

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Educação

Programa de Pós-Graduação em Educação

Formação de sanitaristas:

cartografias de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva

Teresa Borgert Armani

Porto Alegre,

novembro, 2006.

Teresa Borgert Armani

Formação de sanitaristas:

cartografias de uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Grupo Temático: Educação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre,

novembro, 2006.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Núcleo de Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva, da UCS

Profa. Dra. Denise Balarine Cavalheiro Leite
Programa de Pós-Graduação em Educação, da Ufrgs

Prof. Dr. Giovanni Gurgel Aciole
Centro de Ciências da Saúde, da UFSCar

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi
Centro de Ciências da Saúde, da Unijuí

Depois de uma longa espera consegui, finalmente, plantar o meu jardim.
Tive de esperar muito tempo porque jardins precisam de terra para existir.

Mas a terra eu não tinha.

De meu, eu só tinha o sonho.

Sei que é nos sonhos que os jardins existem, antes de existirem do lado de fora.
Um jardim é um sonho que virou realidade, revelação de nossa verdade interior escondida,
a alma nua se oferecendo ao deleite dos outros, sem vergonha alguma...

Mas sonhos, sendo coisas belas, são coisas fracas.

Sozinhos, eles nada podem fazer: pássaros sem asas...

São como as canções, que nada são até que alguém as cante; como as sementes, dentro dos
pacotinhos, à espera de alguém que as liberte e as plante na terra.

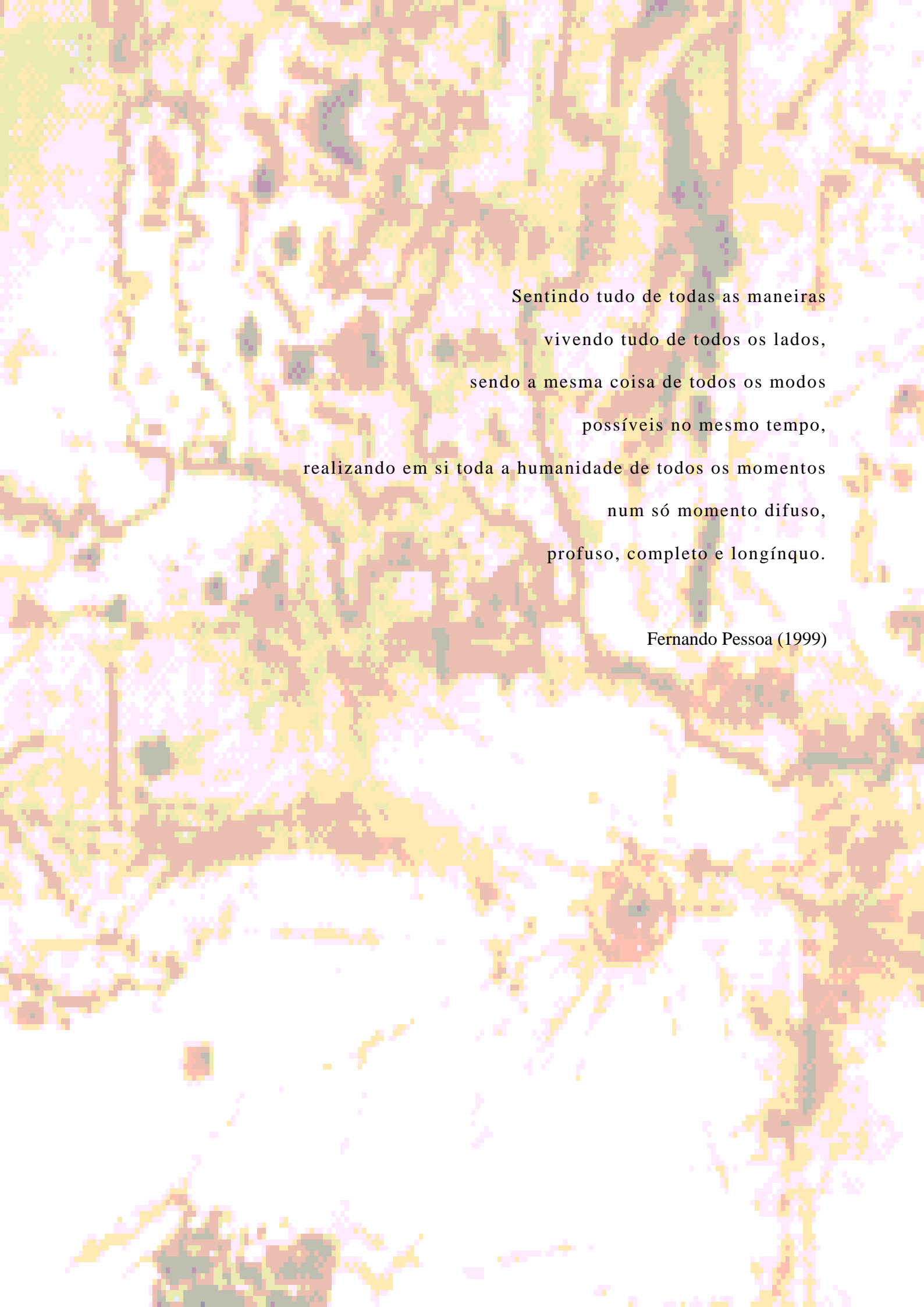
Os sonhos viviam dentro de mim.

Eram posse minha.

Mas a terra não me pertencia.

Rubem Alves (2004)

Até que...



Sentindo tudo de todas as maneiras
vivendo tudo de todos os lados,
sendo a mesma coisa de todos os modos
possíveis no mesmo tempo,
realizando em si toda a humanidade de todos os momentos
num só momento difuso,
profuso, completo e longínquo.

Fernando Pessoa (1999)

H
O
M
E
N
A
G
E
M

à *Ananda*, à *Liana* e à *Camila*,

presenças de vida, de amor e de afeto,
por me ensinarem a ser mãe, entenderem as minhas ausências,
minhas oscilações de humor,
por experimentarem o *pensar-sentir-querer* nos movimentos da música,
reinventando-se no mundo dos devires.

ao *Beto*,

presença intensa de confidências, de amor, de admiração ...,
pelo estímulo e apoio ao meu *quarto abandono do ninho*,
por me deixar viver o estranhamento de novas possibilidades de
vida, pelo muito que ouviu, leu, sugeriu e se dispôs a (deixar de) fazer,
por acreditar em mim...

Esta Tese está encharcada de mim e de incontáveis outros-em-mim ...

... tenho muito a **agradecer**:

ao meu orientador *Ricardo Burg Ceccim*, presença intensa, sensível e afetuosa,
grande incentivador desta invenção cartográfica,
por sua generosidade teórica, sabedoria e firmeza como guia
de aprendizagens disruptoras, de *entres*, de tantos *devires* e *afectos* agenciados;

aos dedicados avaliadores do Projeto de Tese *Alcindo Antônio Ferla*,
Denise Balarine Leite e *Liane, Beatriz Righi*, cujos pareceres muito
contribuíram para precisão e qualificação desta pesquisa;

ao PPGEd da Ufrgs, ao pessoal da secretaria e de modo especial aos
professores *Nilton Bueno Fischer* (que desde 1978 nunca deixou de ser meu
mestre), *Ricardo Burg Ceccim*, *Malvina do Amaral Dorneles*, *Tânia Galli
Fonseca* e *Dagmar Estermann Meyer*, pelas aprendizagens
ético-estético-políticas da educação na saúde;

à todos os professores que deixaram marcas em mim, em especial à *Soraya
Vargas Côrtes* do PPGSociologia da Ufrgs, consultora e amiga, pela leitura
do projeto de tese e valiosas contribuições à continuidade da escrita.

Às amigas especiais, surpresas afetivas neste percurso investigativo,
*Anelise, Simone, Stefanie, Neca, Lúcia Inês, Cristianne, Bili, Sandra, Fátima,
Cristine, Maurício, Naiane*, com quem pude compartilhar o aprender e o
desaprender
nas dobras, no pensar, no sentir, no querer...
no acolhedor chimarrão, nos abraços afetuosos, nas angústias, nas alegrias,
nos sorrisos, nos carinhos, nas comemorações;

ah... e aquele importante apoio amigo e generoso da *Cris*,
aquela *força* criativa e inventiva da *Ane* e da *Stef*;
o ombro amigo e doce da *Lú* e da *Si*;
as inspiradoras palavras da *Sandra*...
o meu carinho e amor a vocês.

À *Neca*, grande amiga-presente-afinidade deste doutorado,
pelo carinho especial, palavras meigas nos momentos duros da vida, gestos
admiráveis, papéis artesanais, lindas e repletas cestas-caixas com cheiros,
cores e sabores da vida.

À especial e sempre *Sá*, pela imensa amizade e aventuras do viver,
contigo, tant@s outr@s amig@s;

À ESP/RS, lugar de vida, de luta, de encontros e desencontros...,
cenário do meu ninho mais duradouro,
motivo deste sonho/desejo;

à *Maria Luiza Jaeger*, pelas contribuições a esta escrita com sua
sabedoria e liderança nas inovações à saúde coletiva;

à Secretaria Acadêmica e ao Ceids da ESP/RS, em especial aos que
contribuíram diretamente, possibilitando a busca e organização dos dados:
*Norma, Sandra, Ruth, Márcia, Maria Sílvia, Silvana, Marilene, Lenita e
também à Paula, Samir e Airton*, por tanta disponibilidade e carinhoso apoio;

às especiais amigadas na ESP/RS: Eunice, Áurea, Cristianne, Nara, Simone, Waleska,
Clarete, Lisiane, Bárbara, Telma, Carmem, Caty, Rosvita, Creusa, Celso e muit@s outr@s
que *reacenderam* os doces e amargos deste lugar;

aos afetuosos informantes qualificados *Assis, Carlos Dácio,
Carmem Lúcia, Cristiane, Eunice, Ilaine, Lúcia, Marcos, Roger e Telma*,
tão gentilmente disponíveis;

aos 787 colegas sanitaristas egressos dos 26 CSP da ESP/RS,
por eu ser parte desta história, um carinho especial às amigas do 6º
CSP: *Áurea, Carmem, Kátia, Úrsula e Verinha*, pelas significativas marcas que
continuam reverberando em mim;

à *turma prata* - sanitaristas do 25º CSP, em 2004, à ativista Elsa,
por emocionantes homenagens à mim e às 25 turmas presentes na formatura;

às minhas grandes famílias, Borgert e Armani, pelo aprendizado em
ter fé na vida, em especial à *Augusta*, mãe intensidade de vida, com 93 anos,
por sua sabedoria em não ter sido obstáculo às minhas primeiras
fugas do ninho, aos meus sonhos de buscas de estudo e de autonomia de vida,
bifurcando a direção natural da família.

à *Eva*, fiel colaboradora e guardiã do conforto da nossa casa.

Enfim, o meu carinho a tod@s que fizeram parte desta minha busca
de olhar para o que não se vê, de construir uma relação de aprendizagem com o
corpo, *por fora* das tradicionais hierarquias escolares,
tornando possível o *sensível* neste percurso de pensamento,
de significados e de invenções.

Resumo

A tese estabelece uma cartografia da formação em saúde pública, explorando uma pedagogia da Educação em Saúde Coletiva como potência de composição de cenários de ensino e aprendizagem da formação de sanitaristas. A cartografia abarca 26 Cursos de Especialização em Saúde Pública, realizados pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, no período de 1975 a 2004, o que também configura os 30 anos de educação em saúde coletiva no estado do Rio Grande do Sul. É um estudo mobilizado pelas inquietudes de um fazer educacional e pela construção de uma política pública de formação na perspectiva de uma agenda pública do setor da saúde.

Trata-se de um exercício de pensamento sobre esta formação de sanitaristas e sobre a Educação em Saúde Coletiva, explorando os contornos e potencialidades dessa experiência no contexto da Reforma Sanitária brasileira. A formação dos sanitaristas surge na produção de subjetividade e na problematização de conhecimentos, orientados para o Sistema Único de Saúde (ou para a Saúde Coletiva) – uma escolha ético-estético-política do processo de formação. A cidadania e a alteridade surgem como os fios tecedores e reconciliadores da saúde pública com a atenção à saúde. Um processo educativo que descobre a integralidade. É ético: modificação de si, trabalho de sentidos e orientação pelo e para o conhecimento que dignifique a vida individual e coletiva em sociedade. É estético: escultura de tempo, configuração de cenários de aprendizagem e configuração das exposições ao aprender. É político: escolhas de mundo, construção de relações, aposta em modos de vida, em modos de ensino-aprendizagem e em modos de avaliação. Considera a educação como atividade finalística do Sistema Único de Saúde, com proposta de novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes de saúde com uma prática de escuta sensível às necessidades de saúde da população, como expressão de subjetividade sanitarista.

A tese está alicerçada em uma trama de vozes de autores (incluindo literatura, filmes e poesia) e de dados agrupados em diferentes bases: das políticas de saúde, dos acontecimentos no cenário nacional e estadual; do controle social por meio das Conferências de Saúde; do projeto político-pedagógico; da estrutura docente (dirigentes, coordenadores e professores); das monografias de conclusão de curso e o inventário de 26 CSP de um período de 30 anos, além de vozes de informantes qualificados na complementação de dados. Explora história, potências ou micropotências e ruídos em 26 cursos de formação de sanitaristas, um acúmulo de 1.905 candidatos inscritos, 882 alunos matriculados, 788 sanitaristas generalistas certificados e 191 monografias.

Abre possibilidades para a compreensão da formação de sanitaristas como um projeto de profissionalização, como um processo educativo na transversalidade das políticas públicas que têm em vista o sistema de saúde nacional, permitindo um campo de dinâmicas e de possibilidades inéditas, estimulando a construção de territórios sempre outros. Uma educação que pode ser obra transformadora e operadora de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e instituições por meio de coletivos organizados para a produção da saúde. Explora uma formação de sanitaristas, não como prescrição de um perfil ou identidade por competências, mas a exploração das suas convocações ao pensar saúde e suas operações de subjetivação, para constituir um trabalhador dedicado a coordenar, avaliar e participar do ordenamento de ações, serviços e sistemas de saúde orientados pela defesa da vida em tudo que esta contempla de afirmativo do viver intensamente e com o máximo de direito à saúde.

