do SUS como de ensino, o que provoca, sobremaneira, a dificuldade de participação efetiva nas instâncias de gestão, sobrecarga de trabalhadores e falta de previsão e priorização, nas rotinas de trabalho, às ações necessárias para a consecução comprometida da IESC, comprometendo a dedicação das representações nas instâncias e a manutenção de espaços amplos de diálogo e construção.

Como solucionar e gerenciar os problemas/conflitos

Diante das dificuldades, ameaças, problemas e conflitos relatados pelas pessoas entrevistadas, ensejou-se o questionamento de quais estratégias estas visualizam que precisam ser adotadas para resolução e/ou para o fortalecimento dos espaços de gestão da IESC. Dentre os relatos, pontua-se

o destaque para uma reflexão apresentada por uma das pessoas entrevistadas, que sinaliza a tentativa de construir a análise do cenário de dificuldades de forma otimista, lembrando que, como todo processo histórico, sempre estão presentes momentos de fluxo e refluxo:

Olha, eu sou uma otimista, tá? Porque se eu não fosse otimista, eu não estaria mais aqui. Eu já vi coisas que a gente conseguiu avançar muito, já vi muitos retrocessos, mas eu acho que a gente não pode desistir. **Eu sou daquele verbo esperar** (Entrevista 06).

Quanto às estratégias para gestão das dificuldades, ameaças e conflitos, elencam-se como principais o fortalecimento e manutenção dos espaços e instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre, qualificando a participação social e engajamento dos atores sociais nestes, bem como a formalização das relações e fluxos da gestão da IESC. Destaca-se neste ponto a análise de que o processo histórico e a compreensão do contexto estão tão intrínsecas, entre os atores sociais envolvidos, que há quase uma unanimidade na aposta de que a gestão da política da IESC acontece de forma exitosa e seguirá acontecendo se investido e mantida a experiência de Porto Alegre em instâncias fortes e dialógicas, em relações potentes e orgânicas, na continuidade do trabalho que está sendo realizado. Avalia-se que cabe elencar os excertos das entrevistas, ainda que de forma longa, para evidenciar o quanto há coesão do grupo na leitura de sua realidade e de seu contexto:

É preciso incentivar cada vez mais as pessoas a participarem, a tentar se organizar para que a gente possa não deixar as reuniões, a Comissão Executiva, as questões da Comissão Executiva decaírem. [...] Que a gente se esforce como Comissão Executiva, para manter o grupo ativo, e pensar sempre nessas questões que são necessidade de ambos [...] tentar atender a todos os objetivos que estão descritos lá [no instrumento do COAPES de Porto Alegre], que a gente já está encaminhando, mas quando a gente terminar, a gente vai ter que começar tudo de novo (Entrevista 02);

Mas quando se trata de políticas públicas, quando se trata de investimento, porque precisa de grana também, não é por amor [...] Mas o espaço está conquistado e é isso, temos que ter ferramentas para dar sustentabilidade. [...] Então, informação, acesso, engajamento, é isso que quebrou essa estrutura de conceber formação e educação (Entrevista 03);

Então acho que tem que ter, obviamente, os atos normativos, tem que manter o termo de cooperação regularizado, atualizado, mas acho que para ter sucesso, essa interface, essa relação entre a instituição e a secretaria, ela precisa acontecer, são relações que vão construindo. A CGAL fortalece muito isso, então é um espaço que eu também entendo que não pode morrer em diferentes níveis, para que a gente possa mantê-la firme para manter as discussões ativas no COAPES (Entrevista 04);

Eu acho que hoje como está se ficar é uma garantia que a gente não pode perder, por exemplo, a gente hoje tem uma gestão em Porto Alegre que é complicada, tanto no executivo quanto nas secretarias ali, mas a gente ainda tem diálogo (Entrevista 05).

Diante da percepção coesa do grupo de que se tem, na experiência de Porto Alegre, uma reconhecida marca de espaços institucionais perenes, potentes, abertos ao diálogo, ativos, com a participação de atores sociais engajados, ainda que arduamente conquistados e mantidos, encaminha-se o encerramento do capítulo compreendendo que este seria um resumo de uma característica bastante importante da gestão da IESC e do COAPES de Porto Alegre. Para além das entrevistas reconhecerem este como o ponto forte para superação dos desafios colocados para a gestão da política, reconhece-se que esta é a marca da integração ensino-serviço-comunidade no município, tanto nos momentos de expansão quanto nos momentos de dificuldades e ameaças de retrocessos.

Após o capítulo anterior apresentar o histórico da gestão da IESC em Porto Alegre, sinalizando as instâncias presentes na atualidade, o presente capítulo apresenta a instância de gestão COAPES, como se dá o cotidiano de trabalho do grupo e a cadeia relacional entre todas as instâncias de gestão.

Como um marcador, buscou-se sistematizar a análise destas considerando a atenção ao preconizado nos princípios e orientações que regem o contrato do COAPES Porto Alegre. Encontrou-se nesta análise, de forma robusta, tanto uma experiência comprometida com estes princípios quanto exemplos nítidos de ações que caminham ao encontro de cada uma das diretrizes do referido contrato.

Ainda que trilhar caminhos sob o chão das diretrizes contidas nas políticas públicas seja uma tarefa bastante complexa, é muito importante sinalizar que reconhece-se que Porto Alegre conseguiu fazê-lo com êxito. Ousa-se inferir que este êxito é resultado de experiências de grupos coesos, engajados e comprometidos que conseguem demarcar e garantir, institucionalmente, estrategicamente e politicamente, a consecução das diretrizes das políticas públicas, mesmo imersos em muitas adversidades.

Trilhar caminhos sobre a orientação de políticas públicas também será marcador da análise mais aprofundada sobre a experiência de Porto Alegre no próximo capítulo, desta vez considerando a legislação nacional para a IESC.

CAPÍTULO 4

COMO ACONTECEM OS CAMINHOS PARA A INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO-COMUNIDADE EM PORTO ALEGRE?

A partir do constructo elaborado no presente livro pôde-se constituir, nos capítulos anteriores, os panoramas históricos, observações sobre a estruturação da IESC e do COAPES no município de Porto Alegre e um panorama sobre a avaliação da IESC sob o marcador de análise dos princípios do contrato do COAPES Porto Alegre, a partir da ótica das pessoas entrevistadas.

No presente capítulo, estima-se construir uma análise sobre os caminhos trilhados para a estruturação da gestão da integração ensino-serviço-comunidade no município, caminho este indicado pelos princípios e diretrizes da legislação nacional, e que serão marcadores de análise do presente capítulo. Retoma-se que os princípios e diretrizes da legislação nacional para a IESC foram apresentados analiticamente, e resumidamente elencados ao final, no Capítulo 1.

Pretende-se sinalizar, principalmente, pontos de encontro e ressonância entre a legislação nacional e os caminhos da experiência

constituída na realidade da execução da política em Porto Alegre, dois caminhos permanentemente atravessados pela conjuntura política, social e pelo contexto no qual estão inseridos.

Ainda que no presente capítulo sejam retomados alguns pontos de análise presentes no capítulo anterior (que fundamentou-se nos objetivos do Contrato COAPES, contrato este que é construído em conformidade com a legislação nacional, como marcadores de análise), cabe pontuar, para fins de elucidar e justificar a retomada destes no presente capítulo, que estes não são os únicos princípios e que é sempre necessário aprofundar a análise e discussão para compreensão do processo. Diz-se isto para justificar a percepção de que alguns pontos de análise possam ser repetitivos, ainda que apresentem informações novas, mas isto pode ocorrer pois em ambos os capítulos foram os princípios e diretrizes da legislação vigente os marcadores de análise.

Pontua-se também que não é objetivo do presente capítulo a avaliação sobre o cumprimento ou não de princípios e diretrizes estabelecidos na legislação. Retoma-se, o objetivo é vislumbrar como a experiência de Porto Alegre caminha rumo a estes princípios, a partir de quais passos, quais estratégias, metodologias e arranjos, e sob a ação de quais atravessamentos e preocupações. Uma vez que a construção da Política de Educação Permanente em Saúde constitui-se em ato, nas condições e complexidades presentes e inerentes de cada território, não há a instituição deste caminho a ser traçado, mas a orientação de sua construção, utilizando-se como fio condutor “os princípios do SUS, esse sistema alicerçado na dignidade humana e na concepção de que o Estado Brasileiro deve unir esforços, organizar suas estruturas para garanti-los” (Diniz, 2024, p. 268).

É importante sinalizar que apresentar-se-á, ao final do presente capítulo, uma análise sobre os atravessamentos e implicações da conjuntura política do e no SUS, presente nacionalmente e, por consequência, municipalmente. Justifica-se apresentar este tema pela força das implicações da conjuntura na execução da gestão da IESC, assunto recorrentemente presente nos relatos coletados

pelas entrevistas, ainda que não houvesse nenhuma pergunta do questionário semiestruturado que diretamente solicitasse respostas à este ponto de análise.

Como os caminhos entre a legislação e a realidade se encontram na experiência de Porto Alegre

A partir deste momento, abordar-se-ão os princípios e diretrizes previstos na legislação como orientadores da construção lógica que cadencia a análise e as reflexões neste capítulo, apontando que são presentes tanto na legislação nacional que orienta as práticas de IESC, como a PNEPS, quanto na orientação legal à celebração de COAPES, tanto à nível nacional como municipal. Concomitantemente, estima-se apresentar como este se relaciona com o caminho construído na gestão da política no município de Porto Alegre, principalmente nos seus momentos de encontros e ressonâncias, considerando este caminho em Porto Alegre costurado fortemente pelos atores sociais envolvidos e entrevistados no presente estudo, ponderando-se permanentemente que os apontamentos descritos denotam a visão destes a partir de seus lugares e papéis sociais, de sua implicação com a temática e de suas concepções de sociedade.

A partir deste momento, o texto será separado em tópicos intitulados, principalmente, por excertos dos textos da legislação nacional sobre IESC.

Sobre os princípios da integração ensino-serviço-comunidade como estratégia para consolidação do SUS e da transformação das práticas de saúde e educação

Estima-se que todas as ações, serviços e atores que compõem o Sistema Único de Saúde de forma ética e comprometida tenham como princípio

primevo a própria construção e consolidação do SUS. Ainda que previsto na própria Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) e regulamentado em legislação própria, tem-se o entendimento de que o SUS é um projeto em construção para o qual, de forma enfática e sistemática, é necessário redobrar esforços para sua garantia e consolidação, pois, no Brasil, “o processo de construção de políticas e programas sempre teve que lidar com diversos interesses, perspectivas, organizações e, inclusive, projetos de sociedade em disputa” (Nunes et al., 2024, p. 80).

Dito isto, e sob a ótica de uma conjuntura que não é favorável ao SUS, é fundamental que a integração ensino-serviço-comunidade constitua-se, também, como uma estratégia de consolidação do SUS, sendo este um princípio e propósito presentes na legislação.

Para tanto, e partindo da reflexão que pode ser produzida propriamente pela sua nomenclatura, é fundamental que na gestão da política da IESC sejam consideradas as três dimensões nas suas pactuações: ensino em saúde (enquanto formação para o SUS), serviços de saúde (enquanto gestão, rede e trabalhadores de saúde) e comunidade (enquanto participação e controle social).

Se o olhar integral à relação igualitária das três dimensões não for presente, corre-se o risco de gerar situações como quando “a universidade invade os cenários de prática na AB e o serviço parece prestar uma ‘ajuda’, cedendo seus espaços para colaborar com a formação de novos profissionais” (Albiero, 2023, p. 11), ou promover uma relação desigual, na qual “a integração ensino-serviço é mais efetiva na dimensão ‘ensino’ que no ‘serviço’” (Albiero, 2023, p. 11).

Além de estabelecer um olhar integral, é muito importante ampliar o olhar para a compreensão de que a integração ensino-serviço é intensamente mais ampla, complexa e robusta. Nesta direção, Alcindo Ferla aponta que precisamos pensar a integração como ensino e sistema de saúde,

para falar das aproximações da universidade (e seu tripé ensino-pesquisa-extensão) e os sistemas locais de saúde (serviços, pontos de atenção no território, articulações intersetoriais, gestão, controle social, participação, produção de vida e saúde...). Essa é a tradução que foi sendo construída ao longo da implementação do SUS para as conexões entre ensino e trabalho, entre aprendizagens e produção de cuidados (Ferla, 2020, p. 15).

A compreensão de que a IESC precisa se constituir como uma estratégia de consolidação do SUS foi e é um importante marcador na construção da política no município de Porto Alegre. Conforme descreve Neves (2018), desde a concepção e publicação da portaria que institui a CPES, avança-se o olhar para o compromisso com este princípio, pois a criação da CPES

oportunizou a formulação e consolidação de uma Política de Integração Ensino e Serviço em Porto Alegre estratégica para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de transformar a rede assistencial do município em uma efetiva rede escola (Neves, 2018, p. 25).

A postura de comprometimento da gestão da política da IESC de Porto Alegre na construção e consolidação do SUS também está demarcada no Plano Municipal de Saúde, assinalando que existe no município um planejamento e orientação sistemática à atenção a este princípio, com reconhecimento nacional à qualidade das estratégias adotadas:

A Política de Integração Ensino, Serviço e Comunidade e a estratégia de territorialização das ações de ensino em serviço das maiores instituições de ensino em Distritos Docente Assistenciais são amplamente reconhecidas, inclusive pelo Ministério da Saúde, podendo qualificar ainda mais o trabalho com estrutura organizacional compatível, a partir de uma Política de Educação Permanente que estabeleça objetivos, diretrizes na gestão do trabalho e formação para o SUS (Porto Alegre, 2021b, p. 460).

Não obstante, esta postura está inscrita no olhar e no compromisso dos atores sociais, com relatos que reiteram que os objetivos de atores e instituições envolvidas devem ser indissociáveis aos objetivos do SUS (Entrevistas 05 e 06), pois “são muitos atores que a gente tem que articular e, claro, cada um com seus interesses, mas que a gente tem que sempre levar na lógica do SUS é isso que nos move” (Entrevista 06).

Observa-se os atores implicados também com o objetivo presente na PNEPS da transformação das práticas de saúde e de educação, para que estas atendam os princípios norteadores das políticas públicas de saúde. Uma vez que os atores sociais compreendem que sua atuação deve estar fortemente implicada com a consolidação do SUS, entende-se que há a motivação e movimento destes para a transformação das práticas de saúde e educação, pois é justamente esta necessidade que mobiliza a estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004), política esta que surge como proposição de mudança diante da avaliação de uma assistência em saúde ofertada pelo SUS, à época, fortemente alicerçada no modelo biomédico e fracamente amparada no cuidado implicado considerando os determinantes sociais e o cuidado integral em saúde.

Dentre os relatos, pode-se perceber que os princípios utilizados como marcadores aqui estão presentes, considerando o compromisso dos envolvidos com ações como a busca por um entendimento de um conceito amplo de saúde a partir da análise dos determinantes sociais (Entrevista 03), com o comprometimento e fortalecimento das instâncias de gestão do SUS (entrevistas 02 e 05) e com o olhar atento e crítico ao cumprimento das legislações (Entrevista 02).

E, por se tratar de princípios, estes compõem e direcionam, certamente, a totalidade das diretrizes das políticas que orientam a IESC, portanto, serão retomados e estarão presentes ao longo deste capítulo, de forma direta ou indireta.

Sobre as diretrizes do SUS como rede escola e de ordenar a formação de recursos humanos para o SUS: o SUS como campo de prática

Ao apresentar o conceito de “Rede Escola”, princípio inscrito na PNEPS, o Ministério da Saúde o propõe o entendimento de que a rede escola deve se constituir no movimento de transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, tanto no que tange à rede de saúde (SUS), no que concerne à receber as práticas curriculares nos seus mais diversos equipamentos de forma integrada à assistência, quanto no que tange às instituições de ensino, principalmente no que concerne à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2004, parágrafo único).

No Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre está presente a concepção da estruturação da rede municipal de saúde como rede escola, quando descreve que

desde 2011, quando constituiu a Comissão Permanente de Ensino e Serviço (CPES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a investir na Política de Integração Ensino, Serviço e Comunidade como uma política estratégica, em cumprimento ao papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no ordenamento e qualificação da formação de recursos humanos para a área da saúde (Porto Alegre, 2021b, p. 459).

Ainda que não conste nitidamente o uso do termo de rede-escola no Plano Municipal de Saúde, pontua-se que a implicação com este termo estava presente no trabalho de estruturação da política e das normativas no município, conforme descreve o relato da Entrevista 01, “desse nome Rede Escola, que eu não sei de onde veio, mas quando surgiu, a gente sentiu que era, que ele dava sentido para aquilo que a gente estava procurando fazer”.