Palavras-chave: educação em saúde coletiva, especialização em saúde pública, formação de sanitaristas, política pública de formação em saúde.

Abstract

The thesis establishes a cartography of public health exploring a pedagogy of Education in Collective Health as the composition power of the scenery of sanitarians' teaching and learning formation. The cartography includes twenty six Specialization Courses in Public Health, carried out by the Rio Grande do Sul State Public Health School from 1975 to 2004, which also represents the 30 years of education in collective health in Rio Grande do Sul state. It is a study marked by the anxieties of "doing" education and by the construction of a public health within the perspective of a public agenda of the health.

It is a thinking exercise on the sanitarians' formation and Education in Collective Health exploring the contours and potentialities of this experience within the Brazilian Sanitary Reform. The sanitarians' formation arises with the subjectivity production and knowledge problematization, aiming at the Sistema Único de Saúde (Brazilian Health System) (or Collective Health) – a political, aesthetical and ethical choice of the formation process. Citizenship and alterity arise as the spinning and reconciling threads of public health aiming at the health care. An educative process finding out the integrality. It is ethic: modification in itself, work of senses and orientation by and for the knowledge dignifying the individual and collective life within the society. It is aesthetic: time sculpture, configuration of learning sceneries and configuration of the expositions to learning. It is political: world choices, relationship construction, bets on ways of life, teaching and learning and evaluation modalities. It considers education as a finalistic activity of the Sistema Único de Saúde, with proposals of new occupational and professional profiles of health workers and teams, sensitive to the health needs of the population as an expression of sanitary subjectivity.

The thesis is base on the authors voices plot (including literature, movies, and poetry) and data divided into different bases: health policies, national and state happenings; social control through Health Conferences; political and pedagogical Project; teaching body structure (directors, coordinators and teachers) the conclusion Works and the 30-year inventory of 26 CSPs as well as the voices of informers with qualification for data completion. It explores the history, power and micropower and noises within the 26 sanitary courses, 1.905 enrolled candidates, 882 registered students, 788 certified generalist sanitarians and 191 monographies.

It opens possibilities to understand the sanitarian formation as a profissionalization process, an educational process within the public policies transversality aiming at the national health system, allowing a field of dynamics and original possibilities, stimulating the construction of other territories. An education which can be work which changes and operates creative and inventive crossings in the individual and institutional constitution through collective organized for the health production. It explores the sanitarian formation, not as profile prescription or competences identity but the exploration of its invitations for health thinking and its subjectivation operations for the constitution of a worker devoted to the coordination, evaluation and participation in the arrangement of health actions, services and systems oriented for life defense of every affirmative aspects of living intensively and with the maximum right to health.

Key-words: collective health education, public health specialization, sanitarians formation, public policie for health formation.

Lista de siglas

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas em Saúde

Assedisa - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, do Estado do Rio Grande do Sul

Asva – Assistência Social Vila Augusta

Capes - Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Ceids – Centro de Informação e Documentação em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

CNRS – Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde [dos Estados]

Conasp – Comissão Nacional de Administração da Saúde Previdenciária: Plano de Reorganização da Assistência à Saúde Previdenciária

CSEM – Centro de Saúde-Escola Murialdo

CSP – Curso de Saúde Pública

Deges – Departamento de Gestão da Educação em Saúde, do Ministério da Saúde

Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FDRH – Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Gusp – Grupo Unido de Saúde Pública

IES – Instituição de Ensino Superior

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOB-RH/SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pacs – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PCCS – Plano de Carreira, Cargos e Salários

Piass – Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PISUS – Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde

PrevSaúde – Plano de Ações Conjuntas entre os Ministérios Saúde e da Previdência e Assistência Social

Proesf – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual da Saúde

Sgtes – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde

Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

Ufac – Universidade Federal do Acre

Unijuí – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em Ijuí

Ufba – Universidade Federal da Bahia

Ufrgs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

UPF – Universidade de Passo Fundo

Sumário

Apresentação.....	14
As inquietudes, os desassossegos e o nascimento de uma pedagoga-cartógrafa-sanitarista-em-nós.....	22
Linhas de fuga silenciadas.....	23
O estranho-em-nós em seu estado nascente: a convocação pela saúde pública.....	26
Forças e fluxos sinalizando uma construção cartográfica na formação em saúde pública.....	33
Contornos e potencialidades do ensino da saúde pública e a invenção da saúde coletiva.....	37
Conferências nacionais de saúde e produção de conhecimento na área.....	45
Reversão da matriz de pensamento e práticas na formação de sanitaristas com a criação do Sistema Único de Saúde: identidades e suas rupturas no ensino da saúde pública.....	56
Ampliação da capacidade de análise e de intervenção: articulação entre formação, gestão setorial e alteridade com os usuários no Sistema Único de Saúde.....	65
30 Anos de Educação em Saúde Coletiva: vozes dos cursos de saúde pública da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - em busca do tempo reconciliado.....	78
Reconciliações de tempo: subjetividades sanitaristas e a Educação em Saúde Coletiva.....	115

Políticas da Educação em Saúde Coletiva: problematizar a formação de sanitaristas para bancar a vida e bancar a produção de conhecimento para afirmar a vida.....119

A educação em saúde coletiva como obra transformadora e operação de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e coletivos organizados para a produção em saúde: reconciliações de tempo e a introdução da noção de uma ético-estético-política da formação.....134

Ressonâncias a uma ético-estético-política da formação em saúde pública.....144

Referências.....152

Anexo 1.....165

Bases de dados.....166

Apresentação

Este é um estudo que abre, des-dobra e mobiliza as inquietudes de um fazer educacional e a construção de uma política pública de formação na perspectiva de uma **cartografia: história, conhecimento de micropotências e atenção aos ruídos de desafio**. Ao realizar uma cartografia, conquistamos uma aprendizagem da história, não a revelação da história. Uma cartografia descreve paisagens, segundo aquele que a percorre; trata-se, por isso, de uma história da paisagem, não a topografia da paisagem. O registro documental ganha o estatuto de uma aprendizagem, implicação daquele que documenta, relato de si, de suas experimentações. Deve, entretanto, operar como dispositivo agenciador da produção de conhecimentos. Na área da **formação em saúde pública**, aqui denominada **Educação em Saúde Coletiva**, os conhecimentos demandados envolvem a produção de informação e apropriação sobre os modos de subjetivação dos sanitaristas, dos profissionais de saúde imbuídos das práticas de preceptoria, tutoria e orientação de aprendizagens em serviço, dos educadores da área da saúde e dos educadores sanitaristas. Nessa cartografia, então, apresento meandros, labirintos e zigue-zagues de uma história da formação de sanitaristas, a da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)¹, principal centro formador de generalistas nesta especialidade no Estado do Rio Grande do Sul, desde meados dos anos 1970, registrando momentos de grande densidade, assim como de descrédito, conforme os cenários de aliança com as políticas de saúde, com as políticas de governo, com as políticas de formação especializada para a área e os cruzamentos com os momentos políticos nacionais de luta contra ditadura, de democratização da sociedade, de construção de um sistema único de caráter universal para o acesso às ações e serviços de saúde.

A cartografia que apresento explora os contornos e potencialidades dessa experiência no contexto da Reforma Sanitária brasileira. Falo em contorno e potencialidade porque não pretendi um estudo historiográfico, mas um exercício de pensamento sobre uma trajetória, produção de saber a partir da prática e da militância no interior da educação

¹ Órgão da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, responsável pela formação, qualificação e educação continuada, necessária e compatível com o desempenho da saúde e com o desenvolvimento técnico-científico e político do setor da saúde (Ceccim e Armani, 2002, p.145).

como política de subjetivação, com embates, derrotas e retrocessos, mas também com avanços, comemorações e vitórias, uma escolha de vida que atravessou diferentes tempos, tempo que procuro *pensar*, mais que *relatar*.

A cartografia não surgiu como novidade no início do doutorado, ela foi o motivo para o doutorado, um desejo “de falar” silenciado durante muito tempo. Uma educadora querendo falar, mas não sabendo o quê exatamente ou para quem. Algo como *estou aqui fazendo educação em saúde coletiva como parte da história da saúde pública de nosso país, entretanto somente ouvimos a história da organização dos serviços de saúde, não a do fazer educacional que impregna esta história, empresta-lhe sentidos, constrói os saberes necessários à atuação em saúde pública e desenvolve os recursos de conhecimento e operação de pensamento demandados pela área*. Sou uma educadora da área da saúde coletiva, estou em uma escola de saúde pública e devo falar ou são os pesquisadores dessa área que devem pesquisar-me e, então, falar-me? Neste desejo, cheia de medos e inseguranças, fiz a escolha pela problematização de mim, da educação em saúde coletiva com certeza, mas dessa educação como política de formação e de produção de subjetividades (sanitaristas) onde projetos político-pedagógicos não contam com um currículo mínimo nacional de identificação das aquisições a serem acumuladas pelo egresso, o sanitarista, e nem apresentam diretrizes curriculares nacionais para identificar as competências de desenvolvimento durante a formação de um tal especialista profissional.

Que educação em saúde coletiva fazemos? Que sanitarista queremos? As perguntas poderiam revelar territórios e não respostas? Revelando territórios, poderíamos aprender mais sobre formação? Explorar paisagens, usar meus próprios instrumentos de ver e ouvir? Sim, um ver-sentir (meu olho), um ouvir-sentir (meu ouvido), um sentir simplesmente (meu corpo). Por que não? Este é o tipo de educador que eu queria na escola, por que não ser este educador aquele que *recupera e fala sobre* os processos de subjetivação sanitarista na formação em saúde pública? O que é a educação em saúde coletiva senão a composição de processos de formação dos sanitaristas? Pois, então, quais podem ser as construções de uma pedagogia na educação em saúde coletiva?

Não se trata, certamente, de re-colocar um determinado campo temático, como aquilo que é ou está dado e que a ciência ou pesquisa evidenciam e confirmam, mas, sim, de, em um campo temático, colocar as possibilidades de criação de territórios, aqueles que

convocam o pensamento para os processos de formação e constituição de subjetividade.

Fui desdobrando *processos vividos e novos referenciais* em uma mestiçagem de procedimentos de formação em saúde, que foram perdendo sua pureza para revelar o dobramento das possibilidades. Em cada dobra, forças pediam maneiras de ver, de acolher, de fazer, de ser profissional em saúde, de ser sanitarista. Dados da minha compreensão sobre a educação e a saúde, junto com um cenário de referências da formação (fontes documentais, legislação, autores, atos da participação da sociedade sobre a saúde) compõem a expressão de perspectivas.

Na construção da educação estão imbricados, sempre, co-produção **de si, do outro e da política das coisas que fazemos**. Campos (2000a, p.13) propôs o *método da roda* como possibilidade de se instituírem sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes de produção, tomadas como critério de qualidade e superior construção social. Conforme este autor, o espaço democrático e a constituição de indivíduos e de coletivos organizados para a produção elaboram novos sentidos e significados que orientam o agir concreto.

Merhy (1999) propõe que temos uma tensão permanente entre a força do *trabalho vivo*, com seu potencial de criação, e os desenhos que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, conformar os atores a determinados papéis. Entendo que dessa contradição afloram as possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros saberes, práticas e poderes.

A valorização do sensível apegado à história dos fatos, na construção da política da formação que fizemos/fazemos, foi para mover pensamentos. Assim como o vento afeta as nuvens, a valorização do sensível veio para mover os fatos em direção à produção de sentidos e não de representações. A lembrança de experiências que gostaríamos de refazer não veio para lamentar, mas para reencontrar o tempo perdido, permitir retorná-lo como linha de ruptura daqueles momentos ou do atual momento, recolocação das bifurcações onde vazaram a mudança ou a invenção. Este ponto de/no tempo, seguindo uma imagem de Meira (2003, p.9), teria um sentido ligado aos acontecimentos reais e imaginados que emergem do que está ainda por fazer, iluminuras da mente postas em imagens valiosas que

insistem em durar em nós e que funcionam como dispositivos provocadores, reinventando maneiras de ser. Conforme Guattari (2002, p.15), indicaria linhas de recomposição da práxis nos mais variados domínios, produzindo existência humana em novos contextos históricos.

Se busquei privilegiar o que de regularidade houve na história-trajetória dos CSP, não foi para encontrar uma identidade, homogeneidade, certeza, mas perfil, objeto, orientação. Não estabelecer o homogêneo, mas a heterogeneidade que conformou a permanência da formação em saúde pública ao longo de quase 30 anos em uma escola não universitária e que, mesmo assim sustenta desde 1975 a oferta e a demanda pela formação especializada originária da educação em saúde coletiva. Conforme Czermak (1990, p.107), se tem acesso à diferença entre forças e intensidades de forças somente a partir do heterogêneo (heterogênese). O surgimento de uma nova qualidade de força e de formas de singularização resulta do acolhimento da diferenciação de si e dos entornos, não pela escolha de métodos e processos metodológicos, os quais bastaria implantar ou reproduzir. Acolher o heterogêneo permitiu-me aceitar que a **formação especializada em saúde pública não é um bloco, unidade ou habilidade adestrada de pensamento profissional**, permitiu-me formulá-la como uma política, **orientação para um desempenho profissional no terreno do ordenamento das práticas de saúde**.

Eram muitas as questões que se encontravam em justaposição e que eu queria mobilizar, desdobrar, encontrar bifurcações, inclusive constatar territórios dentro de territórios. Esta pesquisa fez, portanto, contato com o *estranho-em-nós*, minha inquietação interrogando a história, história essa onde eu estava e de cujas angústias não poderia fugir com o recurso de referir a ausência de dados. A novidade dos referenciais abria as fronteiras onde as realidades foram produzidas e a história se revelava nua, demandando sentidos para a sua materialidade.

Assumi uma atitude de atenção e de comunicação com o tempo, uma intervenção de pesquisador, ou seja, usando a força da curiosidade, passei a perscrutar dados e o que foi surgindo. Fui interrogando os dados e não apenas revelando-os. Como disse, quis não a história dos fatos, mas a política das coisas que fazemos/fizemos, conhecer os fatos como vivos, capazes de contar sobre processos e ainda guardar abertura de processos.

Uma cartografia, segundo Rolnik (1993), é um método de dupla função: detectar a paisagem, suas mutações, indagando sobre sua potência produtiva, sua força de gerar o novo e a diferença e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles. Valoriza o processo, preocupa-se com agenciamentos de desterritorialização e de retorritorialização. É um modo de pesquisar, de aprender e de se constituir: eu, cartógrafa-pedagoga-sanitarista que se fez, para atingir o mundo da experiência, dos afetos, das sensações², esta seria a pesquisa da pedagoga que a seguir virá.

Busquei na arte, nas obras de Salvador Dalí, imagens que ilustrassem o que eu queria dizer com o movimento de pensar o tempo em estudo. Imagens do tempo como uma massa moldável, como invenção. Um tempo contra a verdade, pensado de um outro jeito. Salvador Dalí foi um dos maiores artistas do séc. XX (1908-1989), conhecido por sua imaginação desenfreada. Seus *relógios moles* ou suas *horas derretidas* deveriam servir, segundo ele mesmo, para dar a hora, não para se mostrarem duros e rijos com uma hora qualquer: *não interessa se relógios são moles ou duros, o que importa é que eles dêem a hora certa*. Dizia Dalí que a ele interessava derrubar *todas as fronteiras* e determinar *continuamente novas estruturas de pensar* (citado em Néret, 2004, p.71).

A arte não veio para explicar a realidade; veio como reino de possibilidades, como liberdade de produção e de configuração do tempo. Inspiro-me em Peter Pál Pelbart, em sua tese de doutoramento *O tempo não-reconciliado*. Pelbart estuda as imagens e aventuras do tempo na obra de um dos mais inventivos pensadores da contemporaneidade, o filósofo francês Gilles Deleuze, com as fontes que o inspiraram, seja na filosofia, na literatura ou mesmo no cinema. Em toda a obra de arte, assim como em um grande filme, há sempre algo em aberto; este aberto é o tempo diz Deleuze, é o todo, múltiplo, rizomático, paradoxal, onde coexistem passado e presente (conforme Pelbart, 1998, p. 3 a 34).

Inserida em uma realidade da educação em saúde coletiva e com o desejo político de pensar/propor **uma educação feita de forças e fluxos postos em ato**, iniciou-se em mim um tempo de desamarrar desejos contidos e vivê-los na intensidade da potência criadora de vida, perscrutando caminhos por eles sinalizados, entrando em um mundo das

² A cartografia é uma linguagem para a paisagem, nela coexistem história e geografia. Os inventários arrolam a história, os mapas arrolam a geografia, a cartografia arrola paisagens (cenários, deslocamentos, modos de andar).

linhas de tempo, dos devires – devir educativo e propositivo da ESP/RS, buscando a produção de novidade germinativa na construção da formação em saúde pública. A **formação**, agora identificada como um **abrigo de produção, destravamento de pensamentos e acolhida de processos agenciadores de subjetivação**.

Trago minhas investigações (explorações) sobre a educação em saúde coletiva mediante o inventário dos 26 Cursos de Especialização em Saúde Pública (CSP) da ESP/RS, realizados no período de 1975 a 2004 (história dos produtos) e sua extração de sentidos (geografia dos *affectos*) em minhas interações, o que vibrou no meu percurso como pedagoga-cartógrafa-sanitarista na construção saberes e práticas sobre a formação especializada em saúde pública.

Conforme Guattari (1992), o nascimento de uma nova ordem se faz da processualidade de desordenamentos que geram outros ordenamentos, desterritorializações que levam a outros territórios na construção das nossas histórias de vida, onde não existe um mundo dado, existe um mundo se dando. Potencializar o olhar, ver ouvindo/cheirando, com uma sensibilidade corpórea os acoplamentos do percurso (autores, legislação, documentos, movimentos sociais, literatura, filmes, jornais, viagens) tecendo a cartografia de uma longa viagem re-visitada, re-buscada, des-dobrada, re-encontrada permitiu-me localizar orientações à formação em saúde pública, formação reconciliada com a história da organização do sistema de saúde no Brasil, com a política de formação emprestada pelas políticas públicas que se aproximam ou se afastam da cidadania, da participação, da construção de coletivos íntimos ou dispersos de pensamento e produção de mundo.

O fazer cotidiano, repleto de equívocos e contradições – teóricas e práticas – presentes na maioria dos processos de formação é uma construção, é produção de singularidade. É subjetivação e, portanto, será aquilo que difere da produção de identidade. Onde os modelos conhecidos ditam o como deve ser, busquei lacunas e vazios. Os vazios que são territórios para inéditos são brechas nos *modelos* para o curso das *mutações*. O processo educativo, na identidade, é padronizado, é estrada asfaltada: tudo é igual. Na subjetivação, é criação, força, potência de invenção de si, dos entornos, do mundo. É **ético**: modificação de si, trabalho de sentidos e orientações pelo e para o conhecimento. É **estético**: escultura de tempo, configuração de cenários de aprendizagem e configuração das exposições ao aprender. É **político**: escolhas de mundo, construção de relações, aposta em

modos de vida, de ensino-aprendizagem, de avaliação.

Trouxe minha trajetória de ação e pensamento na educação à luz de estudiosos e de teorias que me serviram de ferramentas e de suporte porque estimularam meus sentidos, dando linguagem aos efeitos produzidos em mim, no processo de experimentação docente. Buscando um pensar criativo, problematizo as propostas de formação em saúde pública, seus processos de mudança e suas linhas de fuga, sua conformação em modelos a partir de uma extensa revisão documental, de depoimentos de informantes qualificados e de minhas inquietações ou desassossegos entrelaçados aos movimentos instituintes do trabalho em saúde coletiva.

O *pensar criativo*, segundo Deleuze (1976, p.135), ao ler Nietzsche, é um pensar submetido às forças ativas. Para o autor, *pensar* significa *descobrir, inventar novas possibilidades de vida*. Idéias e imagens de Salvador Dalí, Friedrich Nietzsche, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Serres, Suely Rolnik, Peter Pelbart, Emerson Merhy, Gastão Campos, Ricardo Ceccim e outros tantos, que *pluguei* às minhas idéias e imagens, às minhas intensidades, aos meus anteriores que perseguem desejos e sonhos, quase nunca livres de amarras advindas de marcas educacionais e religiosas, de fragmentos históricos, sociais, culturais e políticos, estão presentes nesta viagem, produzindo atividade germinativa e inventiva de novos caminhos.

Num contexto como esse, fui conectando, em uma trama rizomática, fios interrogativos, alguns latentes em mim, puxados do baú das marcas de educadora; outros tantos novos e estranhos, que me faziam transbordar deste emaranhado de confluências e questões.

Renunciei à paz de espírito do casulo, saí do conforto das águas rasas e mergulhei nas profundezas da investigação, desacomodando pensamentos naturalizados que concebem os fazeres pedagógicos, extraindo e problematizando experiências vivenciadas na formação em saúde pública, apontando alternativas e possibilidades para dar conta da complexidade das exigências da área da saúde.

Serres (1993, p.24-25) diz que ensinar e aprender em sentido pleno implica três maneiras de se expor, três estranhezas, três variedades de alteridade: *partir, sair, deixar-se seduzir*. Partir é *dividir-se em partes, tornar-se vários, abrir-se como o universo ou como o*

caos onde tudo começa; sair é deixar o ninho, lançar-se em um caminho de destino incerto, bifurcar a direção dita natural. Deixar-se seduzir é aceitar o mestre, o condutor que conhece o lugar por onde leva o iniciado. Sob a orientação de um guia, a educação empurra para fora. Parte, sai. E acrescenta: nenhum aprendizado dispensa a viagem (pedagogia em seu sentido lingüístico de natureza material: transporte da criança pela mão ou colo de seu pagem à escola). O corpo do aprendiz nunca mais será o mesmo. Cada provisão constituída é um estágio, platô, plano de consistência, mas são como finais que não têm fim.

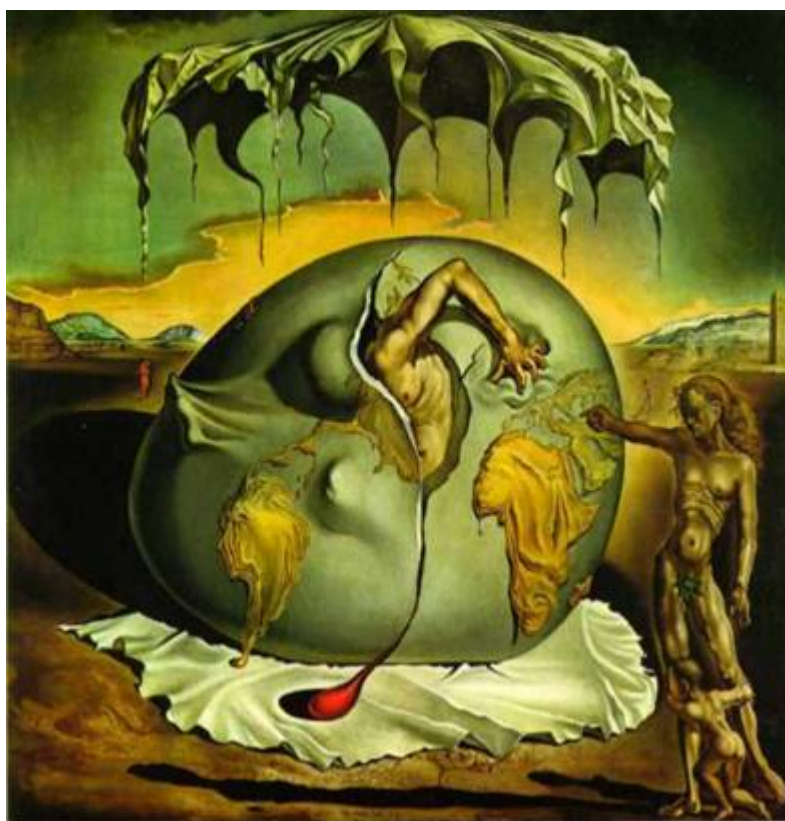
Entendi que era preciso pensar **uma formação de sanitaristas, cujo centro fosse a produção de subjetividade e a problematização de conhecimentos**, cuja relevância não estivesse na transmissão de conteúdos e sim nas operações de si e de interferência no trabalho que o conhecimento e o desenvolvimento de si permitem realizar, necessariamente articulados com as necessidades sociais em saúde, para assegurar a contextualização na realidade a conhecer, mudar, escutar e corresponder.

Esta pesquisa foi uma viagem de ensinar/aprender, não sem antes **desaprender**, *retirar entulhos de difícil remoção que estão em nós* (Arroyo, 2002, p.77). Significou uma possibilidade de abandonar padrões habituais – racionais, forjados socialmente. Fui arremessada para o movimento, para a criação de multiplicidades. Senti-me possuída pelas três estranhezas de Michel Serres: parti, abandonei o ninho e me deixei seduzir... Iniciei uma viagem, sem destino certo, cartografando com infinitas bifurcações e muitos corpos, em pleno caos.

As inquietudes, os desassossegos e o nascimento de uma pedagoga-cartógrafa-sanitarista-em-nós

*...o que vem primeiro é a capacidade de se deixar violentar pelas marcas (...)
as marcas são os estados vividos em nosso corpo
no encontro com outros corpos,
a diferença que nos arranca de nós mesmos e nos torna outro.
A inteligência vem depois, (...)
A inteligência só é boa quando é usada
a serviço de uma escultura do tempo
a serviço de um devir-outro.*

Rolnik (1993)



Criança Geopolítica Observando o Nascimento do Homem Novo, 1943.

O mundo intra-uterino do ovo, pintado à mão em cores superfinas.

Óleo sobre tela, 45,5 x 50 cm.

S. Petersburgo (FL), *The Salvador Dalí Museu*.

Linhas de fuga silenciadas

Meu fascínio pelo estudo, pelo diferente, pela busca, esteve presente em mim desde a infância quando, aos cinco anos, em 1954, na falta de freqüentar um Jardim de Infância, fugi de casa para ir à escola onde estudavam meus irmãos³. Seria apenas uma estranheza movida pela aguçada curiosidade infantil ou já o **primeiro abandono do ninho**? Na adolescência, aos treze anos, em 1963, sem freqüentar a escola por três anos, por falta de acesso, usei sair de casa e morar em outro município catarinense, com a família de um irmão, para continuar meus estudos. Curso Ginásial, **segundo abandono do ninho**, bifurcando a direção natural na família. Deixei o ninho e lancei-me em um caminho incerto, de busca de conhecimento, muito embora disciplina e controle, regras e pressões institucionais tenham feito parte do meu cotidiano de formação. Uma vida regrada, de aluna padrão, com boas notas e dedicada, isto me parecia muito normal, nada além da obrigação. Não subvertia, não surpreendia. Só muito mais tarde eu questioneei o meu “ir bem”.

A racionalidade gerencial hegemônica, *taylorista*, ancorava minha educação para o servilismo, para o culto do bom comportamento, para a valorização do silêncio, enfim, uma educação para a submissão e para a renúncia. Segundo Campos (2000a), uma função *antipaidéia*⁴. Vivenciava uma prática limitadora de iniciativas criativas e inovadoras, permitindo a reprodução permanente de um esquema rígido e uma visão estigmatizante da realidade.

Mais tarde, algumas escolhas foram me provocando ao amor à liberdade e à repulsa ao autoritarismo. Compreendi o significado da autoridade perversa, da regra praticada para humilhar. Passei a me rebelar, como lembraria Campos (2000b)⁵, apostando na realização integral da vida, na possibilidade de realização pessoal e na conquista de uma sociedade justa e democrática. Fui cavando espaço frente às possibilidades e enfrentando os desafios

³ Venho de uma família numerosa (penúltima de 13 irmãos), com ascendência italiana e alemã. Morávamos em zona rural, onde tínhamos acesso apenas a uma Escola Primária (1ª à 4ª série), a uma distância de 6 Km de nossa casa.