Além disso, está presente no Plano Municipal de Saúde a concepção de que a estruturação da política da IESC de forma comprometida com o SUS foi balizadora e motivadora da orientação estabelecida pelo Ministério da Saúde

para as celebrações de COAPES quando pontua que “Porto Alegre tornou-se uma referência nacional nessa área, servindo como modelo para o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES)” (Porto Alegre, 2021b, p. 459). Este fato corrobora com o entendimento de que a execução da política de IESC em Porto Alegre estava alinhada com o disposto nas normatizações e proposições nacionais, reiterando que o município procurou executar a política compreendendo o SUS como rede escola.

Para além do entendimento de que a concepção do SUS como rede escola estava presente na elaboração das normativas municipais e na condução da política da IESC em Porto Alegre, ao tratar com as pessoas entrevistadas, observa-se que há, intrinsecamente, o entendimento de que a formação dos profissionais de saúde precisa ocorrer dentro do SUS, para viabilizar a diretriz do SUS como ordenador da formação dos recursos humanos na área da saúde. No relato abaixo, de forma muito significativa, a pessoa entrevistada explicita a presença desse entendimento e daquela concepção, além de sinalizar a conexão indissociável entre transformar as práticas de saúde e educação com fazê-lo por meio da estruturação do SUS como rede escola e da ordenação para a formação para o SUS:

a gente sabia que a formação em saúde era estratégica para continuidade e para o desenvolvimento do SUS, e que essa formação em saúde precisava ser feita dentro da própria rede. [...] A gente começou a sentir que a rede precisava se organizar para cumprir essa função [...] A gente tinha muito nítido o diagnóstico de que a formação em saúde não era voltada para a saúde coletiva [...] Precisava fazer um investimento e estabelecer uma política para que essa rede se preparasse para receber, de uma forma qualificada, esses alunos, não só para qualificar a formação deles, mas para direcionar essa formação deles, para que a gente conseguisse o que a gente já dizia, a reorientação da formação [...] Então foi essa ideia, de que essa rede assistencial tinha que se transformar nessa rede-escola, tinha que transformar em uma rede que acolhesse os alunos, as atividades de ensino, e que direcionasse a formação para o atendimento das suas necessidades (Entrevista 01).

Outra reflexão apresentada pelos relatos das entrevistas que transversaliza a constituição do SUS como rede escola relaciona-se com a dimensão do comprometimento das instituições de ensino com o princípio da transformação das práticas de saúde e de educação. Entre os atores entrevistados, é bastante nítido este comprometimento, exemplificado pelo relato de que “a gente precisa, enquanto instituição de ensino, se aproximar da realidade para que a gente possa formar os nossos profissionais da melhor forma possível” (Entrevista 04).

Porém, há de se destacar que os atores entrevistados são aqueles que compõem o COAPES no município e estes apontam, nas entrevistas, que são a minoria das instituições de ensino que assinam o COAPES as que efetivamente comprometem-se com a construção e gestão da política no município: “se tu for pegar o COAPES [...] todas as instituições de ensino deveriam estar, e que a gente não conseguiu ainda estar com todas, 100%, não conseguiu, tem uns que assinaram e não participam” (Entrevista 06). Dentre as IEs que se fazem presentes, ainda encontra-se dificuldades de articular todos os atores das instituições de ensino para a execução de um trabalho comprometido, com situações como a falta de contato de professores com preceptores e o não estabelecimento de diálogo para construção conjunta, por exemplo, dos Planos de Ensino e Atividades (Entrevista 03).

Percebe-se também que a gestão da política da IESC no município faz um movimento permanente para fomentar a participação comprometida das instituições de ensino, exemplificado em ações como o constante convite à compor a discussão colegiada (Entrevista 06) e a forte orientação para a produção de conhecimento e de ações voltadas às necessidades do SUS em pesquisas e nas atividades de integração (Entrevista 01).

Retomando a afirmação de extrema relevância de que “a condição para que uma rede escola funcione é que ela seja uma rede” (Entrevista 01), é imprescindível a reflexão sobre como esta rede está estruturada e preparada para poder, por princípio primevo, cumprir o papel de cuidado em saúde e, então,

conformar-se como rede escola. Para esta reflexão, é importante visualizar a rede de saúde fortemente atravessada e impactada pelo contexto político e econômico na estruturação do SUS, o que produz, dentre outras consequências, a fragilização do sistema e precarização dos vínculos de trabalho. Esta temática será abordada, de forma mais profunda, ao final do presente capítulo. Porém, far-se-á esta “quebra de protocolo” pois é imprescindível apresentar estes atravessamentos quando estima-se fazer uma análise sobre a rede escola em Porto Alegre.

Mais que a cedência do espaço físico, as ações de IESC na rede municipal de saúde precisam fundamentalmente de profissionais destes serviços implicados, qualificados e construindo o processo, seja na organização da rotina dos serviços, no acolhimento à estes profissionais em formação, seja na disponibilização direta como atores na formação de profissionais nas atividades de preceptores, supervisores e/ou técnicos de referência para receber as práticas. Estas são condições indispensáveis quando almeja-se atender a diretriz do SUS como campo de prática.

Portanto, para pensar e estruturar a rede escola, é imprescindível pensar na dimensão dos(as) trabalhadores(as) de saúde, com destaque neste momento às suas condições de trabalho, pois “os trabalhadores, eles se relacionavam com as atividades de ensino da mesma maneira que eles se relacionavam com as atividades assistenciais” (Entrevista 01).

Justifica-se o destaque, neste momento, às condições de trabalho pois, no cenário de condições de trabalho precárias diante da terceirização no SUS, do excesso de demanda de trabalho, da rotatividade intensa e de medos constantes, há sem dúvida intenso impacto na articulação e execução de IESC, conforme pondera o relato:

ficava muito evidente quando eu estava trabalhando, eu ia falar com algum gestor sobre, por exemplo, a necessidade de qualificar o campo de estágio, as atividades de ensino, e ele dizia assim: [...] “eu não estou conseguindo fazer o número de exames de coleta de CP, que é fundamental, e eu sei que tem pessoas aqui correndo risco de vida por causa disso. Vem me trazer agora o problema

dos alunos que não estão conseguindo ser bem atendidos, que não estão conseguindo fazer o básico. [...] como é que tu quer que os alunos tenham uma formação se nós não temos profissional para atender a população?” [...] **quando o serviço de saúde começa a se degradar no campo assistencial, isso impacta diretamente no ensino** (Entrevista 01).

Quanto a outro impacto da degradação do SUS nas ações de IESC, temos a alta rotatividade de trabalhadores(as) nos serviços, conforme também será abordado com maior atenção ao final do capítulo. Neste momento, há de se apresentar a reflexão de que, no campo da saúde pública,

quando a contratação do profissional é premeditada para acontecer de forma temporária, essa rotatividade é o primeiro fator que apaga qualquer perspectiva de memória que possa ser criada e, consequentemente, de conhecimento acumulado ou refletido sobre aquela realidade (Sodré, 2025, p. 11).

Ou seja, ao comprometer o vínculo deste(a) profissional com o cuidado longitudinal e no território, ao comprometer a capacidade deste profissional de saúde de cumprir com seu trabalho conforme os princípios do SUS, **compromete-se também a possibilidade de novos profissionais serem formados sob essa perspectiva**. Uma vez que se concebe o SUS como rede escola, em contraposição à uma formação profissional que não dialoga com o que é proposto enquanto cuidado em saúde pela legislação do SUS, buscando-se também a ampliação desta formação sob a perspectiva da saúde coletiva, pode-se conceber que está sendo produzido um constante afastamento deste movimento quando os(a) profissionais que atuam no SUS não estão instrumentalizados para ou estão impossibilitados de produzir o cuidado em saúde sob estes preceitos.

Ainda que presentes os óbices e dificuldades de efetivação do SUS como rede escola, pode-se inferir, a partir do relato das entrevistas, que a perspectiva da IESC na formação dos profissionais da saúde é imprescindível

para a construção de um contraponto, de uma resistência à lógica de produção de saúde e de formação de profissionais centrados em um modelo biomédico de concepção de saúde. As entrevistas apontam que “a formação é cartesiana, muito ainda” (Entrevista 03), em contraponto à lógica da IESC, na qual “nosso produto é aquela dada ideia de melhorar a saúde, não é produzir saúde” (Entrevista 03).

Sustentar como diretriz da IESC a lógica de uma formação voltada para o SUS é um desafio,

é uma disputa, porque a gente sabe que tem todo um interesse na doença. São laboratórios, a medicalização, são os hospitais, são as empresas que muitos hospitais se transformaram. [...] Então isso tudo é uma luta, é uma disputa, que tem a mesma lógica no ensino, tem a mesma lógica na assistência (Entrevista 06).

Portanto, ao analisar a experiência de Porto Alegre sob a ótica do princípio do SUS como rede escola, realizando e ordenando a formação de novos profissionais de saúde através da IESC, percebemos que este é um importante horizonte estratégico na condução dos caminhos da política no município, pois está inscrito no ideário e na concepção dos atores sociais entrevistados.

Primordialmente destaca-se, neste momento da experiência de Porto Alegre, a importância e relevância de se estabelecer, institucionalmente, a necessidade de articulação do SUS como rede escola, o que se pode perceber que foi almejado e conquistado no município, ainda que se apresentem dificuldades em executar algumas nuances deste princípio, principalmente provocadas por questões inerentes à conjuntura econômica e política. Destaca-se a reflexão apresentada de que, se não houver o comprometimento de todas as partes com as condições necessárias para estruturação de uma rede escola, inviabiliza-se aquilo que é central para IESC, qual seja, formar profissionais sob à ótica das diretrizes do SUS, na perspectiva da saúde coletiva.

Sobre as diretrizes do cuidado a partir do território e de considerar as especificidades regionais e as necessidades de formação

Uma das diretrizes do SUS, presente na legislação, é o cuidado em saúde a partir do território. Presente enquanto concepção desde a Constituição da República de 1988 que prevê a criação de um Sistema Único de Saúde de forma regionalizada, hierarquizada, com atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988, Art. 198), até mesmo em diversos parâmetros presentes na Portaria 1.127/2015 que prevê a celebração de COAPES em níveis municipais/territoriais, com sua consecução de acordo com as necessidades locais e participação do controle social (Brasil, 2015), percebe-se que esta diretriz é central e fundamental ao pensar o modelo de cuidado em saúde que deve vigorar no Brasil.

Para tanto, a portaria supra mencionada considera especialmente a rede de serviços da atenção primária para execução da IESC (Brasil, 2015, preâmbulo), possivelmente pois concebe-se a rede de atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado, considerando que esta consegue abarcar os determinantes sociais em saúde presentes nesse território, concepção esta que corrobora com o princípio da necessidade de considerar as necessidades regionais de saúde, as necessidades de formação em saúde e a capacidade instalada de serviços e ações de cuidado em saúde para a execução da IESC.

Conforme já abordado nos capítulos 2 e 3, o planejamento das ações de IESC respondendo e acolhendo esta diretriz é intrínseco na gestão da política no município de Porto Alegre, que inaugura uma metodologia baseada fortemente na condução das ações da IESC em dispositivos territoriais, como os Distritos Docentes Assistenciais e as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local. Assinala-se, assim, uma responsabilidade ímpar e uma metodologia eficaz para a consecução da diretriz do SUS do cuidado a partir do território.

Este comprometimento é constantemente reforçado não só pela manutenção destas instâncias territoriais de gestão, mas principalmente pela

forma de operacionalização do trabalho destas instâncias, assinalada pelas pessoas entrevistadas como um espaço reconhecido de diálogo democrático, de entendimento e de tomada de decisões conjuntas (Entrevista 03), e como um espaço colaborativo, que busca acolhimento e alinhamento nas construções conjuntas (Entrevista 04), que encontra perenidade ao longo do tempo.

Conforme o relato das entrevistas, observa-se no estabelecimento dos DDAs e das CGALs espaços potentes de construção da relação necessária à consecução dos trabalhos da IESC conforme o preconizado nas políticas, e atribui-se a potência destes espaços à possibilidade e capacidade de diálogo e de fortalecimento das relações entre os atores sociais envolvidos.

Pode-se inferir também que a metodologia adotada para a gestão da IESC, através dos DDAs e CGALs, é um importante carreador do compromisso com a execução da diretriz de considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e a capacidade instalada (Brasil, 2015, cláusula terceira). Encontra-se esta diretriz presente em questões que mobilizam os atores sociais e produzem reflexão sobre sua atuação nestas instâncias, como pode-se observar pelos relatos:

O ensino e serviço para mim é hoje um desafio da educação. Porque a gente precisa ensinar o aluno e a gente precisa atender pelo usuário e a gente também precisa atender as necessidades daquele lugar que a gente está (Entrevista 02);

A gente tem que se conectar com as demandas da sociedade, com as demandas que vêm dos serviços e não ficar inventando a roda. [...] A universidade existe para formar pessoas que a gente entrega para a sociedade, então se a gente não estiver conectado com a demanda da sociedade, quem é o profissional que a gente entrega para o mercado de trabalho? [...] É alguém que vai me olhar lá só no contexto daquela doença que eu levei lá, ou alguém que vai conseguir me olhar como um indivíduo entendendo que onde eu moro é importante, que o contexto em que eu tô inserida é importante. Então a gente tem feito muito aqui, com a coordenadoria, esse olhar do território, esse olhar mais macro, de entender a diversidade de quem é o público que eu atendo aqui, quem

são as pessoas que moram aqui nesse território que a gente vai trabalhar. [...] Qual é a nossa contribuição enquanto universidade, enquanto pesquisa, enquanto ensino, para a gente instrumentalizar a equipe, trabalhar com território de uma forma diferente? (Entrevista 04).

Conforme amplamente abordado nos capítulos 2 e 3 do presente livro, tem-se na execução da gestão da política da IESC em Porto Alegre uma forma de “cadeia hierarquizada”, na qual as pautas e pactuações necessárias são abordadas desde os territórios, a partir das instâncias DDAs e CGALs, até as instâncias de caráter municipal, como a Comissão Executiva do COAPES, havendo a orientação formal explícita de participação de todos os atores do quadrilátero da formação nestes espaços. Tem-se, desta forma, a indicação para a condução de trabalhos, em todas as instituições e em todas as instâncias de gestão, de forma implicada com e respondendo às necessidades dos territórios, assinalando a potência e importância destas instâncias territoriais de gestão.

É notório também, na experiência de Porto Alegre, o comprometimento com a diretriz constitucional (Brasil, 1988) e com o princípio do SUS (Brasil, 1990) da participação do controle social na gestão das ações de IESC. Conforme já relatado nos capítulos anteriores, seja na proposição e incidência sobre a normatização da IESC no município, seja na participação ativa nas instâncias ou como referência de atuação enquanto controle social para todo território nacional, não há dúvidas do compromisso da gestão da IESC com o princípio da participação social.

Considera-se que, em Porto Alegre, a participação do “movimento social sempre houve e, sim, os movimentos sociais, as instâncias de controle social foram protagonistas. [...] Não se sustenta a gestão sem controle social” (Entrevista 03). Desta forma entende-se que a extensa contribuição e inserção do controle social na política de IESC é um marcador que destaca, ainda mais, o comprometimento com o princípio do cuidado a partir do território.

Felizmente, percebe-se esta realidade inscrita em Porto Alegre, pois “a integração ainda necessita de análise conceitual e metodológica quanto

à inclusão da comunidade na tomada de decisões que norteiam as práticas voltadas à sociedade”. (Silva, 2020, p. 16), denotando que este é um desafio encontrado corriqueiramente nos espaços de gestão da IESC.

Portanto, sob a ótica dos caminhos trilhados pela experiência de Porto Alegre sob a diretriz do cuidado a partir do território, percebe-se fortemente a presença desta diretriz como direcionadora, principalmente no que tange ao estabelecimento das instâncias de gestão territorial da IESC, institucionalmente estabelecidas e fomentadas, fortalecidas pela participação e implicação dos atores sociais dos quatro vértices do quadrilátero da formação em saúde que se fazem presentes.

O Quadrilátero em ação: produzindo caminhos

O quadrilátero da educação em saúde, conceito proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), ousa-se resumir com o entendimento de que para a formação em saúde é necessário constante e intrínseca relação entre o ensino, gestão, serviço/trabalhadores e comunidade/control social, conceito este que encontra profundo paralelo quando estudada a experiência de Porto Alegre. Ousa-se também inferir que, para além do presente escrito buscar estimar como pode ser constituído um caminho que atente às diretrizes e princípios das políticas públicas do SUS e da IESC, este escrito também pode demonstrar um caminho de atores sociais comprometidos com a execução do proposto pelo conceito, um caminho do quadrilátero em ação.

Outro paralelo possível entre o conceito e a experiência estudada refere-se às ações esperadas da atuação do quadrilátero, ações estas que podem descrever, sucintamente, a grande parte do trabalho, das construções, das pactuações e do ideário dos atores sociais do município, uma vez que o quadrilátero da formação em saúde

propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 59).