⁴ Paidéia é uma noção originária da Grécia Clássica e indica a formação integral do ser humano.

⁵ Falo do memorial apresentado por Gastão Campos, sanitarista e educador de grande nome em nosso país, ao abordar seu processo de formação e trabalho em saúde.

que se apresentavam no exercício da profissão que naturalmente estava se delineando em minha vida: professora⁶. Uma avalanche de dúvidas e de inseguranças se colocava em mim. Minhas perguntas cresciam com o fermento natural das dúvidas de que a educação necessita para respirar e para pensar a si mesma. Eram medos, alegrias, emoções, tudo o que se faz presente no processo de ensinar e de aprender.

A política educacional vigente priorizava a disciplina como técnica, um dispositivo de poder, um mecanismo ou um instrumento de controle que, segundo Foucault (1979), é estratégia à regência minuciosa das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade, tendo em vista a manutenção da sociedade.

Eu me deixava influenciar pelo estilo de uma freira, minha professora, pela sua coragem em duvidar, inovar, romper com algumas certezas, modificar a maneira tradicional do ensinar, inventando dispositivos potencialmente indutores de mudanças, deixando fluir processos de criação com representações teatrais em sala de aula. Tal como em *Sociedade dos poetas mortos*, filme de Peter Wein que problematiza o ensino tradicional e conservador da Academia Welton, nos Estados Unidos, minha professora punha pontos de vista em mim. No filme, o professor Keating rompe com o ensino transmissivo, sobe em cima da mesa e diz: *estou de pé na minha mesa para lembrá-los que devemos constantemente mudar nossa visão: o mundo é bem diferente daqui*. Convida seus alunos a fazerem o mesmo, a olhar o mundo sob outro prisma. Apesar de parecer bobagem - ou parecer errado - ousar. Não caminhar ao abismo como zumbis, olhar ao redor e atrever-se a destacar e encontrar um novo solo. Eu acompanhava tudo num processo muito confuso de compreensão e mimetizava aquele estilo, de forma mais confusa ainda.

Cursei a faculdade com uma inquietação, insatisfação e angústia que me instigavam a buscar mais. Precisava romper cicatrizes adquiridas durante o contexto das composições que foram se tecendo em minha vida, quebrar algumas estruturas que estavam em mim como certezas. Uma experiência de estágio no Projeto Rondon⁷, no final da graduação, foi

⁶ Nunca tive clareza se fui buscar o que gostava de fazer ou se passei a gostar do que fazia.

⁷ Projeto de caráter assistencialista do Governo Federal dos anos 1970, de interiorização de estudantes de graduação com o objetivo de conhecer e vivenciar realidades brasileiras de áreas remotas. O projeto beneficiava aos estudantes, mas supunha as populações como “alvo” de ações de educação externa a sua cultura, pouco deixava de reconstrução social e nada deixava de iniciativa ou autonomia política.

muito marcante. Não sei se pelo mergulho na vivência de um projeto de ajuda humanitária, de educação em saúde em diferentes escolas e coletividades pobres, no caso, em Itaituba, estado do Pará, ou se pela distância e insegurança, se por voar em um avião da FAB - Força Aérea Brasileira, se todas essas coisas. Tratava-se de uma vivência de trabalho em uma equipe de estudantes, oriundos de diferentes regiões e profissões, abordando questões do campo da saúde pública, notadamente da educação em saúde, promoção da saúde, cultura, lazer, moradia, alimentação e meio-ambiente.

Foi um ponto de partida. Um estranho ponto que já indicava todo o processo. Um processo onde explosões de possibilidades inseridas no tempo estavam por vir. Talvez o contraponto que eu acumulava, pelas minhas marcas de vida, de formação em escolas públicas e de experiência no trabalho educacional me permitisse um aprendizado diferenciado, com uma compreensão também diferenciada do contexto da educação e da educação em saúde, o que significava ampliar o campo das transformações possíveis.

Cursei o mestrado em Educação, logo após a graduação em pedagogia. Foi um nevoeiro de buscas. Naquela oportunidade, não consegui trazer para o estudo de investigação estas inquietações do campo da educação e da saúde como práticas sociais, por falta de orientador na área. Sufoquei de tristeza por não ter sido estimulada, não ter sido provocada à entrega, de não poder - ou não conseguir - ousar. Faltou-me um orientador “de pensamento”. Não filósofo, mas que soubesse induzir-me a produzir idéias, conceitos.

Um instigante *estranho-em-nós* se manifestava em mim: mestre em Educação, ingressei como professora adjunta em uma universidade pública do norte do país, a Universidade Federal do Acre (Ufac), em Rio Branco, relativamente nova, onde tudo ainda estava por fazer, criar, pensar, acontecer. Sensação incômoda de desassossego e de inquietude, onde muitas coisas não faziam sentido, mas, em compensação, outras tantas, começavam a ter enorme razão de ser. Parecia estar surgindo a lembrança adormecida das sensações. Criar raízes lá significava sufocar aquela paixão inquieta, aquele sonho contido, desejo latente e convocador com o qual eu vinha convivendo sem marcas, sem fluxos, sem ressonância. Egressa do mestrado em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, fui convidada ao trabalho na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Um ano na Ufac foi o bastante, outra partida. Outra estranheza imbricada com

medo e coragem, com potência para mudar, para buscar outros territórios, em outra dimensão da vida, a da saúde de maneira profissional - **terceiro abandono do ninho**.

O estranho-em-nós em seu estado nascente: a convocação pela saúde pública

Inicia-se o tempo de desamarrar os desejos e vivê-los intensamente, seguindo caminhos por eles sinalizados, entrando em um mundo de devires. Desafios se renovando e transformações acarretando mutações no campo social. A transformação, aqui entendida como a revolução a que Guattari e Rolnik (2000) designam como processual, produzindo algo que não existia, produzindo uma singularidade na própria existência das coisas, dos pensamentos e das sensibilidades. A efervescência desafiou-me a procurar outros modos que pudessem me afetar, que tomassem minha intimidade, tornando-me vulnerável e disposta ao novo, ao desconhecido.

Hoje, entendo que os processos interativos são desassossegadores, razão que me fez, no final de 1979, voltar a Porto Alegre, instigada que fui a trabalhar na ESP/RS, como docente e pesquisadora. E, já no ano seguinte, mergulhei na saúde pública, fazendo o curso de formação de sanitaristas. Foi, então, que ouvi ou li, pela primeira vez, alguns inesquecíveis mestres: Cecília Donnângelo, Sérgio Arouca, Madel Luz, Marilena Chauí, Ricardo Bruno, Amélia Cohn, Moisés Goldbaum e o saudoso Joaquim Alberto Cardoso de Melo, falecido tão precocemente, este um educador e um pesquisador da educação em saúde. E tantos outros estrangeiros, também mestres, pesquisadores e escritores: Antônio Gramsci, Mário Testa, Michel Foucault, Giovanni Berlinguer e Franco Basaglia, que faziam parte das minhas descobertas. Foi um longo e instigante curso de especialização, 1.120 horas-aula, jornada de tempo integral, colegas de todas as formações básicas, majoritariamente profissões da área da saúde, das ciências sociais e da psicologia.

Foi neste contexto que, usando uma imagem de Silva Jr. (1998, p.15), como em um redemoinho, fui tragada apaixonadamente pelo mundo da saúde pública. Assumi a paixão pelo desconhecido - o aprendizado nesta área do conhecimento. Logo no ano seguinte, passei a coordenar a formação de sanitaristas da ESP/RS, curso regular, conveniado com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o que me propiciou uma aproximação com vários outros docentes e pesquisadores daquela

instituição. Era início dos anos 1980 e havia todo um movimento voltado para estimular a democratização dos serviços públicos de saúde: participação popular e conselhos de saúde para permitir a gestão em saúde com engajamento de usuários e trabalhadores de serviços de saúde. Eram inúmeras experiências.

Ensinava-se e pesquisava-se como se a democracia acabasse nos conselhos de saúde. As práticas sanitárias não se alteravam e, tampouco, percebia-se maior envolvimento dos trabalhadores com a produção de saúde. No cotidiano, os serviços eram gerenciados segundo diferentes variações do *taylorismo*. A lógica tradicional *imperava* na gerência: poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos, elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e a quase ausência de comunicação horizontal.

Desde essa época mesclaram-se em mim a militância política e o exercício profissional. Movimentos instituintes de uma pedagoga-em-nós foram me “graduando” em saúde pública, me constituindo sanitarista, mantendo-me associada àqueles que militavam por uma sociedade onde a qualidade de vida fosse um compromisso coletivo. Fui perseguindo a idéia de uma articulação entre o *ensino*, a *administração pública*, a *assistência* e a *participação popular*, permeada por um plano ético de defesa e qualificação da vida, de todas as formas de vida; e um plano político de defesa da coisa pública, do acesso público universal para todas as necessidades sociais. Uma articulação que suscitava à inovação. Segundo Boaventura Santos (2000), na medida em que se desafia a permeabilidade a outras racionalidades, além da racionalidade cognitivo-instrumental hipertrofiada durante o desenvolvimento da ciência e da técnica hegemônicas e a outros valores que foram preteridos pelo projeto sociocultural da modernidade, conduzimo-nos, não somente às mudanças pontuais, como também à tensão e à transformação do paradigma que nos coloniza, esta tensão nos projetos de mudança é o que abre caminho às *inovações*.

Na condição de docente, pesquisadora e coordenadora do CSP da ESP/RS, ia alimentando dúvidas neste território. Progressivamente fui percebendo a necessidade de ampliar a compreensão e a análise de referenciais do campo da saúde coletiva, das políticas públicas, dos estudos sobre gestão, da produção de subjetividade e dos movimentos sociais, compreendendo que, mesmo para a ação profissional, a habilitação formal em

educação e em saúde pública já estava representando pouco, somente o continuar aprendendo se justificava.

Neste *continuum*, tive o privilégio de conhecer outros grandes pensadores, que constroem e sustentam propostas e experiências de novas formas de gestão das organizações e de constituição de atores sociais individuais, coletivos e institucionais, produtores de mudança e por ela produzidos: Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Mehry, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Aluísio Gomes da Silva Jr., Boaventura de Souza Santos, Roberto Maturana, Francisco Varela, Suely Rolnik, Virgínia Kastrup, Regina Benevides de Barros e Peter Pál Pelbart.

A necessidade e a vontade da qualificação na pós-graduação *stricto sensu* tornou-se emergente, uma longa emergência, até o encontro com sua urgência. Incitada a transgredir os limites que me aprisionavam cotidianamente no exercício da profissão e seduzida a fortalecer o meu desejo, como projeto pessoal, constrangido por muitos anos, voltei à academia: **quarto abandono do ninho**. Busquei o Curso de Doutorado em Educação, em 2001⁸. Deixei-me seduzir! Agora, sob a orientação de um guia, fui arremessada para fora, assim como um filhote albatroz ao ser empurrado para fora do seu ninho, do alto do penhasco, no momento de voar⁹. Fui despejada da minha vida, tal como o personagem Melvin, do filme *Melhor é impossível* (1997). Melvin é um ser compulsivo, completamente rígido, que começa a sofrer *afecções* provocadas por vários personagens que literalmente invadem sua vida altamente regulada. No meu caso, fui invadida por outros-em-mim, pela aventura do conhecimento, meu corpo deixou de ser o mesmo.

A partir da Reforma Sanitária no Brasil, as conexões entre a formação para a área da saúde, a gestão do setor e a renovação das práticas de atenção devem se fazer sob o interesse dos usuários, o que quer dizer sob o exercício do controle social. A Reforma Sanitária colocou múltiplos atores em cena, mas a luta política é luta contra as capturas por aquilo que não entrou em tensão, aquilo que não quer a inovação, tolerando as mudanças como quem tolera o inexorável, mas combatendo sua máxima produção de efeitos (com todas as forças). Assim, ainda é a vida que deve ser afirmada na lutas por saúde: saúde é

⁸ Esse movimento de voltar à academia eu já havia feito em outros tempos, mas, sem estranhezas e sem sedução, recuei.

⁹ A mãe albatroz sabe o momento e, com uma asa, empurra seu filho para o primeiro voo e para a vida, se ele não se esborrachar lá embaixo (Sérgio de Paula Ramos, psiquiatra).

luta!

A concepção de saúde como luta também encontramos em Nietzsche. Marton (1990, p.42-48), ao problematizar a idéia darwiniana e a concepção nietzschiana de luta, nos lembra que Darwin defendia que os meios de subsistência aumentam em proporção menor que os seres vivos, o que leva ao combate. Considerou, portanto, a luta pela existência como luta pela subsistência, onde vencem os mais fortes – *struggle for life* – trazendo junto a lei da seleção natural. Isto, para Nietzsche, é tomar como causa a conseqüência e desconsiderar o acaso na vida. Nietzsche vê este combate, não como situação de indigência (fome), mas como riqueza, como potência - há combate por vontade de potência, que é justamente vontade de vida. Para o filósofo, a vontade de potência não busca acomodar-se, ela exerce-se sempre mais sobre o que está à sua volta. O conhecimento, neste caso, deve estar a serviço da vida, é sempre a vida que se deve visar. Para Nietzsche, a vida é vista como possibilidade de expressão de conhecimento e a luta se impõe como traço fundamental da vida. E aí, tudo é luta: pensamentos, sentimentos, impulsos, como células, tecidos e órgãos. Todos estão sempre em franco combate. Conseqüentemente, a luta tem caráter geral e ocorre em todos os domínios da vida. Simplesmente não pode deixar de existir. É uma única e mesma maneira de ser da vida. Exerce-se, no enfrentamento às adversidades do meio e contra a própria morte.

Neste contexto de luta, acredito que agora eu possa teorizar o desassossego pessoal na prática em saúde. Meu ofício de mestre¹⁰ emerge no pedido de uma escuta diferenciada, mais sensível aos elementos da cultura, da construção da cidadania e da construção da subjetividade, ao qual devo atender para presentear à pedagoga-em-nós uma teoria da prática da educação em saúde coletiva.