Portanto, convidamos à visualizar e reconhecer, na experiência de Porto Alegre, como foi possível constituir uma linha bastante coesa entre o proposto pelo conceito do quadrilátero da formação em saúde e o reconhecimento de sua práxis em Porto Alegre. As próximas diretrizes e princípios da IESC aqui elencados mostrarão, ousa-se antecipar, não apenas os caminhos de uma experiência comprometida com o que está preconizado na legislação, mas também os caminhos de conformação deste quadrilátero no município ou, em outra leitura possível, tentaremos mostrar o andar de um quadrilátero comprometido ética e politicamente com o SUS.

Sobre a diretriz de estabelecer relações orgânicas e permanentes

Percebe-se que foi possível estabelecer uma relação orgânica e permanente entre os atores sociais deste quadrilátero que estão na gestão da IESC em Porto Alegre, uma diretriz presente na legislação, por exemplo, na Portaria 189/2004 (Brasil, 2004), na Portaria 1.127/2015 (Brasil, 2015), entre outras. Esta percepção é corroborada pelos resultados das análises presentes nos capítulos 2 e 3 do presente livro, que relatam o histórico e estruturação atual da política no município.

Pode-se inferir que esta relação estabeleceu-se por diversos fatores, como as pessoas elencadas para representação nos espaços estarem comprometidas com a pauta e a intenção, da gestão municipal e do controle social, pela construção sempre conjunta das normativas, das instâncias e das discussões sobre a IESC.

Nos relatos das entrevistas, ganha notório destaque a celebração e o reconhecimento destas relações bem estabelecidas e duradouras ao longo dos anos (Entrevista 02), reconhecendo-se que este movimento, que já está inscrito nas relações, demanda dos atores envolvidos “competências, habilidades e atitudes em comunicar-se” (Entrevista 03). Pontuam também que propicia-se, desta forma, o estabelecimento de uma articulação viva, que entende-se que precisa ser mantida para a garantia da continuidade de um trabalho qualificado (Entrevista 04).

Outro ponto bastante abordado nas entrevistas é que o movimento de estabelecimento das relações de forma orgânica e permanente foi intensamente mobilizado pela gestão municipal da política de IESC (Entrevistas 02 e 05), reconhecendo-se que a relação do quadrilátero foi um importante fator de proteção às mais diversas ameaças à qualidade da execução da política de IESC:

desde que a gente começou a se relacionar mais, de uma forma mais organizada com as instituições de ensino, a gente percebeu que eles eram grandes parceiros. Da mesma forma, o controle social, a gente tinha um nível de confiança na relação com o controle social, com as instituições de ensino muito grande, e por isso que a gente conseguiu manter a política durante tanto tempo, né? E, se não, não seria possível, porque não era, a partir ali de 2016, já não era uma prioridade (Entrevista 01).

Por certo, não é possível pontuar que foi apenas um dos lados do quadrilátero, ou um elo desta corrente, que consolidou o modo de trabalho de um grupo formado por atores de diferentes instituições de forma tão orgânica em seu propósito. Ao contrário, nota-se um movimento bastante intenso, de

todas as partes, de qualificação das relações e dos atores sociais envolvidos para a garantia da consecução de seu trabalho, corroborando com a afirmação de que “todo o esforço de uma equipe inteira, comprometida com o SUS, com a formação, a gestão e o trabalho em saúde, ao longo de anos, foi um investimento muito acertado” (Santos et al., 2025, p. 40).

Por fim, destaca-se que, para além do fato de que o estabelecimento de relações orgânicas e permanentes estar presente, construindo um caminho de um trabalho qualificado e comprometido para as instâncias de gestão da IESC, este também conformou-se como importante fator de proteção à possíveis e existentes ameaças conjunturais.

Sobre a diretriz de estabelecer compromisso das partes

Sem dúvidas, não seria possível que as relações se constituíssem como orgânicas e permanentes se não houvesse a atenção à diretriz de estabelecer compromisso das partes com a construção da política. Nas entrevistas, o engajamento das partes com a pauta é relatado como promotor tanto deste compromisso com a IESC, quanto das relações bem estabelecidas. Ainda, pode-se afirmar que há um forte comprometimento pessoal dos atores envolvidos.

Reconhece-se o compromisso de parte das instituições de ensino, quando, dentre outras ações, mantém constância, nas indicações para representação nas instâncias colegiadas, de pessoas referência que têm inserção no território, participam de atividades do controle social e estão presentes na realidade dos serviços de saúde (Entrevista 06).

Em fato, percebe-se este compromisso também de parte da indicação de representações como um todo, os quais relata-se a escolha sempre de pessoas engajadas (Entrevista 04), com perfil para estabelecimento de diálogo, parceria, confiança e habilidades de articulação e solução de problemas (Entrevista 02).

Há também o compromisso com a escolha de trabalhadores(as) e serviços de saúde para receberem as ações de IESC que compreendam e acolham a complexidade desta, preparando-se para receber estas práticas, auxiliando na supervisão e dispondo-se à mudar processos e fluxos de trabalho para qualificar a IESC (Entrevista 02).

É possível observar que o trabalho engajado e comprometido é promotor da capacidade de, enquanto grupo, refletir de forma crítica e elaborar ações para a execução da política de forma qualificada, considerando as realidades e necessidades de cada contexto e de cada instituição (Entrevistas 02 e 05). Entende-se que, desta forma, apresenta-se outra das expectativas de um quadrilátero em ação, qual seja, a de que “quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 56).

Assinala-se, portanto, que na experiência de Porto Alegre está inscrito, há longo tempo, o compromisso das partes com a gestão da IESC, ainda que, conforme descrito no capítulo 3, existam dificuldades e limites para consecução desta diretriz. Além disso, a busca pelo compromisso das partes produz marcas, no caminho da execução da política em Porto Alegre, como a constante revisão ética das instituições e a busca pela participação de pessoas qualificadas e engajadas como representantes nas instâncias.

Sobre a diretriz do compromisso das Instituições de Ensino Superior com seu tripé (ensino, pesquisa e extensão) e com necessidades sociais/territoriais

Neste ponto, abordar-se-á sobre a diretriz do compromisso das instituições de ensino com seu tripé (ensino-pesquisa-extensão) e com as necessidades sociais e territoriais, diretriz esta presente tanto na legislação nacional sobre educação em saúde quanto na legislação específica sobre o COAPES.

Inicialmente, e retomando o que já foi apresentado principalmente no capítulo 3, percebe-se pelo relato das entrevistas que, entre os representantes das instituições de ensino que compõem hoje as instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre, há um exercício constante de revisão de suas práticas docentes. Este exercício é presente pelas ações de abertura ao diálogo, de construção a partir das necessidades do SUS, de compromisso com os princípios do SUS e com as instâncias municipais de gestão.

Ainda assim, no tocante dos relatos coletados, observa-se que ainda há muito a ser qualificado na atenção à esta diretriz, principalmente no que tange ao comprometimento de todos os atores das instituições de ensino com a IESC e à compreensão e engajamento das instituições de ensino com a integração. Percebe-se isto pois, conforme relato da Entrevista 03, ainda há um significativo desconhecimento de grande parte dos(as) docentes de instituições de ensino sobre a política e a gestão da IESC e, mesmo aqueles que têm conhecimento e vontade de cumprir o disposto na legislação, não o conduzem no curso das disciplinas que exigem a integração intersetorial com a rede municipal de saúde.

Esta percepção foi corroborada com diversos outros relatos das entrevistas, como por exemplo com a percepção do relato da Entrevista 05 de que, quando se fala da integração ensino-serviço-comunidade, costumeiramente atribui-se maior demanda de trabalho e de ajustes aos serviços de saúde, sem que as instituições de ensino comprometam-se também nesta articulação. A entrevista pontua também que não há uma cobrança efetiva para com docentes sobre a execução de forma comprometida, ou sobre adotar uma metodologia de inserção das disciplinas que exigem práticas na rede de saúde:

há competências que a gente tem que ter enquanto professor nesse processo de integração nesse serviço, que tem qualquer um que não está afim de ter e a universidade permite isso, porque teu compromisso é com a disciplina, não é com o serviço, só que a disciplina, o teu estágio, ocorre num serviço então, automaticamente, tu tem uma responsabilidade, uma relação, e tem gente que não quer

[...] Essa sempre foi uma das maiores reclamações de preceptores de estágio, disciplinas, de residência, de tudo. [...] Tem professor que discute na universidade os processos do serviço sem nunca ter pisado no serviço (Entrevista 05).

Também é fortemente presente nos relatos a ausência das instituições de ensino nas instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre. Percebe-se que há instituições fortemente comprometidas, como a PUC, UFRGS, UNISINOS e UFCSPA, porém, “uma dificuldade que nós temos é essa questão de todas as instituições não participarem, porque a gente acaba tendo que representar atividades de quatro ou cinco instituições apenas” (Entrevista 02), e, conforme apresenta o Plano Municipal de Saúde, hoje assinam o COAPES 9 Instituições de ensino (Porto Alegre, 2025), além de outras instituições de ensino terem práticas no município reguladas por termo de convênio. Ou seja, a maioria das IEs não se faz presente como deveria.

Entende-se também, a partir dos relatos, que esta ausência compromete significativamente a qualidade das ações da política de IESC no município, pois algumas instituições de ensino “querem só assinar o contrato para botar aluno pra campo, não querem participar, não querem contribuir” (Entrevista 02).

Há de se considerar que as preocupações e apontamentos acima expostos não se fazem presente apenas nos territórios de Porto Alegre, pois “o ensino das profissões de saúde ainda é, grosso modo, praticado de forma estruturalmente desconectada dos interesses do sistema público de saúde, reproduzindo as desigualdades sociais e de saúde” (Nunes et al., 2024, p. 193).

Portanto, recorrendo à leitura e atenção necessária à Constituição Brasileira, é necessário e urgente o olhar das instituições formadoras de trabalhadores(as) em saúde à seus processos de trabalho, pois

nunca é demais lembrar que o trabalho em saúde é de relevância pública, segundo a Constituição Brasileira de 1988, o que fala da relevância singular e da necessidade de ordenamento segundo o interesse público. Também é trabalho em saúde o trabalho docente,

no interior das universidades, institutos e centros universitários; igualmente nas escolas técnicas e de saúde pública (Pigatto, 2024, p. 15).

Ver em Porto Alegre atores sociais que, a partir das instituições de ensino, constroem esta relação e consolidam a IESC de forma legítima é um alento, ainda mais por percebê-los participando ativamente e perenemente das instâncias de gestão. Porém, é necessário fazer a diferenciação entre um compromisso pessoal e um comprometimento institucional neste caso.

Percebe-se os esforços individuais dos atores sociais que representam as instituições de ensino nas instâncias de gestão, bem como percebe-se o compromisso dessas instituições quando indicam pessoas engajadas e qualificadas para esta representação, ainda que seja a minoria das IEs que participam efetivamente. Certamente, a institucionalização da política da IESC, territorializada e de forma qualificada, produz como resultado este fato. Mas, para a atenção à diretriz que demanda o compromisso das IEs, é necessário um movimento maior, que comprometa IEs e atores, principalmente docentes, que ainda não estão presentes ou não promovem esta discussão em suas práticas.

Pode-se inferir que uma das saídas para qualificar o compromisso das instituições de ensino é a de que “a universidade também tem que se reinventar. [...] E a gente precisa que as universidades se posicionem mais, eu percebo que a universidade está mais acomodada” (Entrevista 05), pois “a construção desse compromisso [das IEs] garantiria muita coisa, mais do que isso, revolucionaria” (Entrevista 03).

Ainda que não esteja presente no relato das entrevistas elementos que indiquem como as IEs poderiam caminhar ao encontro da sua necessidade de reinvenção e ao atendimento à diretriz que o presente tópico analisa, entende-se que o trabalho comprometido com os princípios do SUS, a concepção de que a tarefa das IEs de formar futuras(os) trabalhadoras(os) para o SUS é de relevância pública, e a efetiva indicação das representações de todas as IEs que assinam o COAPES (e outras formas de contratualização) em Porto Alegre são

elementos que, em primeira análise, poderiam iniciar o processo de revisão de suas práticas, alertando para a urgente necessidade de mudanças em seus processos de trabalho.

Por fim, entende-se como muito legítima a avaliação e preocupação dos atores entrevistados com a notória incompletude do compromisso das instituições de ensino com o que está preconizado na legislação. E, ainda que este seja um apontamento muito difícil e delicado a se fazer, vemos este quadrilátero em ação no município partilhar do entendimento de que “sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-políticos” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 49), fazendo jus, novamente, ao reconhecimento do amadurecimento do trabalho do grupo.

Sobre a diretriz de estabelecer instâncias colegiadas

Sob a ótica da diretriz de estabelecimento de instâncias colegiadas (co-gestão) para gestão da política de IESC, cabe inicialmente pontuar e reconhecer este marco teórico-metodológico. Para tanto, expressa-se o entendimento partilhado por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59) de que

a noção de gestão colegiada, mecanismo de gestão proposto pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, para a educação em serviço, faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda.

Ainda, para fins de explorar o conceito, compreende-se que a gestão colegiada é “uma articulação interinstitucional para a educação permanente [...] que quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 55). A partir desta articulação, “serão viabilizados novos arranjos e estruturas organizativas, que possam estar

fortemente comprometidas com o projeto ético político da Reforma Sanitária Brasileira, segundo uma ética de planejamento e de gestão descentralizados” (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 55).

Esta diretriz, presente na gestão do SUS como um todo, assim como preconiza também o disposto na conceituação teórica, já percebe-se inscrito nas instâncias em Porto Alegre quando, ao abordar sobre a gestão da política no município, são fartos os relatos sobre estes serem espaços construtivos, de co-gestão, de co-criação (Entrevista 03). Corrobora com esta percepção o relato de que “isso é um princípio do SUS. A gente trabalhava com a lógica da co-gestão, das rodas e da co-gestão, era o princípio do funcionamento, digamos assim, para a integração ensino e serviço como um todo” (Entrevista 01).

Percebe-se também presente o reconhecimento da importância das instâncias colegiadas em espaços de gestão da IESC, tanto no imaginário quanto na ação dos atores sociais envolvidos com a pauta em Porto Alegre. Seja pelo movimento propulsionado por interesses pessoais de corroborar e construir espaços de gestão coletiva (Entrevista 01), seja pela busca e comprometimento constante com o diálogo como balizador das ações ou pela busca de soluções que acolham à diversidade das demandas e necessidades colocadas nos contextos (Entrevista 04), seja pela concepção partilhada de que “o diálogo é indutor, não só do conhecimento, mas principalmente na convergência” (Entrevista 03), é notório que a gestão colegiada é presente, defendida e consolidada pelos participantes.

Pontua-se, especialmente, que este foi um tema de estudo sob o qual debruçou-se um dos atores sociais envolvidos no processo da gestão da IESC ao longo de muitos anos no município. Em seu relato, este ator social compartilha importantes fatores para consolidação das instâncias colegiadas, quais sejam, o da busca pelos interesses coletivos, pelo consenso e horizontalidade das discussões e decisões:

O meu objeto de pesquisa sempre foi esse, como potencializar coletivos. E a fórmula maior para conseguir isso, em qualquer organização, é fazer com que o interesse coletivo ande à frente do

interesse pessoal. [...] A gente conseguia operar sempre num plano horizontal, colocava todos no mesmo plano, e isso acho que foi fundamental para o funcionamento. [...] Acho que foi a fórmula virtuosa também no funcionamento que permitiu a gente ter esse relacionamento. [...] Então, as coisas tinham que funcionar por acordo, ninguém mandava mais que ninguém. Isso aí fazia com que a gente tivesse que chegar a uma combinação que ficasse razoável para todos. Ninguém sairia totalmente satisfeito, e ninguém sairia totalmente frustrado dali. Então, esse funcionamento que era construção de coletivos, né, acho que é decisivo para que qualquer processo funcione (Entrevista 01).

Portanto, ousa-se inferir que mais que uma experiência da gestão da política da IESC comprometida com o preconizado na legislação, o município de Porto Alegre nos apresentava com uma experiência de visualizar um caminho real de aplicação de um conceito teórico bastante complexo. Vê-se, do conteúdo presente nos relatos e das ações executadas pelas instâncias de gestão que estas “não representam apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar) (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 57).

Sobre a diretriz de formalização do compromisso entre as partes

A legislação nacional sobre IESC estabelece, em diretriz, a necessidade de formalização do compromisso entre as partes, e denota-se essa orientação também na legislação que orienta a assinatura de COAPES como instrumento de gestão nos municípios. Em Porto Alegre, este é o principal instrumento utilizado para formalização, mas, sabidamente, não foi o primeiro.

Para, entre os atos publicados, a construção da política no município e nos relatos das pessoas entrevistadas, o entendimento de que o compromisso entre as partes estava estabelecido antes mesmo da assinatura do COAPES.

Ainda assim, pontua-se que, com a celebração do COAPES, pôde-se avançar na segurança de que haveria o comprometimento de todas as partes envolvidas com a IESC sob o olhar de um instrumento coletivamente elaborado e constituído (Entrevista 02).

Quando abordamos a formalização entre as partes, paira também a reflexão sobre o quanto esta formalização garante o compromisso de cada uma das partes pois, conforme abordado no capítulo anterior, pode-se perceber que muitas instituições de ensino, ainda que tenham assinado o instrumento contratual, não cumprem com o que está ali disposto.

Além deste óbice para conquistar a potência possível do instrumento contratual, há de se destacar que o compromisso vai para além da assinatura do contrato COAPES. São necessários também outros movimentos institucionais para a garantia do compromisso ali firmado, como a necessária revisão de processos de trabalho de todos os atores e instituições que compõem o quadrilátero, tema também já abordado previamente. Entende-se este como um dos movimentos que pode asseverar também a formalização do compromisso entre as partes.

Por fim, há de se dar destaque à um ponto que pode ser um grande óbice na formalização entre as partes, expresso tanto no relato da Entrevista 03 quanto apresentado em importante estudo que analisa, dentre outras questões, a implementação do COAPES nacionalmente, que afirma que

muito mais ou menos o COAPES consegue estabelecer termos adequados de cooperação. Como fazer COAPES quando o campo é todo gerido por OS, que obedecem a um contrato de gestão que não prevê formação na rede? Eu acho que aí existe um problema, um desafio bem relevante para a SGTES. Porque sim, todo mundo concorda que o campo hoje seja o SUS mesmo, ninguém discorda disso, precisa se preparar para isso (Nunes et al., 2024, p. 181).

Entende-se, desta forma, que a realização de contratos para gestão e assistência de serviços de saúde, se inadequadamente redigidos e firmados,

podem comprometer substancialmente o compromisso do SUS como ordenador e campo para a formação de profissionais de saúde. Esta situação poderá constituir-se como um obstáculo à conformação do SUS como rede escola, e é uma preocupação também presente em diversos relatos das entrevistas, como exemplificado pela fala de que

quando a gente firma alguns tipos de parceria, parceria público-privada, acaba tendo a parcerização de alguns serviços, têm que estar muito pautado que o ensino faz parte disso, e que a gente precisa garantir que tenhamos profissionais qualificados, que os serviços estejam abertos para receber os estudantes, e que a gente possa estar aberto à discussão também com as entidades, com as instituições de ensino (Entrevista 04).

Com o presente exposto, assinala-se que não basta apenas assinar o instrumento contratual do COAPES, entendendo-se que, desta forma, está assegurada a atenção à diretriz de formalização do compromisso entre as partes. Mais que isso, é necessário o cumprimento do disposto no contrato, à luz das orientações presentes na legislação.

Além disso, as preocupações sobre o sucesso da consecução do instrumento contratual do COAPES são inúmeras, versando não apenas sobre a formalização e cumprimento deste instrumento, mas também sobre a formalização institucional, de todas e de cada uma das partes envolvidas, no sentido de viabilizar as condições necessárias para cumprir com o que está ali disposto. Não obstante, fica o questionamento de como monitorar ou garantir o cumprimento do instrumento contratual, haja visto já haver a sinalização de este ser um desafio a nível nacional e municipal, tema que será abordado em breve no presente estudo.

Sobre a diretriz da revisão ética/propositiva constante da Integração Ensino-Serviço-Comunidade

Uma das diretrizes estabelecidas e propostas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com o instrumento de celebração de COAPES é o de viabilizar a revisão ética e propositiva constante da IESC.

Observa-se, conforme os relatos já expostos no capítulo 3, que na experiência de Porto Alegre esta diretriz está bastante alicerçada e atravessa a atuação de todas as instâncias, sejam as que envolvem todos os atores, sejam as instâncias nas instituições componentes. Está presente até mesmo em momento anterior à celebração do COAPES no município, pois já na estruturação do CPES e na instituição da CGAL este era um ponto abordado nas reuniões e no trabalho destas instâncias pelas pessoas representantes de todos os setores (Entrevista 06).

Cabe aqui apresentar que há uma sistematicidade na forma com que a Comissão Executiva do COAPES atualmente aborda e constrói a revisão ética e propositiva dos princípios e objetivos presentes na legislação sobre a IESC. Nesta sistemática “nós elencamos todos os objetivos contratuais e definimos alguns para trabalhar no ano [...] a gente levanta os objetivos e trabalha durante o ano as questões que são relacionadas a esse objetivo” (Entrevista 02).

Pontua-se também que esta sistemática não é presente apenas na Comissão Executiva do COAPES, pois ela “primeiro, sempre é feita junto com os DDAs, eles escutam as gerências e as lideranças dos DDAs e trazem as necessidades, dificuldades, desafios e até potencialidades [...] é dessa forma que a gente faz a escolha daquilo que o COAPES vai trabalhar [nos seminários]” (Entrevista 02). Além disso, há o relato de que a revisão e atenção aos objetivos e princípios presentes na legislação “é uma pauta que sempre influencia as nossas reuniões, falando sobre os objetivos, dizendo como que a gente pode atender eles, mas a gente elege então alguns e trabalha durante o ano aqueles objetivos” (Entrevista 02).

Pode-se também partilhar o entendimento de que houve o desejo e aposta, com a instituição do COAPES, para a qualificação e ampliação da política da IESC como um todo. Justifica-se esta afirmação com o relato que

apresenta a percepção do grupo que fazia a gestão da IESC em Porto Alegre nas primeiras discussões sobre a celebração do COAPES no município:

ele [o COAPES] poderia servir para a gente desenvolver algumas políticas mais qualificadas e, digamos assim, mais de futuro, e a gente tentou fazer, no tempo que eu estava lá, uma que a gente discutiu bastante foi a curricularização da extensão. Então, nós discutimos bastante isso e estabelecemos várias diretrizes (Entrevista 01).

Há também a aposta e movimentações, pela gestão do COAPES, para que este fortaleça o princípio da revisão ética e propositiva constante da IESC, possibilitando ao trabalho em Porto Alegre aprofundar e ampliar a discussão sobre a gestão da IESC nas mais diversas instâncias, conforme sinaliza o relato de que

o COAPES, tem ideias de crescer, de ampliar, de poder ter discussões mais fortes, principalmente sobre poder discutir projeto pedagógico, discutir a organização pedagógica, porque ela ainda está muito centrada na universidade, que chega com uma proposta no serviço. A ideia do COAPES é mais, que as propostas da universidade realmente tenham um pé muito mais forte no serviço, uma coerência, enfim, uma relação mais forte. Isso, eu acho que a gente não conseguiu ainda (Entrevista 05).

Metodologicamente, o COAPES de Porto Alegre propõe trabalhar de forma intensiva e sistemática a atenção à este princípio por meio de seminários que ocorrem com a periodicidade média anual. Há consenso entre as pessoas entrevistadas da avaliação destes seminários como espaços muito potentes e importantes. Ainda, pontua-se que o objetivo dos seminários é o de “retomar ou abordar o que são os objetivos mesmo do COAPES” (Entrevista 03), convocando todos os entes envolvidos (preceptores, gestão, instituições de ensino e controle social) ao debate franco sobre a qualidade da IESC no território (Entrevistas 04, 05 e 06).

Quanto aos seminários, as entrevistas apontam uma importante preocupação quanto aos riscos de sua qualidade diante da dificuldade de

presença de todos os atores envolvidos na IESC (Entrevista 05) e do risco pela descontinuidade destes espaços (Entrevista 04). Estima-se que este ponto possa ser fortalecido com a garantia da presença de trabalhadores(as) da rede de saúde, pois há a percepção de que

esses seminários só fazem sentido com trabalhadores. O trabalhador tem que ser liberado um turno, ele tem que ter isso. A gente ainda consegue manter isso. Porque a estratégia não é dizer “não, não quero que discutam”. Nunca veio isso nem virá, mas vem de outra forma, com redução: “ah, não é possível liberar o trabalhador”, ou “a gente precisa dos trabalhadores das unidades, são dez, mas vai só um representando” (Entrevista 05).

Ademais, entende-se que os seminários, como todas as demais instâncias de gestão da IESC em Porto Alegre, podem ser qualificados com a presença de estudantes além dos trabalhadores. Reconhece-se este movimento através de diversos relatos, como o que afirma que “a gente sempre tentou trazer representação de estudantes e preceptores” (Entrevista 06), demarcando tanto o reconhecimento da importância de participação efetiva de todas as pessoas envolvidas nas ações de integração quanto a mobilização do grupo gestor para viabilização desta.

Outro ponto a ser fortalecido versa sobre a participação efetiva das instituições de ensino nestes seminários. Conforme relatado na entrevista, algumas IEs podem compreender erroneamente os objetivos do seminário, utilizando-se destes espaços mais à nível de promoção e divulgação da instituição, em detrimento de atender seu objetivo que é o de revisão da integração, discussão sobre os cenários conjunturais e sobre as práticas, qualificação da política no município e discussão sobre o projeto pedagógica na formação de trabalhadores(as) em saúde (Entrevista 05). Assinala-se que as IEs podem desempenhar, de forma mais contundente (até mesmo formalizada), a mobilização de estudantes para participação nas instâncias de gestão da IESC.

Após a realização dos seminários, há a produção de um relatório que compõe a orientação sobre o planejamento e execução dos trabalhos da Comissão Executiva do COAPES (Entrevista 06).

Inferese, portanto, que na experiência de Porto Alegre, por meio dos seminários, há a indicação de uma potente e inovadora metodologia para a consecução do princípio da revisão ética e propositiva constante da IESC. Entende-se potente principalmente pois ocorre sistematicamente, produz resultados, induz os trabalhos e convoca a participação qualificada do quadrilátero da IESC, permeada notadamente pelo entendimento de que é “estratégico pensar a integração, ensino e serviço como uma política estratégica que opere na lógica do SUS” (Entrevista 01).

Estima-se, portanto, que estabelecer uma metodologia que conformasse, verdadeiramente e em ato, como um caminho para a diretriz da constante revisão ética e propositiva da IESC, assinala que a experiência de Porto Alegre compromete-se com o fortalecimento do SUS pois

a busca pela construção de redes de trabalho colaborativo para a produção de conhecimentos em saúde, quando arquitetada a partir de um processo participativo e democrático, apesar de tornar-se um desafio, favorece o fortalecimento da educação permanente como estratégia política de formação no/para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Santos et al., 2025, p. 62).

Portanto, para muito além de executar um trabalho que retome os princípios éticos que orientam o trabalho da IESC nas mais diversas instâncias de gestão, inferese que estabelecer uma sistemática para tal reflete também o amadurecimento do processo o qual estimula a revisão ética constante para a efetivação de ações de integração comprometidas com princípios e diretrizes do SUS como um todo, estimulando a adoção desta estratégia por outras políticas do SUS no município.

Sobre a diretriz de estabelecer monitoramento e avaliação

Diante do previsto na Portaria 1.127/2015, orienta-se também que os COAPES instituídos elaborem sistemática de monitoramento e avaliação do seu trabalho e, tão logo, da execução da política de IESC nos territórios. Conforme abordado no capítulo 1 do presente livro, destaca-se que não há a disponibilização de orientações ou instrumentos, por parte do ente federado, que inscreva sobre como deve-se estruturar este processo.

Ao analisar a experiência de Porto Alegre pode-se inferir que existe a constante avaliação e monitoramento sobre a execução desta política, considerando, conforme descrito no presente capítulo, as ações de retomada sistemática e perene dos objetivos que orientam a IESC, nas mais diversas instâncias, principalmente nos espaços dos seminários.

É percebido também pelos relatos das entrevistas que ações que visam ao monitoramento e avaliação estão consolidadas nas instâncias de gestão, além de serem reiteradamente apresentadas e estimuladas, principalmente pelos técnicos da Equipe de Desenvolvimento na sua atuação profissional (Entrevistas 01 e 06). Além disso, estratégias de monitoramento e avaliação estão presentes na pauta nas reuniões da Comissão Executiva do COAPES, nas reuniões das CGALs e das Coordenadorias (Entrevistas 04 e 06), ainda que não haja previsão de uma sistemática para executá-las, o que pode gerar o temor de que se perca esta diretriz diante das intensas e diversas demandas do trabalho nas instâncias (Entrevista 02).

Entretanto, é presente no relato da quase totalidade das pessoas entrevistadas, de forma bastante contundente, a importância e necessidade de se estabelecer uma sistemática para avaliação e monitoramento do COAPES, conforme resume o entendimento de que

ajudaria bastante. Porque quando a gente fica muito livre também, as outras demandas acabam nos atropelando. Então eu vejo que nós

tivéssemos que prestar uma determinada conta, que nós tivéssemos que obrigatoriamente fazer tais e tais coisas, acho que nós daríamos um jeito de fazer (Entrevista 02).

Além disso, entende-se que uma sistemática oportuniza “ter orientações, monitoramento, avaliação dos trabalhos do comitê do COAPES” (Entrevista 03), afirmação corroborada pela indicação de que “tem que se estabelecer objetivos e metas de COAPES, de integrações no serviço” (Entrevista 05).

Ademais, as pessoas entrevistadas partilham a concepção de que uma sistemática de monitoramento e avaliação pode ajudar a fortalecer o compromisso de todas as partes com os princípios e diretrizes da IESC e do SUS. Dentre eles, com a revisão ética e propositiva constante da IESC (Entrevista 06), a fortalecer a integração da rede (Entrevista 03), a ampliar o olhar para viabilizar uma avaliação mais efetiva sobre a IESC e sobre a atuação de todos os atores presentes nesta rede (Entrevista 05) e, propriamente, para pensar e qualificar a ação das instâncias e o impacto da IESC no município sob um olhar qualitativo, não apenas quantitativo (Entrevista 04).

É muito importante observar que a percepção compartilhada pelos atores entrevistados encontra profunda ressonância na produção teórica sobre a ação do quadrilátero da formação em saúde, ressaltando que esta foi produzida muito anteriormente à proposta de formalização da IESC por meio do COAPES. Como descrevem Ceccim e Feuerwerker (2004, p.52),

para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, deve-se prever mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente em saúde, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde.

Ainda assim, observa-se que a elaboração de uma sistemática de avaliação não está hoje presente na discussão dos trabalhos do Comitê Executivo, mesmo que assinalada a percepção dos membros sobre sua importância e sobre as consequências positivas que esta poderia trazer.

Pontua-se também a reflexão que estabelecer uma sistemática de avaliação para as ações de IESC é significativamente complexo, primeiramente porque entende-se basilar que esta ação deva ser estendida a todos os atores presentes no quadrilátero da formação em saúde. Ademais, esta ação faz-se complexa pela dificuldade de estabelecer indicadores, qualitativos e quantitativos, que possam mensurar e produzir respostas sobre as mais diversas nuances que atravessam a IESC (Entrevista 06), já que, para avaliar de forma efetiva, “não é só fazer lá uma perguntinha, você gosta do COAPES ou não gosta do COAPES? [...] Mas o que a gente avançou, o que a gente não conseguiu e por quê?” (Entrevista 06).

A complexidade desta tarefa também está exposta em importante e recente estudo proposto pela Universidade Federal da Bahia sobre a avaliação e monitoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o qual traz, dentre diversas reflexões, a necessidade de se pensar este processo sob a perspectiva dos diferentes entes interessados e envolvidos, com o uso de método, técnicas e instrumentos baseados em fundamentos e abordagens adequadas para que, as informações ali produzidas e coletadas possam ser utilizadas para fins de qualificação da política (Pinto; Esperidião, 2022, p. 56).

Reiterando o conteúdo de discussão já apresentado pela percepção das pessoas entrevistadas, entende-se que, para além da necessidade de apresentação de sistemática de monitoramento e avaliação do COAPES, devendo estes estarem contidos nas políticas públicas e atos normativos que os rege, é notório que “a avaliação das experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se em importante lacuna a ser preenchida pela produção acadêmica e pela prática da pesquisa em serviços de saúde” (Pinto; Esperidião, 2022, p. 13).

Se a falta desta sistemática é sentida na análise de uma experiência bem-sucedida de IESC, como a de Porto Alegre, certamente ela se faz presente de forma intensa na experiência de outros municípios e territórios que vêm encontrando significativas e estruturais dificuldades de condução adequada da política.

Ante o exposto, pode-se inferir sobre a necessidade da definição metodológica qualificada sobre os parâmetros para execução da integração ensino-serviço-comunidade, bem como a necessidade de estabelecimento de sistemática de monitoramento e avaliação. Reflete-se daí a indicação de uma tarefa que remete ao trabalho da gestão em saúde, a qual entende-se poder ser exitosa se, verdadeiramente, realizada com a inserção de todos os entes do quadrilátero envolvido na formação em saúde.

OS DESAFIOS DA E NA GESTÃO DO SUS EM PORTO ALEGRE

A terceirização e desmonte do SUS em Porto Alegre

Não dá para tirar do contexto do mundo, das terceirizações, precarização no trabalho. [...] Para destruir é rapidinho, para construir tu leva muito tempo, sabe? (Entrevista 06).