Carregava comigo questões que queria mobilizar, entrelaçar, bifurcar, transversalizar... Passar para um outro território. Desaprender um pouco o que trilhei no passado, aquilo que a **pedagoga-tradicional-em-nós** imprimiu por repetição. Desmontar uma estrutura para reconstruir outra, com inovação, limpar a contaminação do conhecimento por transmissão. Tinha questionamentos, nesta viagem, que me colocavam num devir, num território de experimentação, onde cada movimento contribuía para construir de forma conjunta, pelo que está no *entre*, no meio (eu e o outro, eu com o outro,

¹⁰ Termo usado por Miguel Arroyo em sua obra intitulada *Ofício de mestre: imagem e auto-imagens* (2002).

eu no outro, outro-em-mim), nas relações, considerando que o nosso objeto de trabalho, na área da saúde, é sempre relacional. Ele está nas relações. E aí, que processo é esse que estamos instituindo e nos instituindo no processo? Que investimentos na quebra do que está dado e na ampliação da autonomia do outro, na constituição de espaços capazes de fazer emergir o saudável¹¹?

Estas inquietações, segundo Kastrup (1999), são *nós* que não se amarram em si, mas num todo aberto, sendo capaz de haver crescimento por meio deles, por todos os lados e em todas as direções. Esses nós encontram ressonância nesta busca do tempo não reconciliado da formação em saúde pública da ESP/RS, apostando na possibilidade de outras formas de aprendizagem, de processos de educação em saúde coletiva, outros modos de viver, de existir. É como se meus olhares se tornassem novos e isso me levou a reinventar a vida, desenvolvendo habilidades de enxergar as possibilidades de mudança onde durante algum tempo enxerguei mesmice; senti-me impulsionada a ousar fazer, aventurando caminhos diferentes do habitual, com desejo de construir novos caminhos, almejando reconciliar o tempo.

Sob a interpretação deleuzeana, o tempo é múltiplo, embaralhado, nada linear ou homogêneo ou cumulativo ou apaziguado. Segundo Pelbart (1998, 2000a), o tempo invoca um devir não dialético, uma memória plástica, o direito ao intempestivo. Para ele, o tempo deleuzeano é o tempo como diferença. Quando me debrucei a acompanhar as aventuras passadas, me afastei de um tempo *passado* para alcançar um tempo *pensado* da história à construção dos processos na formação de sanitaristas da ESP/RS.

Para compor sentido ao meu desassossego inicial, fui cursando disciplinas nos Programas de Pós-Graduação da Ufrgs (Educação, Psicologia e Sociologia), lendo muito e anotando, algo meio desordenado, tudo o que me afetava: o que eu não sabia. O que eu procurava fazer não era resumo, nem “fichamento” daquilo que eu lia, via ou ouvia. Eu anotava aquilo que as obras (livros e filmes) ou os encontros mobilizavam em mim. Tudo o que fazia sentido para pensar o tempo e encontrar os processos de formação de sanitaristas em uma coexistência temporal. Conforme Pelbart (1998, p.7), ao lembrar Deleuze, um tempo tomado não como sucessão de presentes ou de movimentos, mas um tempo

¹¹ Idéias de Gastão W. de Sousa Campos e Regina Benevides de Barros, no Curso *Transdisciplinaridade, gestão e subjetividade: a questão do sujeito nas organizações de saúde*, Salvador, Abrasco, 2000.

transversal/simultâneo e emaranhado. Com tudo isso, quero afirmar que o movimento de inventário presente na coleta de dados, não significou depor uma história da formação, registrou uma recuperação de percurso *confrontado*, menos um **como foi**, mais um **como estava sendo**, por isso o **como será**, pertence a **uma ético-estético-política daquilo que quisermos imprimir à formação que fizemos**.

Bobbio (1997, p.30) nos faz pensar na importância de vasculhar recordações, dizendo que somos aquilo que pensamos, amamos, realizamos ou, ainda, que somos aquilo que lembramos. Segundo a formulação de Bobbio, além dos afetos que alimentamos, são uma riqueza nossa os pensamentos que pensamos, as ações que cumprimos, as lembranças que conservamos e não deixamos apagar e das quais somos o único guardião. O autor afirma que, no entanto, as recordações não aflorarão se não as formos procurar nos recantos mais distantes da memória. Por isso, para ele, não exercitamos com frequência o relembrar porque esta seria uma atividade mental desgastante ou embaraçosa, embora uma atividade salutar. Na rememoração, propõe Bobbio, reencontramos a nós mesmos e a nossa identidade, não obstante os muitos anos transcorridos, os mil fatos vividos. **Na rememoração, entretanto, como uma história de vida, há, em certo sentido, uma ficção**. Aquilo que lembramos vem carregado de afetos do tempo e de novos afetos sobre o tempo; não se trata de uma verdade histórica, mas daquilo que contamos, não aquilo que obrigatoriamente aconteceu, mas nossa constituição de sentidos sobre o que aconteceu. São marcas e não marcos aquilo de que falamos ao relembrar. A diferença com Bobbio é que podemos falar menos de uma identidade que de um processo de subjetivação, inclusive reabrindo-o (o que a psicanálise sempre soube).

Se o relembrar não for para restaurar, então poderá ser para criar, se não for para recontar, poderá ser para pensar. Um tempo pensado é menos uma história das identidades e mais uma aventura do conhecimento. Nesta viagem de estudo, a convivência com as incertezas, que geram situações irreversivelmente incômodas – mas satisfeita com o movimento que foram gerando – veio crescendo meu aprendizado e foram se operando mudanças “visíveis” no meu pensar, a cada disciplina que eu ia realizando. Em determinados momentos eu tinha a sensação de que o centro do meu pensamento se deslocava. Em outros, tal como lembra Gil (2002, p.214), ao referir-se às aulas com Gilles Deleuze, eu tinha a impressão que não entendia a maior parte do que diziam, mas eu percebia o que diziam e a maneira como diziam, isso fazia com que eu sáísse das aulas

com muita vontade de viver e com uma vontade de que viver fosse diferente. Desnaturalizei a compreensão anterior, comecei a levantar tapetes que ocultavam sentidos diferentes para diferentes ações. Passei a buscar novos sentidos para meus olhares, acreditando que, na vida, o que nos move é sempre uma relação afetiva com o mundo. Os afetos ativos aumentam nossa potência de agir e de pensar. Às vezes demorava a entender alguns novos olhares meus, mas tinha a clareza de que esse mundo que estamos criando precisa ser preenchido de sentidos e visões de mundos-outros e que a educação que fazemos pode fazer diferença na luta pela defesa da vida que queremos. A pedagoga-tradicional-em-nós revelou-se a mim e uma *simples* pedagoga-em-nós surgia dos atos docentes de outros tantos não pedagogos por formação, educadores por seu devir de ensinar a aprender.

Neste exercício de pensar o tempo da formação de sanitaristas, recorri a Deleuze em *Proust e os signos*. Nesta obra, ele interpreta *À la Recherche du Temps Perdu*¹², como uma busca inconsciente e involuntária da verdade que se opõe à filosofia da identidade e da representação e permite formular conceitualmente os princípios de uma *filosofia da diferença e da repetição*. Deleuze (2003, p.15 e 89), afirma que esta busca da verdade é a aventura própria do involuntário, pois a verdade é involuntária e ela nunca é produto de uma vontade prévia, mas o resultado de uma violência sobre o pensamento; assim, não basta uma boa vontade nem um método bem elaborado para ensinar a pensar, sem algo que force a pensar, sem algo que viole o pensamento, este nada significa. Mais importante que o filósofo é o poeta, diz Deleuze; ele aprende que o essencial está fora do pensamento: *está nas impressões que nos forçam a olhar, nos encontros que nos forçam a interpretar, nas expressões que nos forçam a pensar*. Há sempre a violência de um signo que nos força a procurar, que nos rouba a paz e isso passa pelos sentidos.

¹² Obra de Proust que revolucionou as leis do romance por sua estrutura fragmentada em que as partes, em vez de se unificarem, afirmam sua diferença.

Forças e fluxos sinalizando uma construção cartográfica na formação em saúde pública

O cartógrafo Fra Mauro, monge veneziano do século XVI, em sua luta para realizar o trabalho da sua vida, o mapa perfeito – um mapa que representasse a dimensão total da Criação, dizia: tudo isso me deixa perplexo. Fra Mauro diz que se tornou um prisioneiro do conhecimento, tendo sido inundado por fatos em demasia. E registra: as pessoas estão imprimindo em mim o que sabem, sem perceber o quanto suas experiências estão me afetando. É como se eu tivesse me tornado uma vítima de seu desejo de afirmar a singularidade de suas visões (Cowam, 1999, p.82). Sentindo tudo de todas as maneiras, Fra Mauro passou a perceber que haveria possibilidade de delinear outra forma de mapa, um mapa que incluiria o modo como as pessoas vivem em seus países e como extraem recursos para o seu bem estar. Passou a captar os efeitos causados em suas almas e permitiu a sua interioridade integrar-se a seu mapa (Cowam, 1999, p.62 e 125).

Impregnada por estas idéias e por outras tantas extraídas de um dos inúmeros e-mails instigantes do professor Nilton Fischer na disciplina *A escola possível e as classes populares*, cursada em 2002, senti-me afetada. Estamos navegando, diz ele, no mar das buscas que desejam expressar-se, com gosto, para si e para os outros. Segundo o professor, a área da educação popular tem inúmeros nichos para a possibilidade da escola possível se mostrar e se nutrir. Precisamos algumas gotas de homeopatia libertária. E eu, navegando pelo Rio Preguiças, atravessando as sinuosidades dos pequenos e grandes lençóis maranhenses, cujas dobras irregulares formam elevações de areia que se perdem no horizonte, vi surgir um nicho de escrita sobre **uma ético-estético-política da formação em saúde pública**. Não para buscar um conceito, a definição do que é, mas para buscar **as potências, o que pode uma formação**, implicando duas dimensões da vida: a saúde e a educação. Meus olhos estavam fascinados pelo objeto misterioso que se apresentava no entorno, uma clara e estonteante paisagem de dobras de areia e de lagoas azuis... E muita “coceira nas idéias”¹³. Tal como o vento alterava aquelas dobras nas pequenas e grandes elevações de areia, eu me sentia livre de amarras do fazer cotidiano, repleto de equívocos e contradições teóricas e práticas, presentes nos processos de formação e de constituição de

¹³ Rubem Alves, educador, psicanalista e colunista da Folha de São Paulo, em 23 de julho de 2002, ao falar sobre a curiosidade humana, tal como na infância, enquanto ela ainda não foi podada pela própria escola, diz que a curiosidade é uma coceira nas idéias. É certo que pesquisar é coçar!

indivíduos e de coletivos, centrados sobre si mesmos ou organizados para as lutas políticas, mas não organizados para a produção de si, para a produção de coletivos em auto-análise e autogestão. Não como coletivos organizados para a produção, mas organizados, sim, para a reprodução de si, reprodução do mundo, reprodução dos modos de lutar, reprodução da consciência. Onde estava o aprender a aprender, o ensinar a aprender, o convidar a explorar conhecimentos e sensações, o guia para a invenção dos caminhos criativos? Sentia-me envolta em múltiplos circuitos de conexão e múltiplas semióticas.

Um turbilhão de idéias surgia como gotas imensas de homeopatia libertária, conectadas em Miguel Arroyo, Paulo Freire, Gomercindo Ghiggi, Gastão Campos, Ricardo Ceccim, Peter Pelbart... Eu estava cartografando em viagem, localizando na minha carta, na minha paisagem interior, igualmente vasta e real de crenças, aspirações e sonhos, assinalando os meus conhecimentos e me movendo pelo produto de encontros e acasos, afetos-criança, me deixando convocar ao pensamento e à escrita, me interrogando, me constituindo... Tal como a cartografia que levanta questões e investiga realidades, interrogava minha paisagem pregressa e atual.

Costa (2000, p.100) mostra-nos que, ao indagarmos acerca do que pode o corpo, o pensamento, a educação, não nos referimos às suas supostas identidades essenciais e nem ao que eles devem ou deveriam fazer. Indagamos sobre sua potência produtiva, sua força de gerar um novo e a diferença... Sua capacidade de afirmar a vida, tratando-se não de representação, mas de produção. Assim, queria compor os mapas dos caminhos percorridos na construção da formação de sanitaristas da ESP/RS – os *afectos*, as marcas-em-mim, os agenciamentos, as estratégias de desmanchamento e atualização de sentidos que neste espaço se potencializaram. Conforme Rolnik (1989), é isto cartografar. É entrar no movimento, partilhar da realidade, deixando que fluam novas possibilidades de estar vendo, estar sendo, pois cartografar é um método de dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e ao mesmo tempo criar vias de passagem através deles: a cartografia se fazendo ao mesmo tempo em que o território.

Pelbart (2000b, p.71), quando recupera o pensamento de Deleuze sobre a literatura, nos diz que escrever deveria ser desertar precisamente o eu, essa forma dominante, hegemônica, personológica, edipiana, neurótica, esse estado doentio por meio do qual uma história do pensamento insiste em perpetuar-se. Escrever deveria ser abandonar esse

cortejo mórbido. Somente nestes termos poderia a literatura responder à função proposta por uma linhagem de autores que Deleuze pretende alinhavar, uma linhagem de autores e literatura que libere a vida por toda parte onde ela esteja aprisionada. A vida estaria aprisionada nas formas constituídas, sobretudo na forma dominante do eu.

Como liberar a vida onde ela esteja aprisionada, como acionar a sua potência de variação para o que pode uma formação em saúde pública?

E aí me delicieei saboreando caju e lembrando dessas idéias e de outros tantos fragmentos que ouvi de Peter Pál Pelbart, ao proferir palestra no II Encontro Estadual de Práticas Pedagógicas em Saúde, promovido pela ESP/RS, no dia 19/11/2001, em Porto Alegre/RS. O autor chamava a atenção para duas políticas de saúde, de vida e de subjetividade: uma gorda saúde dominante e outra frágil saúde permeável, porosa, com um certo inacabamento.