Um ponto recorrente e fortemente presente nos relatos das entrevistas, conforme já apresentado nos capítulos anteriores, versa sobre as consequências da terceirização no SUS e da precarização do trabalho na gestão da IESC.

A terceirização e desmonte do SUS é um fenômeno presente em todo o território nacional, como aponta Sodré, pois

as terceirizações representam a maior forma de modificação nos contratos de trabalho, uma vez que, em âmbito federal, estadual ou municipal, os três entes da administração pública lançaram mão desse modo de contratação em larga escala e atingiram quase a totalidade dos trabalhadores da saúde (Sodré, 2025, p. 4-5).

Dentre as consequências diretas do avanço das terceirizações na gestão e assistência do SUS, Sodré relata que como resultados dos vínculos trabalhistas terceirizados têm-se a “alta rotatividade entre os profissionais contratados” (Sodré, 2025, p. 10). A alta rotatividade, por sua vez, compromete

a qualidade, longitudinalidade do cuidado e o princípio de descentralização do SUS, pois “nesse formato, torna-se reduzida a possibilidade de vinculação com usuários ou território de atuação” (Sodré, 2025, p. 11), consequências estas que apontaram-se como marcadores importantes na experiência de gestão da IESC de Porto Alegre.

A terceirização no SUS é uma realidade presente no município de Porto Alegre, e avançou significativamente durante o período estudado (a partir de 2011) marcadamente, conforme os relatos, na Atenção Primária em Saúde. A entrevista 01 relata que o avanço da terceirização foi percebida nas últimas três gestões municipais (Marchesan 2017-2020 e Melo 2021-2024/2025-2028), que são vistas como “gestões de privatização, de desmonte, teve a extinção do IMESF, hoje nós temos toda a atenção primária terceirizada, [...] esse processo de desmonte só avançou, cada vez privatizando mais, desmontando serviços” (Entrevista 01). Portanto, compreende-se que não é possível constituir a análise proposta no presente capítulo sem pontuar os impactos deste processo na IESC.

É possível perceber diversos impactos do avanço da terceirização no SUS no município no decorrer do tempo nos relatos das pessoas entrevistadas, presente na resposta destas à construção do processo histórico e na análise dos mais diversos fatores instituintes da IESC no município. Na entrevista 05, destaca-se um excerto que relata, resumidamente, o avanço da terceirização no município e suas consequências, ao que entende-se importante registrar este excerto para situar o processo:

Eu dividiria em três fases que eu acompanhei: O primeiro momento em que era todo mundo estatutário, então as discussões eram um pouco diferentes, a participação, o envolvimento dos trabalhadores, os posicionamentos dos trabalhadores, eu notei essa diferença. Teve um momento intermediário, quando começaram as contratualizações, começaram as terceirizações, e hoje o termo utilizado, inclusive pelos trabalhadores, é parcerização, eu achei que às vezes era de forma irônica, mas não é. Algumas pessoas usam o termo ironicamente. Nem todo mundo usa as aspas, mas você vê as aspas no tom que a pessoa tá falando, mas para alguns, tanto trabalhadores quanto

gestores, é muito tranquilo ter uma parcerização, está dado. Nesse momento intermediário, tinha uma combinação com a gestão que as atividades de ensino ficariam nas unidades próprias [da SMS, não terceirizadas].[...] E hoje, um terceiro momento, que cada vez se tem menos unidades próprias, praticamente quase nenhuma. E isso gerou um processo de mudança do ensino para se adaptar a essa realidade. - hoje a gente está literalmente dentro do olho do furacão [...] com os alunos, nos momentos de discussões mais teóricas, que a gente chama de concentração, é uma das pautas, tanto nesses momentos mais formais, quanto, que eu acho mais forte ainda, na informalidade das tutorias, no deslocamento até unidade, essa é uma pauta fixa. Então, a gente está vivendo isso, e isso organizou muito o nosso processo. E quando eu falo isso, eu não falo só no sentido que é ruim. Ele é ruim por várias coisas, ele tem coisas negativas para os trabalhadores, para os usuários, para o serviço, enfim, porque é uma outra forma de pensar, pautada em demanda, pautada em meta, produtividade, que não necessariamente sejam coisas ruins, mas elas são muitas vezes, porque elas patrolam várias coisas que se defendem de cuidado integral, de atenção, de sobrecarga do trabalhador, não só do usuário (Entrevista 05).

Dentre os principais impactos da terceirização na Atenção Primária em Saúde, traz-se o da extinção do IMESF, que ocorreu em 2019 após decisão do Supremo Tribunal Federal formalizada pela publicação da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 70046726287. Após extinção do IMESF, a responsabilidade sobre a composição das equipes e serviços da Atenção primária passaram para Organizações Sociais e Entidades Filantrópicas.

Outro impacto do avanço da terceirização na Atenção Primária foi a diminuição das equipes de NASF, conforme descrito no Plano Municipal de Saúde, que também reconhece os impactos destas mudanças na gestão da IESC:

Também é importante destacar que, nos últimos anos, a política de integração ensino, serviço e comunidade da SMS tem sido moldada a partir de processos de transformação da rede assistencial. A redução dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e o processo de extinção do Instituto Municipal de Estratégia da Saúde

da Família (IMESF) implicam na redução do espaço de formação para os alunos nos serviços da SMS interferindo no processo da formação profissional para o SUS e, em especial, para atuação na atenção primária (Porto Alegre, 2021b, p. 461).

A mudança neste cenário produziu, como principais impactos relatados, desmonte dos serviços e fragilização dos vínculos de trabalho, pois antes “basicamente todas as unidades eram unidades próprias, ou seja, todas com trabalhadores concursados, estatutários, com regime de trabalho, e isso começou a mudar” (Entrevista 05). Além disso, a mudança tensiona as relações, comprometendo o cuidado ofertado nos territórios, corroborando com o apontado por Sodré (2025) quando afirma que a terceirização impacta na alta rotatividade dos profissionais e na dificuldade de vinculação destes com usuários(as) e territórios.

No contexto que institui o provimento de trabalhadores(as) para a atenção primária majoritariamente por vínculos de trabalho terceirizados e fragilizados, observam-se consequências como a falta de acúmulo da construção histórica da política pública de saúde, da reduzida qualificação destes profissionais para atuação e da falta de vínculo com o cuidado, com usuários(as), com o território e, não obstante, o distanciamento deste profissional com a consolidação efetiva do SUS, nos mais diversos papéis, nas mais diversas instâncias.

A entrevista 06 relata impactos como a escolha pelo não posicionamento e não registro de queixas por parte dos trabalhadores diante da ameaça de demissão, que gera também o esvaziamento da representação de trabalhadores nos espaços do controle social e nas instâncias de gestão da IESC dos territórios. Além disso, relata que há desinteresse e dificuldade de profissionais com perfil para receber as ações de IESC pois, ainda que haja a oferta de formações para as atividades de preceptoria, a alta rotatividade implica no desligamento constante de profissionais que estavam sendo formados para receber as práticas nos territórios, percepção compartilhada com o relato da Entrevista 05.

Ainda, a entrevista 06 aponta que os trabalhadores “dizem para nós, de cantinho, que eles têm medo, porque mesmo que eles participem da reunião, dependendo do que eles falam, eles são chamados depois” (Entrevista 06). Estes achados sinalizam, também, que os vínculos trabalhistas terceirizados viabilizam com maior frequência situações que podem se caracterizar como de assédio e violência.

Para além do processo de terceirização, o SUS enfrenta, historicamente, um processo de desmonte, caracterizado pelo

contexto que se instaurou no Brasil nos últimos anos com as sucessivas tentativas de golpe ao regime democrático e avanços das forças autoritárias, neoliberais e conservadoras: retorno de doenças já erradicadas, população descredibilizando os serviços públicos, mídia reforçando sucateamento crônico do sistema pautado em subfinanciamento e desvio de verbas e, consequentemente, instituições privadas sendo colocadas como solução de todos os problemas da gestão pública (Lago, 2024, p. 220).

Em Porto Alegre, consequências deste processo de desmonte do SUS são percebidas, por exemplo, na falta de acúmulo técnico pela não reposição de profissionais, em especial nos espaços de gestão das políticas de saúde, com o exemplo do esvaziamento da Equipe de Desenvolvimento que sofreu redução em mais da metade no seu quadro de profissionais ao longo do período estudado (Entrevista 01) e esvaziamento da representação dos profissionais da gestão nos Distritos Docentes Assistenciais, provocando também a redução do número de gerências distritais (Entrevista 06).

Além disso, percebe-se também como consequência do desmonte do SUS a deslegitimação do Conselho Municipal de Saúde e de outras instâncias do Controle Social (Entrevista 05), que pode ser entendida como uma ação de silenciamento às instituições que, historicamente, posicionam-se em defesa do SUS. Há de se pontuar que este processo é multifatorial, mas que o aumento da intensidade de conflitos entre CMS e a gestão da SMS é sensível em Porto

Alegre no período estudado, conforme aponta importante estudo de Ribeiro et al. (2025), que analisa este histórico entre os anos de 1988 e 2022.

Outro ponto de análise elencado pelas entrevistas é a fragilização e descontinuidade de instâncias descentralizadas de gestão (Entrevista 06), consequência também da sobrecarga de profissionais que ainda estão lotados(as) na gestão, que conta hoje com um número bastante reduzido no seu quadro técnico, em comparação à 2011, para as demandas de trabalho ali alocadas (Entrevista 01).

Quanto ao processo de desmonte vivenciado e expresso na saúde pública de Porto Alegre, acredita-se que “se não houver uma reversão desse quadro, a tendência é esse processo de redução da qualidade continuar seguindo no mesmo rumo” (Entrevista 01), comprometendo a política de integração ensino-serviço-comunidade de forma direta e incisiva.

Pontua-se que o cenário conjuntural de terceirização e desmonte no SUS no Brasil, somado ao fator da crise econômica vivenciada, também inscreveu importantes mudanças nas Instituições de Ensino. Estas mudanças foram percebidas, no contexto de Porto Alegre, pela redução de estudantes nas instituições privadas (Entrevista 01 e 02), redução do financiamento das instituições públicas, impactando também na redução, suspensão e/ou extinção de programas voltados à IESC, como o PET-Saúde (Entrevista 01), além do aumento dos cursos de Educação à Distância, provocando um tensionamento nos cenários de prática diante da alta demanda pela alocação de estudantes para as práticas em cenários qualificados e suficientes para receber as ações de IESC (Entrevista 04).

Impactos da terceirização do SUS sobre a Integração Ensino-Serviço-Comunidade

A condição para que uma rede escola funcione é que ela seja uma rede (Entrevista 01).

Com a reflexão proposta pelo relato da entrevista acima elencado, é indispensável pensar que para que haja a efetivação do SUS como rede escola, para que haja a efetivação da integração ensino-serviço-comunidade, primeiramente é necessário garantir a construção e implementação da rede de serviços e ações que compõem o SUS de forma adequada, suficiente e com qualidade. Como afirma Nunes et al.,

para avançar na área de trabalho e de educação na saúde, importa atuar no campo político, ligado à governança, à suficiência financeira da gestão pública, bem como à capacidade de regulação dos processos educativos e de trabalho em saúde. A busca para a sustentabilidade no SUS em tal área exige forte ação coordenada para a negociação intersetorial e interinstitucional, visando priorizar de fato as necessidades do SUS (2024, p. 165).

Os impactos desta conjuntura colocada no município de Porto Alegre nas ações e processos da IESC são evidenciados pelos relatos e análises já previamente abordados. Destes, destacam-se às reflexões que versam sobre a disponibilidade de profissionais para as ações de gestão e execução da IESC, sobre o tensionamento, fragilização e extinção dos campos de prática, dentre outros.

Além destes, pontua-se que os impactos foram sentidos, para as ações de IESC, no que se refere à organização dos processos e das relações de trabalho dos serviços de saúde (Entrevista 05); da preocupação com a previsão e execução das ações de IESC nos contratos terceirizados; com a disponibilização de profissionais qualificados, espaço e estrutura para receber as práticas; e abertura à discussão sobre a execução da política, preocupações estas que teme-se que não esteja presente por parte do gestor no momento de firmar os contratos com as instituições terceirizadas (Entrevista 04).

Diante do exposto, pode-se entender como condição primordial para a execução efetiva da IESC, seja em Porto Alegre ou em qualquer outra rede de saúde no Brasil, que o SUS seja adequadamente financiado e gerido de forma a atender seus princípios fundamentais. Observa-se que, com a

terceirização no SUS e com ações históricas e reiteradas que levam ao seu desmonte, há diversos impactos que inviabilizam a execução de ações de educação permanente em saúde em todos os seus âmbitos. Então, “há que se ter atenção institucional às condições materiais efetivas que dão suporte e permitem com que trabalhadores(as) da saúde, nas diferentes instâncias assistenciais do SUS, ponham em andamento ações e práticas relativas à EPS” (Nunes et al., 2024, p. 195).

Portanto, entende-se como central reconhecer que os caminhos para execução da política de IESC conforme legalmente preconizado estão, no momento, fortemente atravessados e prejudicados por uma conjuntura de desmonte e precarização do SUS que impactam de forma intensa nas ações da IESC. Cabe aqui apresentar a compreensão, por parte das pessoas entrevistadas, da dimensão da ameaça deste contexto à execução da política de IESC, pois esta análise se fez presente e atravessou intensamente as entrevistas, ainda que não constasse de forma direta nas perguntas do roteiro semiestruturado. Pode-se expressar esta preocupação com a síntese apresentada pela Entrevista 01, quando pontua que “o grande problema é o desmonte do SUS, do SUS como um todo e da Secretaria Municipal da Saúde. Isso aí vai levar à asfixia da integração ensino e serviço”.

Por fim, é fundamental reiterar que a conjuntura de avanço do desmonte e da terceirização no Sistema Único de Saúde impacta diretamente na integração ensino-serviço-comunidade pois, “quando o SUS entra no processo de degradação, a gente também, na área de integração ensino e serviço, começa a sentir os impactos e passa a ser degradado na mesma medida” (Entrevista 01).

Ainda que o presente capítulo apresente, sumariamente, os caminhos bem-sucedidos que a experiência de Porto Alegre consolida rumo ao atendimento ao preconizado na legislação, entende-se que esta experiência exitosa pode estar ameaçada diante do avanço do desmonte, precarização e terceirização no SUS. Portanto, afirma-se que para efetivação da IESC é necessário, sobretudo, o fortalecimento e garantia da execução do SUS

enquanto gestão, assistência, participação social e campo para ordenamento e formação de profissionais. Se o SUS pode e deve ser consolidado como rede escola, só será possível essa dimensão do SUS existir em ato se, efetivamente, o SUS puder se constituir enquanto rede de atenção à saúde conforme preconizado, com o cuidado a partir do território, longitudinal, com equipe e serviços adequados e suficientes, com controle social fortalecido e com espaço e possibilidade para o estabelecimento de instâncias que executem sua gestão de forma ética, responsável e institucionalmente comprometida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste livro buscamos analisar e relatar sobre a experiência de condução da política de IESC em Porto Alegre, dedicando também a atenção à estruturação e à gestão do COAPES no município. A partir da análise de documentos, dos marcos legais e das narrativas das pessoas diretamente envolvidas na construção histórica desta política, podemos compreender que a experiência do município ultrapassa a formalização de um instrumento, ou o atendimento ou não às cláusulas de um contrato. Muito mais, os caminhos apresentados demonstram que a consolidação da IESC em Porto Alegre conta com a conformação de estruturas institucionais permanentes, de instâncias coletivas e colegiadas de pactuação e de gestão e, sensivelmente, com a construção contínua de relações políticas, éticas e organizacionais comprometidas com o SUS.

A experiência de Porto Alegre nos mostra que a efetividade do COAPES não é dada, majoritariamente, pela atenção à normativa nacional que o institui. Sobretudo, a experiência ali consolidada vem de um processo histórico marcado pela capacidade de organização e incidência política e institucional das pessoas envolvidas em sua execução. Com este escrito, podemos observar que a existência de espaços colegiados permanentes, produzindo fortes e perenes vínculos entre as pessoas, a formalização das instâncias de gestão para a IESC e a indução e acompanhamento de processos pelo controle social conformam condições fundamentais para a continuidade e fortalecimento da política no município. Nesse sentido, percebemos que a IESC não se sustenta apenas por meio de atos normativos (com as devidas ressalvas à importância destes), mas pela existência de grupos comprometidos com a construção coletiva e cotidiana de pactuações, de forma alinhada e coerente às necessidades dos territórios e aos princípios do SUS.

Ao longo das análises realizadas e aqui presentes, fica evidente que um dos principais elementos que singularizam a experiência de Porto Alegre é o grau de institucionalização alcançado pela política de integração ensino-serviço-comunidade. A constituição de estruturas permanentes de gestão da IESC, a formalização de instâncias (sejam as colegiadas, instâncias nas instituições de ensino, na rede de saúde e no controle social), a participação histórica do controle social na indução das políticas de educação em saúde e a organização territorial, tanto dos campos de prática quanto de instâncias de gestão, falam de uma experiência que revela densidade política e administrativa. Ademais, observamos nesta experiência a presença concreta dos elementos do Quadrilátero da Formação em Saúde, proposto por Ceccim e Feuerwerker, especialmente na capacidade de articulação de seus vértices (ensino, gestão, atenção e controle social) na condução dos processos de formação e trabalho em saúde.

Portanto, entendo que a experiência de Porto Alegre demonstra que a consolidação da IESC depende da construção de vínculos orgânicos e perenes entre as diversas pessoas e instituições que compõem o SUS e os processos formativos em saúde. Relembro aqui, conforme relatado na apresentação deste livro, que o objeto de estudo da dissertação foi construído em conjunto com a Comissão Executiva do COAPES de Porto Alegre, que assinalou a necessidade, óbvia, de reconhecer a importância dos processos históricos que sustentam e constroem experiências exitosas. Ao fazer o resgate de parte desta história e escutar ela ser apresentada de forma tão coesa entre diferentes pessoas, fica evidente que o vínculo constituído neste quadrilátero é uma marca da história da IESC de Porto Alegre.

Além disso, ponto que é fundamental retomar, a escolha pelo tema de estudo parte de uma inquietação pessoal sobre os modos e possibilidades de gestão da IESC nos municípios, alimentada diariamente pelo meu trabalho no SUS, neste momento como gestora na política de Educação Permanente em Saúde Coletiva no município de Novo Hamburgo-RS, pois entendo que “a escrita a partir de experiências empíricas inovadoras no SUS é uma

excelente estratégia de aprendizagem e uma generosa forma de compartilhar aprendizados e desafios, que podem ajudar outras pessoas” (Oliveira, 2025, p. 21-22). Por certo, aprendi muito com esta experiência e desejo que este livro esteja no caminho de encontro com a inquietação de outras pessoas que atuam na consolidação da IESC nos mais diversos territórios.

Esta inquietação é também alimentada pelo meu posicionamento militante diante da construção do SUS como projeto de sociedade, pois acredito que

a inquietação, a busca por formas mais efetivas de cuidar e gerir os recursos do SUS, a curiosidade epistêmica, precisam estar acesas no trabalho nesse tempo difícil que vivemos. Criar novas formas de solidariedade, de indignação coletiva e de vontade de mudar o mundo é um desafio imposterável (Oliveira, 2025, p. 22).

Falar sobre uma experiência vivida por terceiros é extremamente desafiador. Desde o temor de não deixar de fora pontos importantes apresentados nas entrevistas, de avaliar as narrativas com bastante cuidado e respeitando a força de cada palavra e colocação ali presentes, de prezar pela integridade, sigilo e respeito para com as pessoas entrevistadas até a difícil tarefa de constituir a cadência coletiva destas narrativas. Mas, mesmo que a tarefa seja desafiadora, encontrei neste processo muitos momentos de alegria e senti meu compromisso com o SUS renovado, pois foi através da narrativa, ação tão importante para a saúde coletiva, que encontrei outras inquietações e relato uma memória viva de uma forma efetiva de gestão da IESC.

É desafiadora e complexa também, na construção de uma cadência de - e de um sentido para - uma narrativa, a tarefa de costurar ideias, fugas de ideias, relatos, observações, silêncios, objetivos, conjuntura e medos. Digo isto pois as entrevistas suscitaram muito mais do que estimava a pesquisa e meus anseios, mas foram um reflexo da complexidade que é o SUS. Escolhi, portanto, valorizar e preservar as narrativas das pessoas entrevistadas, fazendo-as constar nos longos excertos presentes nos capítulos anteriores, nas questões

que não se esperava abordar e na própria escolha do uso dessas narrativas como eixos orientadores de análise, com o pensamento de que

narrar a vida é de algum modo lutar contra o esquecimento, contra o efêmero dos tempos modernos, esse tempo que não temos para sentar e ouvir uma história. É produzir sentido através da memória e das costuras que são possíveis nesse alinhavo que vai e volta, que atravessa os tecidos e suas camadas, que dá arremate quando preciso. Juntar nossos retalhos de vida, nossos encontros e caminhos é reconhecer a sabedoria do tempo, que atua através da história para constituir e ressignificar o que nos faz nós, o que nos faz o outro (Lago, 2024, p. 215).

Fernando Pigatto, o “Peixe”, ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde e importante referência teórica e profissional para mim, fala que as narrativas nos atçam a pensar. Digo isso para apresentar que não me parece possível finalizar este livro sem mencionar um significativo acontecimento, fruto da sabedoria do tempo agindo sobre a história e seus processos, que foi o julgamento dos atos golpistas de 08 de janeiro de 2023, processo iniciado em 11 de setembro de 2025 pelo Supremo Tribunal Federal. Este fato, contemporâneo ao momento em que realizava a coleta das entrevistas, foi um atravessamento gigante ao meu processo de escrita, de escuta, me atçou.

Neste livro, em que exalta-se a centralidade de instâncias democráticas para a gestão do SUS, é fundamental afirmar a urgência, em nossa sociedade, do reconhecimento da importância dos processos históricos, seja para construir uma narrativa que apresente a experiência democrática da IESC em Porto Alegre, desejando que esta permaneça forte e incentivando outras experiências, seja para assinalar que é imprescindível, enquanto trabalhadora do SUS, defender a democracia no Brasil, que respira mas ainda é frágil.

É importante lembrarmos que Sérgio Arouca, em seu discurso de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), afirmou que **saúde é democracia**, e vejam só o quanto atual é essa afirmação proferida

há 40 anos atrás. Ainda, o discurso de Arouca nos faz lembrar que “saúde é ter um sistema político que respeite a livre opinião, a livre organização e a livre autodeterminação do povo, livre do medo da violência” (Arouca, 1986, p. 36). E, na leitura atenta aos capítulos anteriores, podemos ver que quando a democracia fragiliza o SUS também fragiliza, fazendo voltar os medos, as violências, o cerceamento de ideias e de posicionamentos.

Entendo que este “atravessamento”, na escrita e na democracia, é produto do entendimento de que não é responsável falar sobre uma experiência que fortalece e qualifica o SUS sem, neste momento, mencionar a importância histórica do julgamento dos atos antidemocráticos, pois a “produção de saúde está associada fortemente à renovação da democracia, onde o estar no mundo exige força e protagonismo das pessoas” (Ferla et al., 2024, p. 26). Ouso aqui afirmar que o SUS é o maior e melhor exemplo do exercício do Estado Democrático no Brasil. Desejo que nós, que construímos o SUS de diversos lugares, possamos compreender e endossar que **são indissociáveis as lutas pela defesa da democracia e pela defesa do SUS.**

Retomo aqui a reflexão apresentada por Nunes (2024) de que estão intrinsecamente ligados à viabilidade de espaços que alicercem a gestão em saúde e as ações de educação em saúde comprometidos com os princípios do SUS, a defesa deste sistema e da Democracia. Partindo-se do pressuposto que estes espaços são possíveis apenas se construídos por pessoas que assim os pensam, afirma-se enfaticamente que o êxito da experiência de gestão da IESC no município de Porto Alegre só é possível pois conta e contou, ao longo de toda sua história, com protagonismo de pessoas fortes, com posicionamento e, mais importante, lutadores(as) que militam na defesa do SUS, atuando das mais diversas formas, nos mais diversos contextos e espaços. Há, sem dúvida, na gestão da política de IESC no município uma experiência do Quadrilátero da Formação em Saúde na práxis, em ação e em relações fortemente e perenemente estabelecidas.

Neste livro é possível é perceber onde estão alicerçadas grandes conquistas e o êxito da experiência: movimento social presente e combativo,

indutor de processos; políticas indutoras federais que movimentam, qualificam, apoiam e direcionam os trabalhos; trabalhadores(as) comprometidos, tanto nas instituições de ensino quanto na gestão e assistência à saúde. A viabilização de espaços democráticos, nos quais os atores do quadrilátero possam aprender, ensinar, solucionar conflitos, ter autonomia para tomada de decisões e apoiar-se fortemente, na base de muito diálogo, compreensão e articulação, marcam esta construção histórica. Ainda que tenha o intuito de ditar uma “receita” para que seja possível multiplicar uma experiência exitosa, podemos compreender que estes princípios fundantes foram e são importantes fomentos para viabilizar a consecução de trabalhos qualificados no campo da IESC.

Precisamos também reconhecer que, em Porto Alegre, existe e **resiste** uma experiência exitosa pois houve a possibilidade de manter espaços de construção coletiva alicerçados nos princípios do SUS, vinculados aos territórios de saúde e, principalmente, fortalecidos porque contam com a participação efetiva, comprometida e constante dos vértices do quadrilátero. E, quando chega para estas pessoas a orientação sobre a celebração dos contratos/instrumentos no modelo do COAPES, este espaço acolhe e constrói com toda a experiência já acumulada, transformando um contrato em “roda” (Ceccim; Feuerwerker, 2004), em potência, no fortalecimento do SUS, reafirmando que a política da IESC é estratégica para consolidação do SUS.

Ainda assim, ao refletirmos sobre a constituição atual da gestão da política de IESC no município, percebemos nos relatos o temor diante de desafios impostos pela conjuntura de terceirização no SUS no município, que provoca, dentre tantas consequências, a fragilização dos vínculos de trabalho e dos serviços da rede. Percebemos também um franco processo de desmonte do SUS enquanto política pública, gerando insegurança sobre a continuidade das pactuações acerca da IESC de forma qualificada. Já que a condição de se estabelecer uma rede escola é que ela seja uma rede, e se a rede do SUS no município está sob ameaça, há sem dúvida a fragilização da gestão e das ações da IESC.

Destaco também que, conforme relatos apresentados, a potência do grupo dos atores do quadrilátero no município se coloca, por vezes, para atuar em posição de defesa, para que não haja retrocessos ou ameaças à continuidade do trabalho que foi arduamente estabelecido. Ou seja, é possível fazer a leitura de que são as fortes relações e o comprometimento do grupo, que sustenta hoje a experiência exitosa de gestão da IESC em Porto Alegre, pois este quadrilátero vivencia atualmente um cenário bastante desfavorável para a constituição de seu trabalho e de tantos viáveis possíveis.

Portanto, percebemos que o percurso apresentado neste livro também revelou importantes desafios e limites para a consolidação da política de IESC. Para além dos desafios conjunturais ao SUS, há uma sensível fragilidade normativa ainda presente no campo da integração ensino-serviço-comunidade e do próprio COAPES, especialmente no que se refere à ausência de parâmetros nacionais mais consistentes de monitoramento, avaliação e condução dos contratos celebrados. Conforme apresentado neste livro, a inexistência de orientações metodológicas mais específicas pode produzir fragilidades institucionais e descontinuidades, especialmente em conjunturas locais favoráveis. Neste sentido, vejo como impostergável a tarefa de qualificação das políticas públicas para que essas possam dar maior sustentação à atuação qualificada do SUS nos territórios, nos mais diversos (e adversos) contextos.

Entendo que precisamos ter subsídios para constituir, em ato, a IESC como uma política pública estratégica para a consolidação do SUS. Seja pela inspiração que uma narrativa, ao nos atizar, pode produzir, seja pela indução, pelas políticas públicas, de processos de trabalho e de gestão qualificados e comprometidos com o SUS, o ideário produzido deve ser uníssono: a integração ensino-serviço-comunidade com todos seus atores e atrizes, todos seus processos, instituições e instâncias, deve ser entendida como dimensão inseparável da consolidação do Sistema Único de Saúde.

De minha parte, sigo com o desejo de que este livro tenha honrado os atores sociais envolvidos no processo histórico, bem como possa impulsionar

o debate e servir de incentivo, de inspiração e de apoio àquelas e àqueles que buscam, desde seus lugares de atuação no SUS, a construção de uma política de IESC qualificada e comprometida com o SUS. Certamente foi um alento poder vivenciar, escutar e estudar esta experiência, pois em tempos de temores diante das mais diversas ameaças ao SUS (e à democracia), reconhecer um viável possível, tão possível e tão potente, me fez esperar. Mas precisamos reconhecer também que é necessário, para além de garantir que não haja retrocessos, avançar no sentido de qualificação das políticas públicas, com especial atenção às políticas de gestão da IESC, para que seja possível induzir e multiplicar, desde o governo federal, processos e experiências exitosas.

*Não importa o que doa: é tempo de avançar
de mão dadas com quem vai no mesmo rumo,
mesmo que longe ainda este de aprender a conjugar o verbo amar.*

*É tempo, sobretudo, de deixar de ser
apenas a solitária vanguarda de nós mesmos(as).
Se trata de ir ao encontro.
(E, dura no peito, arde a límpida verdade de nossos erros).
Se trata de abrir o rumo.*

*Aquelas e aqueles que virão serão povo,
e saber serão, lutando.*
(Thiago de Mello)

REFERÊNCIAS

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T.; ROTHSTEIN, J. R. **Avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica do Sistema Único de Saúde**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 18, n. 00, e023007, 2023. e-ISSN: 1982-5587. Disponível em: <https://doi.org/10.21723/riace.v18i00.17089>

ALENCAR, H. H. R. de. **O quadrilátero da educação em saúde em movimento: a perspectiva do controle social no caleidoscópio**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.112. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, LDA, 1977.

BERNARDI, J. R.; RAMOS, M.; CANUTO, R.; SANTOS, Z. E. de A. **Memória dos processos de estruturação curricular e construção do atual projeto pedagógico do curso de nutrição da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul**. in: DIAS, M. T. G. (org.) et al. Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 1. ed., 2020. p.89-97.

BRAMANTE, L. de O. **A Implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino Saúde (COAPES) em Foz do Iguaçu e Região**. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e Natureza, Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Foz do Iguaçu, p. 80, 2022.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 07 jan. 2026.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 23 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema

Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial no 2.101, de 03 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, DF: MS, 2005. Disponível em: <https://www.sesesp.org.br/legislacao/migrado1954/>. Acesso em: 18 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)**. Brasília, DF: MEC, 2007a. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesreuni.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf. Acesso em: 23 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 421, de 3 de março de 2010**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso em: 7 mar. 2026.

BRASIL. **Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. 1. ed. rev., Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R.G. **A arte de ensinar e fazer saúde: Pró-Saúde II na UFRGS: relatos de uma experiência**. Libretos: Porto Alegre, 2011. 120p.

CARDOSO, L. L.; Zilly, A.; Fumincelli, L.; Cicchelero, L. M.; Silva-Sobrinho, R. A. (2023). **Integração ensino-serviço e seus reflexos na prática profissional na atenção básica: revisão Integrativa**. Cuadernos De Educación Y Desarrollo, 15(9), 8404–8419. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n9-024>

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, 2004, p. 41- 65.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P., e SANTOS, A. A. dos. **Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública.** Lugar Comum, n. 28, 2009, p. 159-180.

CECCIM, R. B. **Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde.** Sanare, Sobral, v.18, n.01, 2019, p. 68-80.

DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DINIZ, B. de F. **O sus é a nossa esperança: por isso lutamos por ele!** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre: Associação Rede Unida, 2024, p. 263-272. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621540>

DRESCH, R. C. **Integração ensino-serviço-comunidade e a experiência do COAPES em Porto Alegre.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p.197. 2026. [Não Publicado]

FERLA, A. A.; DIAS, M. T. G.; BUENO, D.; TOASSI, R. F. C. **Os vários percursos de um ensino na saúde que quer encontrar e fortalecer as saúdes das pessoas: os sinais que vem de uma história vivida intensamente.** in: DIAS, M. T. G. (org.) et al. Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 1. ed., 2020. p.15-24.

FERLA, A. A.; SANTOS, W. P.; BAPTISTA, G. C.; SILVA, F. V. da; OLIVEIRA, P. V. B. de. **Saúde, democracia, participação e a ocupação da saúde coletiva: aprendizagem significativa e em ato sobre pesquisar com as pessoas participantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde.** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre: Associação Rede Unida, 2024, p. 17-29. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621540>

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Brasília: Liber Livro, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6. ed. São Paulo: Editora ATLAS S.A., 2008.

GOODAIR, B.; REEVES, A. **The effect of health-care privatisation on the quality of care.** Lancet Public Health. 2024 Mar;9(3):e199-e206. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00003-3. PMID: 38429019.

LAGO, T. D. **A memória e a história em ciclos: início-meio-início da Saúde Coletiva Brasileira.** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre: Associação Rede Unida, 2024, p. 215-228. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621540>

LEMOES, S. M.; URIARTE NETO, M.; SILVA, F. V. da; PALM, R.; FALKENBERG, M. B.; FERLA, A. A. (org.). **Qualidade e relevância social da formação profissional em saúde: para o controle social, duas faces da mesma questão.** 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621014>

MEHRY, E. E. **Ensinar aonde a vida se produz.** in: DIAS, M. T. G. (org.) et al. Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 1. ed., 2020. p.9-10.