Numa **gorda saúde dominante** estão os que deglutem tudo, expelem tudo e ficam intactos, inalterados. Devoram tudo e também vomitam tudo. Ficam iguais, preservam a própria forma sempre e lutam para mantê-la a qualquer custo. É a forma do homem-branco-macho-racional-europeu, padrão majoritário da saúde e da cultura ocidental.

Na **frágil saúde permeável** está o inacabamento, onde a vida pode tornar-se possibilidade, potência de variação nas formas de viver. Tudo o que é vida é vulnerável. É inteligência, afeto, cooperação e desejo, no coletivo. É a potência da multidão de inventar novas formas de viver. O inacabamento preserva uma certa liberdade para engendrar algo que ainda não existe, essencial ao artista ou ao escritor. O escritor é um amante da criatividade, do inacabamento, porque é ali que a vida se encontra em estado mais embrionário (Pelbart, 2000b, p.65).

Em qual saúde nos encontramos? Onde há mais saúde, mais vida, mais subjetividade? Como desfazer uma gorda saúde dominante? Como desfazer o rosto do homem branco, esta forma de subjetivação, de consciência e de memória que nos acompanha? Como dar lugar a fragmentos, a outras formas onde possamos brotar em outros devires?

São inúmeros os exemplos de escritores/gênios/artistas em que a debilidade física ou a falta de saúde favoreceu ou foi a condição para a criação, para a produção, para o pensamento. Tais gênios, para Pelbart, gozam de uma frágil saúde irresistível e são atravessados pelo que vêem e sentem, algo demasiadamente grande para eles, dando-lhes devires a que uma gorda saúde dominante não teria acesso.

Uma saúde de artista ou o pensamento artístico contata o mundo de maneira sensível, por alteridade e não pela razão científica. O artista é aqui destacado porque, conforme Ceccim (2001, p.100), é da arte dar visibilidade ao invisível, escutar/ver o inventivo sob o representativo e torná-lo visível/audível. É da arte atingir esse estado infantil que não se esgota pela demasiada humanidade, colocando em existência visível o movimento de desmanchamento e engendramento das figuras da realidade, o surgimento de singularidades, a invenção de percursos e inscrição aos processos de vivência.

Estas forças e fluxos foram sinalizando uma construção cartográfica, foram buscando sentido no tempo não reconciliado da formação de sanitaristas da ESP/RS e foram se integrando ao meu mapa, compondo um panorama de movimentos e de sentidos com relevância social, para processos de mudança na formação de profissionais da saúde pública.

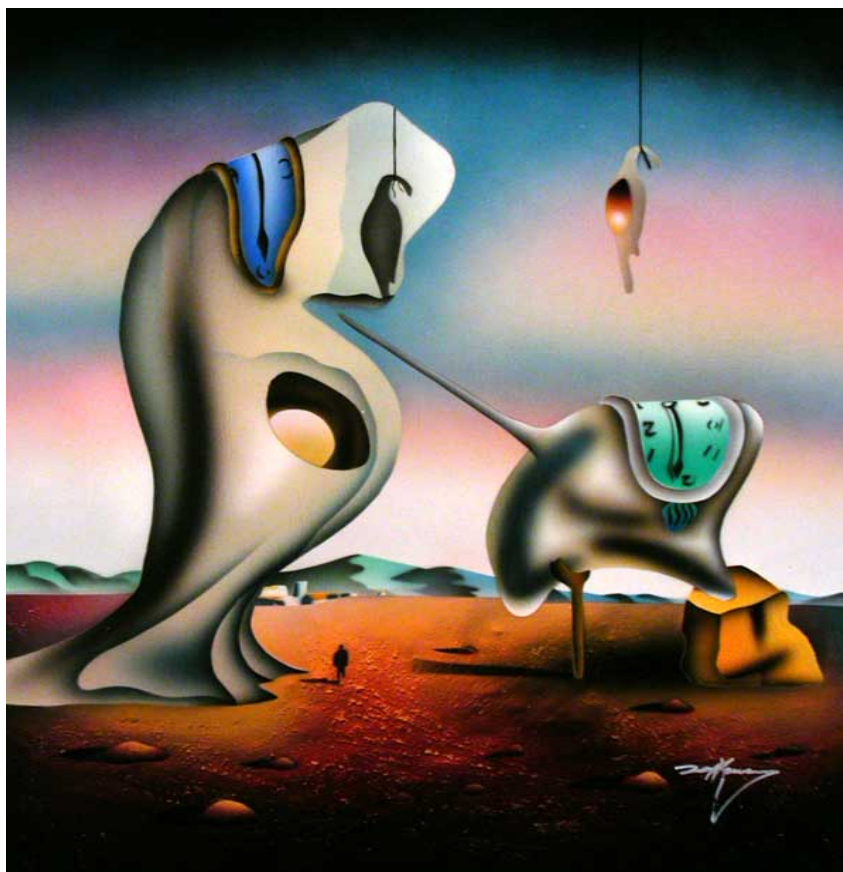
Captar as emissões e transformações na política de formação que atravessa os CSP da ESP/RS, trazê-las para fora e trabalhar transversalmente o folheado na reconciliação do tempo. Como eu disse, este não é um estudo sobre a história dos 26 CSP, mas ao revisitar os CSP, ao entrar nos meandros labirínticos da sua história, nos silenciamentos e nos avanços, busquei as produções de sentido para a formação de sanitaristas no contexto da Reforma Sanitária brasileira. Com os meus sentidos estimulados pelos acoplamentos do percurso, minhas ferramentas de trabalho (orientação acadêmica, autores, filmes, fatos da vida), que foram forçando meu pensamento e dando linguagem às minhas apreensões e afecções para *o que pode* uma formação, fui até onde esta escrita me levou¹⁴.

¹⁴ Expressão de Diane Keaton, personagem escritora do filme *Alguém tem que ceder*, dirigido por Nancy Meyers.

Contornos e potencialidades do ensino da saúde pública e a invenção da saúde coletiva

*...produção não é só produção de coisas materiais e imateriais
no interior de um campo de possíveis,
mas também produção de novos possíveis,
quer dizer, produção de produções,
de bifurcações,
de desequilíbrios criadores,
de engendramentos a partir de singularidades,
chegando até, finalmente, à idéia de autoengendramentos
a partir de singularidades, autoposicionamentos, autopoiese.*

Peter Pál Pelbart (1993, p. 121)



O Angelus Arquitetônico de Miltet, 1933.
Óleo sobre tela, 73 x 61 cm.
Madrid, *Museo Nacional Reina Sofia*

Buscar os contornos e potencialidades do ensino da saúde pública imbricados com a minha trajetória profissional, minhas produções, minhas “marcas”, impôs medo. Toda esta escrita está marcada pelo medo de dizer, medo de pensar, medo de escrever, medo de não conseguir alcançar o que meu corpo desejaria, medo de não alcançar em meu corpo o que meu pensamento deseja. Uma pedagoga-em-nós coça em mim, querendo ensinar a aprender, mas ela é jovem, embora se saiba muito vivida, até já aposentada da sala de aula. Essa condição é de medo, mas se o medo é a condição, é dele um *postulado de proteção*.

Tal como Rolnik (1993, p.242), chamo de “marcas” estes estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo e que vão se constituindo diferença, desassossego e devir outro. Expor-se impõe medo, aprender impõe medo: o desconhecido impõe medo. Não precisamos de um medo paralisador do corpo ou dos sentidos, embora este efeito seja muito comum e muitas vezes intransponível sem algum sofrimento pessoal. Entretanto, o medo é, ao mesmo tempo, defesa protetora e dispositivo à vida (por termos medo de atravessar a rua, olhamos para ambos os lados), dispositivo à autoprodução (por termos medo de parar no tempo, lemos livros e vamos ao cinema), dispositivo ao devir (por termos medo, não rasgamos nosso passado, reengendramos nosso viver), dispositivo, enfim, para a reinvenção dos modos de vida e para acolher outras formas de existência (Peixoto, 2001).

No meu caso, ainda, o medo de construção de uma ético-estético-política à formação em saúde pública: (a) diferente das propostas que montam uma política biomédica ao setor da saúde, seja no plano de formação para o assistir, seja no plano de formação para o coordenar e participar e (b) diferente das propostas que montam uma política de formação em saúde pública, segundo seu estatuto disciplinar (retomado a seguir, neste texto), pouco tocado pelos processos de subjetivação que deponho à educação em saúde coletiva, mas íntimo da epidemiologia dos determinantes e condicionantes da morbidade e mortalidade nas populações.

O movimento sanitário no Brasil, por constituir-se em torno de um projeto comum e abrangente, em favor da saúde pública, congregando uma diversidade de atores (líderes políticos, profissionais e militantes da área da saúde, lideranças de trabalhadores e

lideranças populares, entre outros), pode ser considerado uma *policy communitie*, tal como existente na Inglaterra. Conforme Walt (1994), as *policy communities* são redes formadas por indivíduos de várias instituições, atores de diversas organizações públicas e privadas que compartilham crenças a partir de projetos de interesse público e que fazem chegar às decisões governamentais. Muitos dos atores do movimento sanitário brasileiro, além de sustentar o próprio movimento na construção da Reforma Sanitária, foram levando consigo este projeto e defendendo-o nas diferentes posições sociais ou cargos políticos que ocuparam, ou ainda ocupam, no contexto nacional. Conforme lembra Soraya Côrtes¹⁵, este é um importante conceito, na medida em que, cada vez mais, os processos de decisão não são tomados somente pelos governantes. Eles passam por outras instâncias, com pareceres técnicos para subsidiar as decisões, qualificando os projetos.

Na América Latina, um movimento denominado Saúde Coletiva, veio permitir um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científica, seja no âmbito das práticas. A saúde coletiva integrou, ao mesmo tempo, uma *corrente de pensamento* e um *movimento social* como resultado da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas no século XX e do diálogo com a produção internacional. Segundo Paim (2006, p.128), a saúde coletiva foi se compondo a partir da crítica à Medicina Preventiva, à Medicina Comunitária, à Medicina de Família e ao pensamento da saúde pública dominante, além da redefinição das concepções da Medicina Social do século XIX, tanto nos serviços de saúde como na academia.

Entre as origens de grande parte das formulações da saúde coletiva latino-americana da década de 1970, pode-se citar as experiências de países como Canadá, Cuba, Inglaterra e Itália (Berlinguer, Fleury e Campos, 1988; Berlinguer, 1988). Concordando com o professor Alcindo Ferla, por ocasião do Exame de Qualificação deste doutorado, destaco as experiências que não sobreviveram aos regimes militares e governos conservadores, tais como a chilena e a mexicana. Tiveram desenvolvimentos históricos distintos e representaram graus diversos de maturação da política de saúde neoliberal, mas foram *sedadas* nas décadas de 1960 e 1970, justamente pela tentativa de afirmar uma nova expressão desse conceito sem a pretensão totalizadora das experiências anteriores,

¹⁵ Soraya Vargas Côrtes, professora da disciplina *Sociologia e Política de Saúde* do PPGSociologia/Ufrgs, 2004.

principalmente na Europa. Nos seus mecanismos quase invisíveis e quase silenciosos de resistência de suas idéias podemos encontrar alguns teóricos, conceitos e forças mais compatíveis com o que se desenhou no Brasil no final da década de 1980, particularmente no período que vai da 8ª CNS à Constituição de 1988.

A experiência chilena foi uma referência para a América Latina até o trágico 11 de setembro de 1973. Seu modelo de serviços públicos, erguido graças às lutas do povo organizado, configurou-se desde as primeiras décadas do século XX em torno do princípio de que a assistência à saúde é um dever do Estado, cabendo-lhe, em conseqüência, velar pela efetiva prestação da atenção, dentro de uma concepção de medicina socializada ou integral. Transitou, durante quase 18 anos, de um desenvolvido sistema de saúde pública latino-americano para um sistema de saúde com hegemonia do setor privado (Laurell, 1995, p.8 e 9; Tetelboin 1995, p.180 e 190; Labra, 1988, p.19 a 24).

A experiência mexicana foi um exemplo paradigmático de intervenção estatal e de reorganização neoliberal, por ocasião da queda brusca do deslumbramento com o *boom* do petróleo em 1982, na passagem de uma política social do bem-estar com um sistema predominantemente público, para uma política social de *neobeneficência* com o fortalecimento de formas autoritárias e clientelistas de prestação de serviços, favorecendo a exclusão de grandes grupos sociais e aprofundando a iniquidade já existente (Arellano, 1995, p.202 e 206).

No Brasil, durante a década de 1970, o sistema de saúde apontava uma grave crise no modelo biomédico vigente revelando características como: desigualdade no acesso às ações e serviços de saúde, centralização na esfera federal de todas as decisões importantes à saúde pública ou à assistência médico-sanitária, separação entre as ações curativas e as de prevenção e promoção da saúde, concentração dos recursos nas atividades destinadas à assistência hospitalar e disputa orçamentária entre saúde e previdência social (Barros, 1997, p.119). Essas práticas de saúde, cristalizadas por décadas, desde 1930, priorizavam a expansão dos serviços na perspectiva assistencial e de alto consumo tecnológico. Esta política preconizava uma incorporação distorcida de tecnologia, determinada pelo predomínio da medicina curativa com enfoque individual, do hospital sobre o ambulatório e da saúde pública como *polícia médica*. Assistia-se, segundo Campos (1991, p.44 e 49), a uma *crise financeira* na medida em que o Estado não conseguia mais arcar com os gastos;

a uma *crise política*, pois se acentuava o descontentamento geral da população e a uma *crise de legitimidade* por não se poder continuar a expansão médico-industrial em detrimento da eficácia dos serviços oferecidos.

Para Campos (1991), o desenvolvimento capitalista, injusto e predador, cobrava seu preço. O sistema de saúde no Brasil se caracterizava pela fragmentação organizacional, pela baixa eficácia e pelo predomínio de interesses privatistas. Mecanismos gerenciais e financeiros reforçavam a dualidade entre os serviços de atenção individual e as ações de saúde pública e dificultavam a racionalização do sistema.