MENDES, T. M. C.; FERREIRA, T. L. S. F.; CARVALHO, Y. M.; SILVA, L. G.; SOUZA, C. M. C. L.; ANDRADE, F. B. **Contribuições e desafios da integração ensino-serviço-comunidade.** Texto Contexto Enfermagem. 2020; 29:e20180333. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0333>

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3.ed. São Paulo:Hucitec/Abrasco, 1994.

NEVES, J. M. D. **Caminhos da Construção da Rede de Integração Ensino e Serviço da SMS de Porto Alegre.** In: Laboratório de Inovações em Educação na Saúde com Ênfase em Educação Permanente, 1., 2018, Brasília.

NEVES, J. M. D. **O desafio da construção da rede-escola na secretaria municipal de saúde de Porto Alegre:** uma experiência construída a muitas mãos. in: DIAS, M. T. G. (org.) et al. Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 1. ed., 2020. p.130-135.

NUNES, T. C. M.; PAIM, J. S.; PAIVA, C. H. A.; BELISÁRIO, S. A.; SOARES, C. L. M.; VIEIRA, S. L.; ORRILLO, Y. A. D.; VALÉRIO, J. J. M.; GIL, M. C. R.; GÓMEZ, R. R. (org.). **20 anos Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação: memória e trajetória histórica.** Salvador: EDUFBA, 2024.

OLIVEIRA, F. P. de. **Uma pesquisa sobre a participação social como educação permanente em saúde: salve a noção de inteligência como capacidade de compreender e transformar o mundo!** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Gestão do trabalho e da educação na saúde: é para produzir participação social, democracia e cuidado para todas as gentes: narrativas dos monitores da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025, p. 19-24. Série Participação Social e Políticas Públicas, v. 24. ISBN 978-65-5462-239-4. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554622400>.

PADILHA, M.; PINTO, I. C; NUNES, T. **Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde.** In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília, DF, 2018. p. 139-158.

PEREIRA, A. F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente-assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal.** 2013. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76124/000892642.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 08 jan. 2026.

PIGATTO, F. Z. **Uma conferência que fortaleceu o SUS e a formação técnica e profissional em saúde: o Conselho Nacional de Saúde comemora a participação de jovens pesquisadores e pesquisadoras!** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais. Porto Alegre: Associação Rede Unida, 2024, p. 11-16. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621540>

PIGATTO, F. Z. **Uma Conferência de Saúde é para fortalecer a democracia, avaliar o contexto e embasar os planos, as políticas de saúde, a produção de saúde e o desenvolvimento de capacidades profissionais impostergáveis.** in: SANTOS, W. P. et al. (org.). Gestão do trabalho e da educação na saúde: é para produzir participação social, democracia e cuidado para todas as gentes: narrativas dos monitores da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025, p. 29-36. Série Participação Social e Políticas Públicas, v. 24. ISBN 978-65-5462-239-4. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554622400>.

PINTO, R. M.; SILVA, L. F.; DANTAS, L. G.; VALENTIM, R.A.M. **SIMAIES: desenvolvimento e discussão de uma ferramenta para registrar e divulgar a cooperação entre entidades de saúde e educação.** HOLOS (NATAL. ONLINE), v. 2, p. 106-1085, 2019. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/7637>. Acesso em: 03 de maio de 2024.

PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A. **Política nacional de educação permanente em saúde: monitoramento e avaliação.** Salvador: Edufba, 2022.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 13.820, de 25 de julho de 2002.** Institui as Gerências Distritais Regionais e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas na SMS. Cria e altera subordinação de UTs, exclui, lota, altera denominação básica e classificação de CCs e FGs, altera a estrutura da SMS, os itens 12 e 18 do anexo ao Decreto nº 8713/86, o inc. xii do art. 2º do Decreto nº 9.391/89, e dá outras providências. Porto Alegre, RS. NORMA REVOGADA, 2002.

PORTO ALEGRE. **Portaria nº 681, de 21 de setembro de 2009.** Alterando o nome do Grupo de Trabalho para Comissão Permanente de Ensino e Serviço da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, edição 3607, p. 4, 21 set. 2009.

PORTO ALEGRE. **Portaria nº 39, de 16 de fevereiro de 2011.** Cria Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar as propostas das Instituições de Ensino quanto à integração ensino-pesquisa-assistência. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, edição 3953, p. 5, 16 fev. 2011a.

PORTO ALEGRE. **Resolução nº 01, de 27 de janeiro de 2011.** Regulamenta o Fluxo de tramitação dos processos de Estágio, Residências (médica e multiprofissional) Especialização, programas do Ministério da Saúde: PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDEs, pesquisa, extensão, e qualquer outro programa que se enquadre na formação de recursos humanos, junto à Comissão Permanente de Ensino e Serviço – CPES. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, edição 3965, p. 12, 03 mar. 2011b.

PORTO ALEGRE. **Resolução nº 02, de 19 de outubro de 2011.** Dispõe sobre os critérios para análise técnica dos Planos de Atividades Práticas a serem desenvolvidas nos serviços de saúde da SMS pelas Instituições de Ensino. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, edição 4209, p. 17, 01 mar. 2012.

PORTO ALEGRE. **Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde. Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que entre si celebram as instituições para fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Livro: 1155-D, fl. 232, reg. 72192. Prefeitura de Porto Alegre - SECON-PGM. 24 de outubro de 2019.

PORTO ALEGRE. **Instrução Normativa 02/2020, de 30 de janeiro de 2020.** Dispõe sobre contrapartidas não-pecuniárias para as atividades curriculares de ensino em serviço realizadas por alunos de instituições privadas de ensino nos serviços municipais de saúde. Diário Oficial de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, edição 6176, p. 17, 30 jan. 2020.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 21.315, de 29 de dezembro de 2021.** Consolida a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos termos das Leis Municipais nº 2.662, de 18 de dezembro de 1963, e nº 7.414, de 14 de abril de 1994, e revoga o Decreto nº 21.157, de 8 de setembro de 2021 e o art. 1º do Decreto nº 13.820, de 25 de julho de 2002. Porto Alegre, 2021a. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/4209_ce_346544_1.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Porto Alegre: SMS, 2021b. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202022-2025.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

PORTO ALEGRE. **Decreto nº 22.429, de 17 de janeiro de 2024.** Estabelece Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no âmbito da Administração Centralizada, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) e revoga o Decreto nº 21.904, de 20 de março de 2023. Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/5046_ce_462025_1.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029.** Porto Alegre: SMS, 2025. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202026-2029_v4_compressed.pdf. Acesso em: 17 dez. 2025.

PRADO, G. A. S.; CAETANO, M. V. A. **Apontamentos sobre a noção de território no campo da saúde coletiva:** determinação, identidades e territorialidades. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. spe2, p. e8730, 2024.

RIBEIRO, V. F.; ROCHA, C. M. F.; MACHADO, F. V. **Judicialização da política, burocratismo e lawfare: o controle social em saúde em Porto Alegre.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/judicializacao-da-politica-burocratismo-e-lawfare-o-controle-social-em-saude-em-porto-alegre/19774>. Acesso em: 14 fev. 2026

ROSA, J. V. M.; LOPES, M. M. B.; PAMPLONA, M. C. de C. A.; POLAROS, S. H. I.; BECKES, V. M. S.; SOUSAL, F. R.; SILVA, I. F. S. da; NOVA, P. V. R. V.; CANDIDO, A. de A.; MARTINEZ, L. de P. V. (2023). **Integração ensino-serviço e seus impactos na qualidade da formação profissional da Enfermagem.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(5), e12991. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12991.2023>

SANTOS, W. P.; BAPTISTA, G. C.; SILVA, F. V. da; OLIVEIRA, P. V. B. de; FERLA, A. A. (org.). **Participação social, complexidade e formação em saúde: narrativas dos monitores da 17ª CNS sobre aprendizagens emancipatórias, democráticas e de fazeres profissionais diversos e plurais.** Porto Alegre: Associação Rede Unida, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621540>

SANTOS, W. P.; BARRIOS, S. T. G.; PELAEZ, E. J.; OLIVEIRA, P. V. B.; FERLA, A. A. (org.). **Gestão do trabalho e da educação na saúde: é para produzir participação social, democracia e cuidado para todas as gentes: narrativas dos monitores da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2025. *Série Participação Social e Políticas Públicas*, v. 24. ISBN 978-65-5462-239-4. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554622400>.

SILVA, H. G. N.; OLIVEIRA, B.C.de; SANTOS, L. E. S. dos; CLARO, M. de L. **O papel social da Universidade mediante integração ensino-serviço-comunidade no Brasil: revisão sistemática e metassíntese.** Linhas Críticas, Brasília , v. 26, e31262, jan. 2020 . Epub 29-Jul-2020. <https://doi.org/10.26512/lc.v26.2020.31262>.

SODRÉ, Francis. **Trabalhar na saúde: ensaio sobre a terceirização de assistentes sociais em serviços de saúde pública.** *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 148, n. 1, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.449>

SOUZA, J. de, KANTORSKI, L. P., LUIS, M. A. V. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental.** Revista Baiana De Enfermagem, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

COMENTÁRIO DA BANCA AVALIADORA

Entre pactuações, resistências e territórios vivos: reflexões crítico-políticas sobre a integração ensino- serviço-comunidade no SUS

Denise Bueno

O presente texto nasce do diálogo construído a partir da participação na banca de qualificação e defesa da dissertação Integração ensino-serviço-comunidade e a experiência do COAPES em Porto Alegre, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mais do que um parecer avaliativo, trata-se de um exercício de interlocução crítica com a obra, buscando ampliar debates, provocar tensionamentos e reconhecer as contribuições teórico-políticas produzidas pelo estudo para o campo da Saúde Coletiva.

Desde sua proposição inicial, o manuscrito evidenciou elevada relevância temática ao situar-se no campo da integração ensino-serviço-comunidade e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) como dispositivo político-institucional voltado à articulação entre formação, trabalho e cuidado em saúde. Em tempos marcados pela intensificação das disputas em torno do SUS público, da formação em saúde e das políticas de educação permanente, analisar a experiência de pactuação do COAPES em

Porto Alegre significa revisitar processos históricos de construção coletiva e, simultaneamente, explicitar os tensionamentos contemporâneos que atravessam as relações entre universidades, serviços, gestão e territórios.

A dissertação demonstra densidade analítica ao recuperar historicamente as pactuações locais e ao problematizar os atores, conflitos, estratégias de gestão e mecanismos institucionais envolvidos na sustentação do COAPES. Os objetivos específicos apresentam articulação lógica consistente com o objetivo geral, contemplando dimensões históricas, normativas e operacionais que evitam leituras meramente descritivas da política pública. Tal construção evidencia não apenas rigor metodológico, mas implicação da pesquisadora com o objeto investigado e com os debates estratégicos da Saúde Coletiva.

Ao longo da leitura, torna-se evidente que a integração ensino-serviço-comunidade é apresentada não como simples ferramenta administrativa, mas como arena política de disputas sobre os modos de produzir formação, cuidado e gestão no SUS. Nesse aspecto, a dissertação aproxima-se de uma tradição crítica da Saúde Coletiva brasileira que compreende os processos formativos como parte inseparável dos projetos societários em disputa.

A experiência de Porto Alegre revela-se particularmente potente justamente porque o estudo evidencia que o COAPES não emerge de forma isolada ou descontextualizada. A pesquisa demonstra que a existência prévia dos Distritos Docentes Assistenciais (DDA), da Comissão Permanente de Ensino e Serviço, dos espaços de cogestão territorial e das políticas indutoras, como Pró-Saúde e PET-Saúde, constituiu base histórica fundamental para a construção das pactuações posteriores. Tal compreensão desloca a análise das políticas públicas de uma lógica linear de implementação para uma perspectiva histórica de acumulação institucional e produção coletiva.

Ao recuperar os Distritos Docentes Assistenciais como processos de “estruturação e organização das atividades de ensino em territórios” (Pereira, 2013), a dissertação reafirma a centralidade do território na formação em

saúde. Contudo, o território aqui não é reduzido a espaço geográfico ou delimitação administrativa. O estudo produz uma compreensão ampliada de território, articulada aos determinantes sociais da saúde, às relações de trabalho, aos pertencimentos, às identidades, às desigualdades e às formas concretas de produção da vida.

Tal concepção dialoga com os referenciais de Ceccim e Feuerwerker (2004) acerca do Quadrilátero da Formação em Saúde que ao proporem ensino, gestão, atenção e controle social como dimensões inseparáveis da formação, os autores problematizam a compreensão tradicional do ensino em saúde. A formação deixa de ser responsabilidade exclusiva das universidades e passa a ser compreendida como processo político produzido no encontro entre trabalhadores, usuários, gestores, docentes, estudantes e territórios.

É justamente esse movimento que a dissertação evidencia ao recuperar historicamente as experiências de integração ensino-serviço-comunidade em Porto Alegre. Os DDAs, o Pró-Saúde, o PET-Saúde e posteriormente o COAPES (Bueno; Tschiedel, 2011) aparecem não apenas como dispositivos organizacionais, mas como tentativas concretas de materialização do Quadrilátero da Formação no cotidiano do SUS.

As falas dos entrevistados revelam que, em determinados momentos históricos, existia um projeto político de reorientação da formação em saúde em direção às necessidades do SUS e dos territórios. Quando uma entrevistada afirma que “a formação em saúde precisava ser feita dentro da própria rede” e que a rede precisava transformar-se em “rede-escola”, evidencia-se uma concepção profundamente alinhada ao pensamento de Ceccim e Feuerwerker do serviço como espaço pedagógico vivo, produtor de conhecimento, cuidado e transformação social.

Essa dimensão ganha maior profundidade quando articulada ao ensaio de Ferla (2013) sobre aprendizagem significativa e territórios complexos, onde argumenta que as mudanças contemporâneas no mundo do trabalho em saúde exigem a superação da racionalidade disciplinar

moderna e a construção de processos formativos profundamente articulados com a complexidade dos territórios e das práticas concretas de cuidado. A aprendizagem significativa, nesse sentido, não ocorre pela simples transmissão de conteúdos, mas pela interação crítica com cenários vivos, contraditórios e complexos de produção da saúde.

A dissertação demonstra exatamente isso ao evidenciar que os processos formativos mais potentes ocorreram quando estudantes, trabalhadores e docentes conseguiram construir vínculos permanentes com os territórios e participar coletivamente da produção do cuidado. O território emerge, então, não apenas como cenário de prática, mas como dispositivo pedagógico, político e epistemológico.

Ao recuperar experiências de integração ensino-serviço-comunidade territorializadas, a pesquisa aproxima-se da noção de inteligência do trabalho em saúde discutida por Ferla. Trata-se de reconhecer que o conhecimento em saúde não é produzido exclusivamente nos espaços acadêmicos formais, mas também no cotidiano vivo dos serviços, nas relações com os usuários, nas negociações institucionais e nos processos coletivos de trabalho.

Essa perspectiva rompe com a fragmentação disciplinar e com a separação rígida entre teoria e prática que historicamente estruturaram a formação em saúde. A dissertação evidencia que os momentos mais potentes da integração ocorreram justamente quando ensino, gestão, atenção e participação social conseguiram operar de forma transversal nos territórios. Isso reafirma a atualidade da educação permanente em saúde como aprendizagem compartilhada no cotidiano do trabalho, conforme defendem Ceccim, Feuerwerker e Ferla.

Entretanto, talvez uma das maiores contribuições político-analíticas da dissertação seja justamente a recusa em romantizar essas experiências. O estudo demonstra que os processos de integração ensino-serviço-comunidade são permanentemente atravessados por conflitos, disputas institucionais, fragilidades estruturais e projetos distintos de sociedade e de saúde.

As entrevistas evidenciam de forma contundente que a crise contemporânea da integração ensino-serviço-comunidade não pode ser compreendida apenas como dificuldade administrativa ou operacional. O que emerge das narrativas é a percepção de um processo político mais amplo de precarização do SUS, enfraquecimento das políticas públicas e avanço de racionalidades privatistas sobre a saúde e a educação.

Quando um entrevistado afirma que “o grande problema é o desmonte do SUS” e relaciona a extinção dos NASF à perda de qualidade da formação na Atenção Primária, evidencia-se que a integração ensino-serviço depende diretamente das condições concretas de sustentação da rede pública de saúde. O estudo produz, assim, uma reflexão importante: não existe formação crítica para o SUS sem um SUS público, territorializado, democrático e capaz de sustentar processos coletivos de cuidado.

As falas sobre terceirização da Atenção Primária, alta rotatividade de trabalhadores e fragilização dos vínculos laborais revelam os impactos profundos das transformações contemporâneas do mundo do trabalho em saúde. Quando os entrevistados relatam que os trabalhadores deixam de construir vínculo com o território devido à constante rotatividade, evidencia-se um problema que ultrapassa a dimensão gerencial: trata-se da destruição das condições necessárias à construção de pertencimento, continuidade do cuidado e aprendizagem significativa.