Foi a partir da década de 1970, em comunicação com os movimentos da América Latina, que forças sociais e políticas, tanto do movimento de esquerda, quanto do governo instituído, evidenciaram uma confluência de interesses em constituir um modelo de saúde menos dispendioso e que fosse eficaz. O movimento sanitário, originário de grupos que faziam oposição às propostas implementadas durante o regime militar, teve um ponto comum com os setores hegemônicos: a necessidade de racionalizar os gastos com a saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas que faziam parte desse movimento, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior democratização do atendimento em saúde, estendendo-o à população pobre que não contribuía diretamente com a Previdência Social.

A saúde pública começava a constituir um contexto de movimento ideológico, posicionando-se pela análise política das circunstâncias da saúde, onde se almejava uma renovação das bases da atenção à saúde pelo direito de acesso universal à assistência e pelo reconhecimento da promoção da saúde pela alteração nos determinantes sociais do processo saúde-doença. A busca das possibilidades de articulação do movimento político aos novos paradigmas científicos, capazes de auxiliar na superação da(s) crise(s) da saúde construíram historicamente uma referência social ao pensamento em saúde.

Destacados pesquisadores brasileiros contribuíram para avaliar a(s) crise(s) (científica, econômica, social e política), seus desdobramentos e suas perspectivas, empenhando-se numa possível sistematização do marco conceitual da saúde coletiva, em

construção na América Latina, como Donnangelo (1976) e [1982 (1983)]; Laurell (1985 e 1995); Fleury Teixeira (1997); Ribeiro (1991); Testa (1992a e 1992b); Nunes (1996); Campos (1997 e 2000b), Merhy [1991 (1992)], Paim e Almeida Filho (1998 e 2000) ou Paim (2006) entre outros. Esses autores muito produziram ou produzem neste campo do conhecimento de natureza interdisciplinar, consolidando-o como campo científico e âmbito de práticas, aberto à incorporação de propostas inovadoras, muito mais do que qualquer outro movimento equivalente na esfera da saúde pública mundial. Trata-se, conforme Paim e Almeida Filho (1998, p.299 e 2000, p.106) e Paim (2006), de um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, que busca a construção de um conhecimento transdisciplinar, ainda enfrentando diversas interrogações e dilemas, se considerarmos o que fazer para efetivamente articulá-lo aos novos paradigmas da saúde deste início de século XXI.

No Brasil, a saúde coletiva surgiu na segunda metade da década de 1970, aproximando-se da proposta de democratização da saúde, do movimento sanitário, coincidente com o início da formação de sanitaristas da ESP/RS. Ao final desta década, a saúde coletiva passou a influenciar as atividades de vários Departamentos de Medicina/Odontologia/Enfermagem Preventiva e Social, das Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, e a inspirar teoricamente a constituição de importantes organismos que sinalizavam potência de produção de outras formas de articulação e de agenciamento coletivo de enunciação, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Estes organismos passaram a ser dispositivo de luta para dar vigor às forças em curso no movimento sanitário, atuando como atores coletivos comprometidos com a Reforma Sanitária brasileira, culminando, posteriormente, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O **campo da atenção à saúde** se reconfigurou com o texto da Constituição Federal de 1988, incorporando diversas concepções que orientaram o movimento pela Reforma Sanitária desde a década de 1970. Essa incorporação decorreu da habilidade do movimento sanitário (articulado, durante a Constituinte, pela Plenária Nacional de Entidades) em produzir fatos sociais que se acumularam em torno de **três eixos principais** (Cebes e Abrasco, 1992):

- a) *conceitual e doutrinário*, representado pela concepção de que saúde é expressão da qualidade de vida e sua conquista se dá por meio de políticas econômicas e sociais que diminuam ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos à saúde, assim como pelas ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- b) *político*, representado pela concepção de que a saúde é direito de cidadania e, assim, um direito de todos e dever do Estado;
- c) *estratégico-operacional*, correspondendo ao desenho de reorganização do campo da atenção à saúde em torno da proposta do Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, organizado em rede regionalizada e hierarquizada e sob controle social.

As concepções de seguridade social, direito à saúde, descentralização, integralidade e participação construídas na Constituição Brasileira não são consideradas predominantemente racionalizadoras, na visão de Ferla (2004a). Para este autor, os desenhos de organização da atenção vêm se desprendendo dos procedimentos e dos domínios corporativos das profissões da saúde e se centrando cada vez mais no cidadão encarnado que demanda cuidados, vêm produzindo contribuições inovadoras também à clínica em saúde, além da gestão setorial, e vêm interferindo no próprio sentido do controle social. A produção pragmática (densa de teoria desdobrada de uma racionalidade prática e originada de práticas vivas), que emerge da dinâmica da participação da população, vem se mostrando capaz da reinvenção ético-estético-política do cuidado e da gestão em saúde, constata Ferla (2004a, p.85-87) em reflexões tecidas por ocasião da 12ª CNS, realizada em 2003.

A saúde coletiva, no Brasil, afirma-nos Campos (2000c, p.200 e 220), contribuiu decisivamente não só para a construção do SUS, como também para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde-doença-cuidados, embora reconheça que o modo como vem ocorrendo a sua institucionalização tenha bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas. Isso vem provocando uma crise de identidade manifestada em sua fragmentação e diluição como campo científico estruturado no tripé disciplinar *Epidemiologia, Planificação e Gerência em Saúde e Ciências Sociais e Humanas em Saúde*. A instituição de conhecimentos e sua organização em processos e métodos, segundo este autor, se daria mediante a conformação de núcleos de saberes e práticas da saúde coletiva no campo da saúde, assim como núcleos de saberes e práticas

disciplinares no campo da saúde coletiva, considerada grande área de conhecimento e ordenadora de processos e métodos de conhecer e operar realidades.

O *núcleo* demarcaria a identidade de uma área de saberes e de práticas profissionais e o *campo*, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Nestes termos, o campo da saúde coletiva configura-se como sendo interdisciplinar e multiprofissional. Em 1993, a saúde coletiva passou a ser reconhecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Ministério da Educação (MEC), como área autônoma dentro da grande área das Ciências da Saúde. Dentro da grande área da saúde coletiva foram abrigadas as áreas anteriores de Epidemiologia, Medicina Preventiva e Social e Saúde Pública.

No cenário nacional, as diversas áreas e os diferentes atores que se dedicam às questões da saúde coletiva têm oportunidade ímpar de reflexão, uma vez que a Abrasco tem realizado congressos periodicamente. Os Congressos também permitem apresentar à sociedade brasileira o resultado de seu trabalho científico em saúde e suas reflexões na busca de uma permanente renovação do campo em sintonia com as mudanças políticas, econômicas, culturais, paradigmáticas e, especialmente, com a construção de novos atores comprometidos com saúde, justiça e cidadania.

No 7º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em 2003, em Brasília, uma interrogação: *a que coisa chamamos de Saúde Coletiva?* Esta interrogação, na chamada do Congresso, serviu ao debate e à busca de caminhos que permitissem colocar a saúde coletiva como campo cada vez mais aberto a novos paradigmas, diante de novas necessidades de saúde, direitos humanos e projetos coletivos para este início de século.

A complexificação do *campo da atenção à saúde*, da *gestão em saúde sob controle social* e do *setor da saúde* (por definição uma articulação intersetorial) exige permanente experimentação de práticas de ensino, pesquisa, documentação, difusão de informação e educação popular, fazendo-se necessário que o próprio sistema de saúde mantenha centros de formação e estudos em saúde pública. O ensinar e o aprender, em saúde pública, vêm revestidos de uma importância fundamental para a constituição de políticas para as práticas de saúde.

Os centros formadores em saúde pública no Brasil, projetados nas décadas de 1960 e de 1970 para dar suporte à estratégia de cuidados primários à saúde¹⁶, foram sendo sucateados ao longo dos anos de 1980 e de 1990, sucumbindo à disputa entre a formação de especialistas para a prática hospitalar e liberal-privatista e a formação de generalistas em saúde e de especialistas em saúde pública qualificados, respectivamente, para a cobertura assistencial ou para a análise e a intervenção coletiva no processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida prevalente nas populações. Paim e Almeida Filho (2000, p.11) chamam-nos a atenção para o fato de que na segunda metade do século XX, a humanidade experimentou rápidas e profundas transformações em todas as esferas da vida econômica, cultural, social e política, talvez como nunca em sua história. Tais transformações provocaram, não só perplexidade, mas sobretudo um grande esforço de reflexão e ação no sentido de compreender e explicar o que se passava, a fim de intervir sobre a realidade.

Uma das principais lideranças políticas do movimento da Reforma Sanitária brasileira, Maria Luiza Jaeger¹⁷, manifestou no Seminário Nacional sobre o SUS e as Graduações na Área da Saúde - *AprenderSUS*, promovido pelo Ministério da Saúde e realizado em 21/07/2004, em Brasília, a síntese dos tempos históricos que registrei: *os sonhos que foram sonhados nas décadas de 1970 e 1980 têm a oportunidade de se tornarem realidade na primeira década do século XXI, ainda como sonho, mas também como atos políticos*, considerando a possibilidade de colocar no interior da formação de profissionais de saúde a apropriação, com honra, da história da organização do sistema de saúde de nosso país.

Conferências nacionais de saúde e produção de conhecimento na área

A reformulação educacional e sanitária, propiciada pela promulgação da Constituição Federal de 1988, pela promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei 9.394/96), na área do ensino, e pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8.080/90), na área da saúde – inseriram, a partir de seu ordenamento legal, novas

¹⁶ Ver cronologia de eventos marcadores de tempo, base de dados I.

¹⁷ Maria Luiza Jaeger integrou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, como representante da Central Única dos Trabalhadores, de 1986 a 1988; foi Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, no período de 1989 a 1992; foi assessora do Conselho Nacional de Saúde, de 1993 a 1998; foi Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1999 a 2002 e Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Governo Lula, de janeiro de 2003 a julho de 2005.

perspectivas para a formação em saúde no Brasil.

Durante a década de 1990, em vários países ocorreram processos de reforma no setor da saúde, mas a experiência brasileira foi e continua sendo única. Desde seu início, seguiu na contramão dos projetos de redução do papel do Estado, pautando-se por princípios organizativos, políticos e éticos para uma condução legal e legítima do setor. A participação da sociedade civil, uma das características fundamentais do processo da Reforma Sanitária brasileira, muito tem contribuído para o movimento de mudanças, também na formação em saúde.

Embora a literatura mais utilizada na saúde coletiva reduza o movimento da área da saúde ao movimento sanitário originário na academia, Doimo e Rodrigues (2003, p.96) nos lembram que foram diferentes vertentes, com diferentes condutas e a *articulação ímpar entre diferentes forças organizativas da sociedade civil*, por terem atuado juntas, que tornaram possível a inclusão de uma nova política de saúde na Constituição de 1988. Segundo essas autoras, os movimentos reivindicatórios podem ser decisivos na configuração democrática de uma política social, desde que mantenham fortes vínculos com redes sociais predispostas à participação, possuam lideranças dentro do sistema político-administrativo (desativando bloqueios burocráticos e mobilizando recursos), possuam representatividade junto ao poder legislativo e equacionem e respeitem a diversidade e a pluralidade interna aos movimentos (consenso quanto ao interesse público).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e realizadas entre 1941 (1ª CNS) e 1980 (7ª CNS), foram aos poucos ampliando a abrangência dos debates e incorporando representantes. No entanto, mantiveram-se restritas ao corpo técnico-burocrático governamental e às categorias dos profissionais de saúde (ver a base de dados II). Somente a partir da década de 1980 as Conferências passaram a ser uma instância nacional da mais alta manifestação dos interesses sociais e da cidadania na área da saúde. Conforme a Lei Federal nº 8.142/90 (complementar da LOS), que regulamentou o caráter (definição de diretrizes à formulação, à execução e à avaliação das políticas públicas de saúde), a periodicidade (quatro anos) e o processo organizativo (nacional com etapas estaduais e municipais) das Conferências de Saúde, a participação da sociedade constitui fórum privilegiado de debate e tomada de decisão quanto às políticas públicas de saúde.

Ao longo do tempo e sempre refletindo o contexto político, as Conferências Nacionais de Saúde foram se transformando e ganhando novos sentidos até se firmarem como um fórum privilegiado de discussões sobre os rumos da saúde no país. Elas ampliaram os debates, arregimentaram, ajustaram e legitimaram as diretrizes políticas em construção no país. Vêm demonstrando, também, a urgência de reversão da matriz de pensamento e práticas na formação dos profissionais da área da saúde para o SUS.

Às Conferências cabe o papel deliberativo sobre diretrizes, aos Conselhos de Saúde papel deliberativo (aprovação ou rejeição) sobre as negociações e pactuações entre gestores, entre trabalhadores e gestores, entre gestores e prestadores, bem como sobre as decisões em sua esfera administrativa (município, estado, união). As conferências nacionais nunca tiveram uma mesma regularidade intervalar até sua regulamentação em lei do SUS, mas desde 1963, com a 3ª CNS, foram realizadas duas conferências em cada década. No Rio Grande do Sul, no período entre 2000 e 2004, foram realizadas 42 conferências estaduais e regionais (incluindo as conferências temáticas), sem computar as municipais (base de dados II).

Em publicação anterior, chamei atenção para as responsabilidades previstas em lei e imputadas pela sociedade ao exercício da condução legal e legítima do setor da saúde, permitindo que se possa, no tocante à formação em saúde, avaliar o atendimento, omissões e descumprimento daquilo que já foi pensado, planejado e formulado para a educação de profissionais de saúde, no Brasil, pelo próprio SUS (Ceccim, Armani e Rocha, 2002, p.373).