Nesse ponto, a dissertação dialoga intensamente com Merhy (2002) ao evidenciar que o trabalho vivo em ato constitui elemento central para a produção do cuidado e da formação. A precarização dos vínculos e a lógica produtivista não afetam apenas a organização dos serviços; afetam a própria possibilidade de encontro, escuta, vínculo e construção compartilhada do conhecimento.

O estudo permite compreender que os desmontes contemporâneos fragilizam diretamente o Quadrilátero da Formação. Se ensino, gestão, atenção e controle social são dimensões interdependentes, a precarização de qualquer um desses vértices compromete toda a experiência formativa. O

esvaziamento dos espaços coletivos, o enfraquecimento da participação social, a fragmentação das equipes e a intensificação das racionalidades burocráticas produzem impactos diretos sobre a capacidade dos territórios se constituírem como espaços pedagógicos vivos.

As entrevistas revelam que muitos espaços de integração ensino-serviço-comunidade persistem muito mais pela resistência micropolítica de trabalhadores, docentes e gestores implicados com o SUS do que por prioridade institucional da gestão contemporânea. Tal constatação é profundamente significativa. O COAPES parece sobreviver não apenas como instrumento formal de pactuação, mas como expressão de uma memória política construída historicamente por sujeitos comprometidos com a defesa da saúde pública.

Essa dimensão da resistência atravessa toda a dissertação. Quando uma entrevistada afirma que “para destruir é rapidinho, para construir tu leva muito tempo”, sintetiza-se a historicidade das políticas públicas e a fragilidade dos processos coletivos diante dos desmontes institucionais. A integração ensino-serviço-comunidade aparece, então, como construção histórica permanentemente ameaçada, mas também como espaço contínuo de invenção e resistência.

Ao longo do texto, evidencia-se que a disputa em torno da formação em saúde é também disputa em torno do fortalecimento do SUS. As falas dos entrevistados explicitam a tensão entre projetos comprometidos com a integralidade, a educação permanente e a produção compartilhada do cuidado e modelos orientados pela medicalização, financeirização da saúde e racionalidades empresariais.

Nesse contexto, a dissertação reafirma a atualidade radical do Quadrilátero da Formação como projeto ético-político de democratização da formação e do cuidado em saúde. Mais do que conceito analítico, trata-se de uma aposta na construção coletiva de processos formativos comprometidos com os territórios, com a participação social e com a defesa da vida.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa apresenta coerência interna e consistência analítica (Minayo, 2014). A escolha pela pesquisa qualitativa mostra-se adequada à complexidade do objeto investigado. A triangulação metodológica, combinando análise documental, entrevistas e revisão bibliográfica, fortalece a densidade empírica do estudo e permite compreender o COAPES para além de sua dimensão normativa. O compromisso ético com a devolutiva institucional dos resultados merece destaque, reafirmando princípios fundamentais da pesquisa implicada com os territórios e com os sujeitos envolvidos (Brasil, 2016).

A dissertação oferece, portanto, contribuição significativa para o campo da Saúde Coletiva ao produzir uma análise crítica, histórica e politicamente situada da integração ensino-serviço-comunidade no SUS. Mais do que registrar uma experiência local, o estudo produz memória política sobre processos coletivos de construção da formação em saúde no Brasil.

Em tempos de aprofundamento das desigualdades sociais, precarização do trabalho, mercantilização da educação e fragilização das políticas públicas, pesquisas como esta tornam-se fundamentais não apenas para compreender experiências institucionais, mas para fortalecer estratégias de resistência e defesa do SUS.

Talvez essa seja a principal potência da dissertação: reafirmar que a integração ensino-serviço-comunidade não é mero dispositivo técnico-administrativo, mas projeto político-pedagógico comprometido com a produção de vidas, territórios e práticas de cuidado socialmente referenciadas. Entre pactuações, conflitos, desmontes e resistências, a pesquisa evidencia que a formação em saúde permanece uma arena estratégica de disputa sobre o futuro do SUS e sobre os modos de produzir democracia, cuidado e vida coletiva no Brasil.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016.

BUENO, D.; TSCHIEDEL, R.G. **A arte de ensinar e fazer saúde: Pró-Saúde II na UFRGS: relatos de uma experiência**. Libretos: Porto Alegre, 2011. 120p.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, 2004, p. 41- 65.

FERLA, A. A. **Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo**. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S.; CARVALHO, Y. M. de (org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2013. p. 81-94.

MERHY, E. E.. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEREIRA, A. F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente-assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal**. 2013. 60 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76124/000892642.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 abr. 2026.

POSFÁCIO

Lisiane Bôer Possa

Quero em primeiro lugar, parabenizar pela escrita da dissertação e deste livro, sobretudo reconhecendo a relevância do tema para a consolidação do SUS. De um lado temos as instituições de ensino e a necessidade da transformação da formação dos profissionais de saúde. Este é um desafio ainda presente e que parece de difícil solução para quem o olha como questão, seja de dentro da universidade, uma organização fortemente instituída na modelagem biomédica, cujo centro da formação é o hospital, com uma “pedagogia” predominantemente conteudista, seja de outro lado, de dentro dos diferentes equipamentos de saúde do SUS nos territórios, com uma diversidade de necessidades em saúde que demandam respostas que apenas a educação permanente pode articular.

Ambos lados, que deveriam estar compartilhando a mesma direção, mas que na maior parte das vezes estão em espaços opostos e distantes. Experiências que ousam enfrentar esta problemática precisam ser registradas, o que é o caso da escrita da Rafaella. O que li neste trabalho, uma política do SUS local que ousa a construção de uma outra forma de relação, pautada pelas necessidades do território, pela manutenção de vínculos e construção de projetos comuns entre docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e usuários, é um alento para aqueles de nós que estamos em várias trincheiras comprometidos com o SUS e com a transformação da formação na saúde. Por isso agradeço muito o convite, tanto para a banca quanto para a escrita deste excerto, pois me sinto privilegiada pela oportunidade de, em primeiríssima mão, ter me encontrado com o texto.

Quero louvar também o quão oportuno é que a autora tome como questão de pesquisa e de escrita a sua própria prática. Essa corajosa iniciativa é, por si só, a confirmação do quanto a educação permanente está imbricada na tua trajetória. Tomar o próprio trabalho como objeto de reflexão é produzir “Um Conhecimento Prudente para uma Vida Decente”, como nos diz Boaventura de Sousa Santos (2004).

Este conhecimento se mostra já no primeiro capítulo. Como professora universitária comprometida com o quadrilátero e a educação permanente, portanto, uma das poucas entre meus colegas leitora assídua desta temática, tive a possibilidade de encontrar na tua escrita o despertar do pensamento, como diz frequentemente Alcindo Ferla, e, ao mesmo tempo, conectar com as possibilidades de intervenção concreta, seja na apresentação da construção normativa e propositiva desta temática, seja pela síntese do processo construído em Porto Alegre, seja pela crítica instigante que é apresentada sobre a formação no território, não para as comunidades, mas com elas.

A publicação desta síntese é uma grande contribuição para que outros professores que atuam nos serviços e o fazem acriticamente, reproduzindo modelagem centrada nos procedimentos, nos equipamentos e na “ajuda” que apontas na tua análise, reflitam sobre suas práticas e sejam convidados a reverem seus processos. A escrita me traz também a importante reflexão de que ir para o território não é, por si só, condição suficiente para transformar as práticas do modelo biomédico, pois a levamos conosco e, muitas vezes, pioramos o lugar ao influenciar quem tenta fazer diferente. Isto se dá em especial pela relação de saber poder, como aponta Foucault (1979), que se estabelece a partir da “autoridade colonizadora da academia”.

Acabei a leitura do segundo capítulo e estava tentando escrever aqui o que seriam as minhas análises sobre o trabalho, talvez um viés equivocado do que se “idealizou” para uma ciência positivista e colonizada, aquela que apresenta os “achados”, “erros”, “(in)consistências” ou “sugestões”. Mas meu encantamento com a produção e a leitura me fez reconhecer e desejar outro

papel. Os atravessamentos que a leitura do teu texto produziram em mim, até este momento, me faz afirmar que desejo intensamente que as pessoas que fazem o controle social, a gestão da educação permanente em saúde e a construção da integração ensino-serviço-comunidade nos municípios e estados do país pudessem ter a mesma oportunidade que tive. Então, vou me repetir, que alegria em ver este texto publicado para que efetivamente os usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as) tenham acesso a esta construção.

Sobretudo, reconheço a importância do controle social atento ao que ocorre no cotidiano dos territórios e serviços, que toma para si o protagonismo na criação de mecanismos participativos que, “juntando todo mundo”, fazendo a invenção na saúde e uma cidadanização na proposição de uma nova educação na saúde, como nos diz Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla (2008). Dito isto, quero destacar o potente encontro entre a autora e seu orientador durante o mestrado, Frederico Viana Machado, que na sua trajetória estuda controle social de forma militante, inteira e potente. É um pesquisador que está presente nesses espaços e, junto de tantas outras pessoas, está visceralmente comprometido em construí-los, assim como comprometido com a democracia, com a participação e com os coletivos que produzem inclusão e justiça social neste país. Um pesquisador/militante que tomou para si, como projeto de vida, pôr a academia a serviço do reconhecimento da ação política de pessoas que fazem neste mundo a diferença, e, sobretudo, para o fortalecimento de todo e qualquer dispositivo que produza o encontro dos movimentos sociais e do estado na produção da transformação que o SUS nos convoca. O registro que aqui produziram é mais um dos trabalhos que promove, através do processo de aprendizagem e da construção do conhecimento, um espaço para que possamos esperar, nos levantar, ir atrás, construir e não desistir, assim como nos convoca Paulo Freire.

Outra questão que me atravessou na leitura do texto, talvez por conhecer parte dos atores envolvidos na construção da IESC em Porto Alegre, é a relevância da participação dos atores e de suas implicações, a necessidade

de reconhecer pessoas que, na sua militância, afetos, desejos e implicações, produzem aprendizados com outros(as) e inventam a partir do território que experienciam (outra vez, educação permanente). Acredito que ressaltar as pessoas nesses processos de construção é relevante para o aprendizado de todos(as), mas, em especial, de atores da academia, sobretudo para que aprendam a necessidade de repensar a formação em saúde. Para além de técnicos, como orientado pelo modelo biomédico, que nos dediquemos à formação de sujeitos e protagonistas nos seus espaços de produção de saúde.

Por isso, acredito que dar visibilidade a quem atua para transformar é reconhecer que ela (a transformação) não se produz por “geração espontânea” (e parece até que Alcindo está comigo agora, pois meus termos no texto estão te encontrando o tempo todo), mas sim pela luta, trabalho, implicação e afetos de sujeitos que tomam para si o desejo de produzir mudanças, ação que é fundamental na formação de profissionais de saúde, na educação permanente nos serviços de saúde e nos fóruns de participação social.

Quando passo do terceiro para o quarto capítulo, me deparo com uma formulação que me foi muito cara ao estudar políticas públicas: o quanto a história importa para compreender os processos de formulação e implementação destas. Mas, sobretudo, essa leitura nos faz retomar que a política não é um movimento de cima para baixo (nova norma nacional que espalha novos fazeres nos territórios), mas um movimento duplo, pois é no território que produzimos invenções que podem gerar novas regras e normas, mas estas, por si só, não garantem que será reproduzida a mesma experiência em todo lugar, precisando a coexistência das normas. Importa estar inscrito novas diretrizes na política nacional, mas esta não é suficiente para que as mudanças se constituam nos territórios, porque toda a mudança sem a implicação dos sujeitos pode ser apenas mudar para continuar o mesmo. Ter a obrigação do COAPES como regra não implica que a relação IESC se transforme, pois como afirmou uma das pessoas entrevistadas, reflexão que este escrito destaca, de “não deixar a burocracia tomar conta, ou seja (...) a gente continua precisando

sentar e discutir o modelo, discutir o processo, discutir aspectos éticos, discutir aspectos pedagógicos, e isso acontece”.

Por isso, a apresentação que este livro faz da construção local que aposta na institucionalização dos espaços de conversa, diálogo e decisão do sistema e das universidades, com o devido reconhecimento dos sujeitos protagonistas destas transformações, nos dão pistas de como podemos construir experiências tão bem-sucedidas quanto a relatada. Mais uma vez, vejo este trabalho como um dispositivo que nos ensina a ser, mais do que a saber. Lembro aqui Jorge Larrossa Bondía no debate sobre o saber da experiência, quando nos diz que

uma vez vencido e abandonado o saber da experiência e uma vez separado o conhecimento da existência humana, temos uma situação paradoxal. Uma enorme inflação de conhecimentos objetivos, uma enorme abundância de artefatos técnicos e uma enorme pobreza dessas formas de conhecimento que atuavam na vida humana, nela inserindo-se e transformando-a (Bondía, 2002, p. 28).

A trajetória que este livro nos presenteia, a ênfase nos sujeitos e nos espaços em que eles constróem, seria o que Jorge Larrossa Bondía anuncia: “a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem ‘pré-ver’ nem ‘pré-dizer’” (Bondía, 2002, p. 28), assim como a experiência que nos é contada, dos sujeitos nos “DDAs e CGALs como articuladores e construtores ao nível territorial, estabelecendo uma relação forte, dialógica e consecutiva entre as instâncias e denotando marcadamente a inclinação dos trabalhos para o fortalecimento dessas instâncias”.

Ou seja, a experiência de espaços em que se faz a partir do encontro dos sujeitos entre si e com os territórios, produzindo, como nos diz Paulo Freire, os inéditos viáveis dos sonhos impossíveis, que ainda não foram vividos, mas que podem ser realizados. Essas pessoas ousaram reconhecer o próprio protagonismo na mudança da formação, na construção da rede escola e na transformação das instituições de ensino, bem como os resultados na própria rede do SUS do

território. E, para aqueles de nós que já estivemos nos dois espaços (ensino e serviço), e que sabemos dos conflitos, da hegemonia biomédica, do paquiderme que é a universidade para produzir qualquer mudança e das dificuldades que se reproduzem nos serviços no sentido da construção do SUS, a atitude protagonista dos sujeitos da SMS de Porto Alegre, do CMS e de alguns militantes nas universidades, que este livro brilhantemente apresenta, é um alento.

Absolutamente satisfeita com a leitura deste trabalho, no relato dos processos e encontros, chego ao final do quarto capítulo e me deparo, mais uma vez entre tantas, com uma formulação que além de me atravessar, esperar e alentar, me oferece uma síntese. Essa síntese não se apresenta como um passo a passo, visto que sabemos que receitas não existem para quem acredita que é nos encontros com a vida no cotidiano dos lugares que produzimos mudanças, mas oferece uma direção para vários caminhos possíveis. Rafaella nos pega pela mão e convida a inventar essa trajetória. Me sinto convidada a “espalhar a palavra”, nunca no sentido do dogma, mas na potência do convite, na implicação e na reflexão crítica dos nossos fazeres e saberes, movimentos que são imprescindíveis para quaisquer primeiros passos e que nos é ofertado para que, com alegria, esperança e desejo, nos coloquemos a trilhar a Integração Ensino-Serviço-Comunidade. Este escrito também me lembrou Manuel de Barros (2003):

*“Inventar mundos com a palavra
Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras fatigadas de informar.
Dou mais respeito às que vivem de barriga no chão tipo água pedra
sapo.”*

Aqui foram construídas palavras no chão que podemos trilhar, nos renovar e surpreender. Por isso agradeço.

Por fim, preciso fazer uma confissão, resquício do meu passado judaico cristão, pedindo aos confessores que me absolvam sem muita penitência. Ao receber este trabalho e olhar o número de páginas, logo pensei: “Terei que

sugerir que sintetize”. Terminei a leitura com a convicção de que não há palavra alguma para tirar. Essa confissão foi seguida da reflexão do quanto a ciência salame, pasteurizada, prescritiva da lógica de artigo estava colada em mim. Felizmente tive a Madel Luz atravessando a minha vida e comemoro com vocês a existência dessa mulher linda, ousada e generosa. Rapidamente pude compreender meu grande pecado e termino esta fala (escrita), com o que ela nos ensina (sempre ensinará), de que

o campo da Saúde Coletiva é um dos mais férteis e avançados atualmente na árvore dos saberes disciplinares. Esta fertilidade provém de sua complexidade, tanto em termos discursivos, como em termos de práticas tecnológicas e de “estilos de expressão” dos produtos de seus saberes e práticas. Reduzir essa complexidade a um paradigma monodisciplinar ou a uma forma monolítica de expressão da produção (artigos, por exemplo) é negar a complexidade e decretar, a médio e longo prazos, o empobrecimento e a morte consecutiva do campo da Saúde Coletiva (Luz, 2009, p. 310).

Referências

BARROS, M. de. **Memórias inventadas**: a infância. São Paulo: Planeta, 2003.

BONDÍA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 233-257, jul./out. 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas** - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, abr./jun. 2009.

SANTOS, B. de S. **Conhecimento prudente para uma vida decente**: “Um discurso sobre as ciências” revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-289-9