A partir, fundamentalmente da 8ª CNS, realizada em 1986, marco da história da organização do sistema de saúde e do movimento sanitário no país, que abre nacionalmente o roteiro de debates e culmina com a criação do SUS, tornado constitucional em 1988, um conjunto de princípios e diretrizes impôs uma nova dinâmica ao setor da saúde. Esses princípios e diretrizes são: universalidade de acesso, integralidade e equidade na assistência, preservação e incentivo à autonomia dos usuários na defesa da sua integridade física e moral, direito à informação aos usuários e ao conjunto da população sobre a própria saúde e sobre a lógica ordenadora da rede de serviços, uso da epidemiologia para estabelecer prioridades, participação popular, descentralização da gestão, regionalização da atenção, hierarquização dos serviços na construção da resolubilidade da rede assistencial,

integração das ações de saúde e resolutividade e conjugação de recursos das três esferas de governo de modo a evitar gasto duplo para fim idêntico (Lei Federal nº 8.080/90, Art. 7º).

O espírito democrático que tomou espaço político na 8ª Conferência determinou uma prática que foi perpetuada nas edições seguintes. Pela primeira vez, foram programadas conferências estaduais, preparatórias para o evento nacional. Esta novidade ampliou o espectro da discussão, surgindo, então, o caráter de participação que atualmente é característico da sistemática das conferências nacionais. O Rio Grande do Sul, em particular, inovou, em 2000, propondo e realizando conferências regionais no interior do estado, o que a legislação não prevê, preparatórias para a Conferência Estadual¹⁸.

Dada a importância atribuída à área de pessoal para o SUS, a própria 8ª CNS demandou a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), ocorrida ainda em 1986, cuja chamada foi Política de Recursos Humanos para a Reforma Sanitária, e que teve como objetivo consolidar as análises já feitas nesta área e propor uma agenda, ainda que incipiente, para o movimento da Reforma Sanitária, visando à desejada implantação do SUS. Foi ponto de unanimidade a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde, destacando, ainda, a necessidade de criar formas de estímulo e condições para que os profissionais, oriundos dos serviços, se interessassem e pudessem realizar estudos de pós-graduação (Ministério da Saúde, 1993).

Conforme a Constituição Federal, cabe aos gestores do SUS exercerem em seu âmbito administrativo, o ordenamento da formação dos trabalhadores da área (Art. 200), devendo, cada instância, criar Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, onde cada uma dessas Comissões tenha, por finalidade, a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (LOS, Art. 14). Cabe à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo,

¹⁸ As conferências regionais de saúde, no Rio Grande do Sul, foram realizadas nas 19 Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS, em 2000 e em 2001. As Conferências Regionais, neste estado, não serviram à substituição das Conferências por município, articulando-os de maneira regional, elas foram uma etapa intermediária entre as Conferências Municipais e a Estadual, ampliando o debate e sua organização para qualificar o caráter deliberativo da Conferência Estadual, bem como para politizar a participação.

participarem da formulação e da execução da política de formação dos trabalhadores em saúde (LOS, Art. 15, Inciso IX).

Destaquei em outra publicação a urgência em compor as Comissões Permanentes previstas em lei, superando os modelos pontuais disseminados até pouco tempo pelo Ministério da Saúde (que olhava a realidade de longe) e valorizando a descentralização da gestão em saúde, regionalizando a atenção e descentralizando e regionalizando a formação em saúde (Ceccim e Armani, 2002). A partir de 2003, houve a reversão desta tendência à fragmentação com a aprovação da política nacional de educação permanente em saúde para o SUS, proposta como ordenamento de instâncias locorregionais de articulação interinstitucional para o debate da implementação da política de formação e desenvolvimento em saúde (Ceccim, 2005b). Política cuja troca de titularidade no MS sofreu dura solução de continuidade, a ponto de o Conselho Nacional de Saúde reivindicar o amplo detalhamento das novas propostas de gestão com a declaração de continuidade daquilo que fora aprovado pelo Conselho como Política Nacional de Formação e Desenvolvimento: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.

A Lei Orgânica da Saúde, esta onde foram referidas as Comissões Permanentes de Educação na Saúde, é do final do ano de 1990, mas em 1992, a 9ª CNS, com a chamada *Municipalização é o caminho*, realizada num clima de muita instabilidade no país¹⁹, recomendou, como uma efetiva política de trabalhadores para o SUS, não apenas a implementação deste aspecto da Lei, como lhe deu detalhe de tradução (9ª CNS, 1992, p.31-32):

- a) implementação de escolas de formação em saúde nas próprias Secretarias de Saúde ou resultantes da articulação entre secretarias de educação, universidades e outras instituições públicas de ensino superior;
- b) a destinação de recursos orçamentários à qualificação dos quadros de pessoal;
- c) a promoção da incorporação e participação da universidade em projetos interinstitucionais;
- d) a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS com ampliação do número de vagas e contemplando as demais categorias profissionais da

¹⁹ Uma crise moral e política no Governo Federal culminou com o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo, em outubro de 1992.

- área da saúde;
- e) a recuperação da infra-estrutura das escolas de formação, do suporte à educação e à pesquisa, dos laboratórios e bibliotecas;
 - f) a promoção de núcleos de discussão da educação na saúde no âmbito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e a gestão de uma política de articulação com os órgãos formadores.

A articulação com os órgãos formadores no sentido de um comprometimento com uma política de formação em saúde pautada pelos princípios e diretrizes do SUS foi, entre tantos outros temas, amplamente discutida, também, na 2ª CNRHS, realizada em 1993, ao pautar o alerta de que a situação dos serviços de saúde e das práticas profissionais estava caótica e comprometendo a própria implantação do SUS (Ministério da Saúde, 1994).

Christófaros (1992, p.22) alertava que estratégias isoladas das instituições formadoras ou dos serviços de saúde são insuficientes para argüir a contradição fundamental do processo de formação e de assistência à saúde: de um lado, a não-incorporação da categoria processo de trabalho em saúde na formação e, de outro, o não-investimento dos serviços de saúde na formação e qualificação (educação permanente) de seus trabalhadores.

Estudos recentes questionam a quantidade e a qualidade de profissionais formados e o grande contingente de trabalhadores sem qualificação. Além do fato de que o enfoque do ensino predominante nas escolas privilegia o tratamento da doença com base na especialização e no arsenal tecnológico mais recente e não nas necessidades de saúde históricas e contemporâneas (Santana, 2001, p.233).

Reiterando a proposição de refletir sobre formação e desenvolvimento na área da saúde, no final da década de 1990 o Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Brasil), e os Conselhos Nacional de Secretários Estaduais (Conass) e Municipais de Saúde (Conasems), decidiram congregiar seus esforços na elaboração do Projeto Agenda: Política de Recursos Humanos em Saúde, tendo em vista que esta questão vinha sendo pautada como um dos elementos mais sensíveis na implementação do SUS. Dessa Agenda destaca-se duas questões de interesse estratégico para nossa reflexão: a função de formação profissional do SUS e a educação em serviço

dos trabalhadores de saúde (Castro, 2000, p.9-11).

Com o tema *SUS - construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida*, a 10ª CNS, em 1996, deliberou que (10ª CNS, 1996 p.67 e 68):

- a) o Ministério e as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam manter assessoria permanente aos municípios para a realização de programas continuados de capacitação, formação, educação permanente e motivação de trabalhadores em saúde;
- b) que o Ministério da Saúde deveria incentivar, inclusive com repasses financeiros específicos, Escolas de Saúde Pública em todos os estados da União e que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais deveriam implantar e manter, técnica e financeiramente, Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde, autônomos, com atuação integrada com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com as Secretarias de Educação e Universidades.

Também como parte da política de pessoal em saúde, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, com o tema *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*, propugnou que (11ª CNS, 2000, p.156 e 163):

- a) no âmbito de cada Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, fossem incentivados e aprimorados centros formadores do SUS;
- b) esses centros poderiam funcionar por meio de quaisquer arranjos de funcionamento intercomplementar com a rede estadual e municipal de ensino, devendo os mesmos estarem voltados ao fortalecimento do controle da sociedade sobre o SUS, inclusive pela oferta de programas de estudo sobre política e legislação do SUS para usuários da rede pública e para entidades representadas nos respectivos Conselhos;
- c) fossem descentralizadas e regionalizadas as ações das Escolas de Saúde Pública para uma melhor qualificação e educação permanente dos trabalhadores de saúde.

Na 12ª CNS, em 2003, entramos em outro momento político, onde muitos dos atores do movimento da Reforma Sanitária estavam ocupando cargos políticos no próprio Ministério da Saúde, passando a coordenar um novo desafio de qualidade: garantir o processo de debate desde os municípios, passando pelos estados e chegando na etapa nacional, para discutir um documento construído ao longo desse percurso de diálogo entre

os segmentos, tendo por tema *Saúde: um direito de todos e dever do Estado - a saúde que temos e o SUS que queremos*.

As deliberações relativas à formação do trabalhador de saúde, na 12ª CNS abarcou recomendar que (12ª CNS, 2003, p.126 a 128):

- a) sejam ampliados e implantados Pólos de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de implementar mudanças na formação, em todos os seus segmentos de composição, tal como demandado pelas necessidades de saúde da população;
- b) a formação do trabalhador de saúde, ainda centrada na atenção à doença, deve passar a ser realizada a partir de uma visão da integralidade das práticas em saúde, com controle social e mediante atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- c) projetos de residências integradas em saúde, internatos rurais, atividades de extensão e vivências no SUS para estudantes de Graduação, devem ser viabilizados e apresentados de maneira regular e contínua, por meio de convênios entre instituições formadoras e os gestores nas três esferas de governo.

Se eu dizia no início desta sessão, citando Doimo e Rodrigues, que uma nova política de saúde (uma nova saúde pública) depende de participação e nosso país inventou as Conferências e os Conselhos de Saúde como lugares previstos legal e obrigatoriamente na definição e condução das políticas de saúde, comemoramos também que, a partir de várias iniciativas do Conselho Nacional de Saúde e de outros atores importantes da sociedade civil, foram dados passos significativos no fortalecimento dos mecanismos de participação popular no SUS, tanto por meio da realização das Conferências e da organização de Conselhos em todas as esferas de gestão e muitas vezes por bairro ou distritos de saúde e por serviços, como por processos abrangentes de formação de conselheiros de saúde. A educação em saúde coletiva é demandada a pensar e propor essa formação de maneira inovadora. Além da formação de sanitaristas, surge a formação de agentes sociais, lideranças populares e representantes dos usuários nas instâncias participativas do SUS no interior dos desafios da formação em saúde pública.

Daron (2001, p.103), ao realizar uma reflexão sobre os Conselhos de Saúde e os movimentos sociais, nos diz que eles vêm cumprindo um importante papel na democratização do Estado brasileiro e na construção de políticas públicas, no sentido de

transformar o caráter autoritário e excludente do Estado com a participação social institucionalizada numa lógica participativo-decisória e de reordenamento de suas políticas, mas é preciso considerar que o controle social e a participação popular são aprendizados recentes e diferentes. O Conselho de Saúde é um fórum de exercício de poder e lhe cabe exercer esse poder decisório de forma coletiva e organizada, embora a experiência mostre que muitos Conselhos foram criados sem envolver efetivamente a sociedade, conforme as orientações legais e acumuladas pelos movimentos de participação. Por outro lado, há necessidade de ações articuladas entre estas instâncias de participação, os movimentos sociais e os Conselhos de Saúde, respeitando suas esferas de organização e luta. Pode-se afirmar que os Conselhos de Saúde representam uma democratização do acesso ao exercício de construção de políticas públicas às classes populares. Eles são, também, uma forma de escuta, de representação de interesses e de garantia dos direitos da população.

Vale lembrar a experiência de participação e de controle social do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais (ou Movimento de Mulheres Camponesas) que, conforme Daron (2001), ao fazer uma opção estratégica de luta pela saúde pública, passou a desenvolver suas ações de forma articulada com outros atores populares nos espaços públicos de definição de políticas de saúde, como os Conselhos de Saúde. Daron atribui a esse movimento marcas de coragem, de luta, de afeto, de acolhimento e de defesa da vida, marcas que são também do movimento sanitário, um movimento social que traz consigo as *mulheres filhas da terra e geradoras de vida*, expressão de uma forma de cuidar da saúde das pessoas e da natureza. No cerne de sua luta o desafio da mudança e a utopia do sonho em uma causa que une feminismo, campo e saúde.

A conjuntura política da última década do século XX revelou que a mobilização articulada de milhares de atores sociais (secretários municipais, seus assessores, profissionais de saúde e conselheiros) conseguiu garantir o avanço de políticas públicas democráticas, que ampliaram o acesso dos cidadãos aos direitos básicos de saúde. Nesta perspectiva, Madel Luz (2003, p.25) lembra que as políticas de saúde no Brasil, nas últimas duas décadas do século XX, podem ser um exemplo dessas relações e possibilidades (Estado e sociedade civil – *movimentos civis*, como Madel Luz prefere designar), evidenciando novas formas de aglutinação e de combate social, ainda não suficientemente exploradas nas análises dos sanitaristas. A autora destaca que esta tem sido

uma preocupação constante em seus trabalhos relativos às políticas e às instituições de saúde.

Também neste sentido, Arroyo (2004, p.21 e 22) afirma que no continente latino-americano, o Brasil representa o esforço mais sério de construção de uma institucionalidade participativa em saúde, embora esteja enfrentando problemas novos nesta construção. Os demais países da América Latina, diz o autor, estão dando apenas os primeiros passos na democratização da gestão pública em saúde, alguns deles, pela segunda vez. A potência inventiva das experiências participativas é, muitas vezes, tão desafiadora que mesmo pesquisadores ligados *ao* ou originários *do* movimento sanitário mostram vieses de análise sugestivos de baixa conexão com o potencial inovador dos movimentos sociais, suficiente para *sedar* o contato com a inovação em sofisticados recursos metodológicos que mais reconstroem tautologicamente os pressupostos iniciais da análise do que produzem conhecimento (Ferla, 2004b).

O Brasil, concordam os autores aqui nomeados, é pioneiro nesta construção de políticas públicas que buscam assegurar ao mesmo tempo responsabilidade do Estado, face às questões básicas de consolidação da cidadania para a totalidade da população, e participação social, política e cultural da população na construção e na manutenção de um sistema público de acesso universal, sob controle da sociedade. Noronha (2003, p.13) destaca que os brasileiros podem se orgulhar de terem construído, no setor da saúde, algumas das mais ativas instâncias de participação social no continente, instâncias únicas de participação na administração pública (dentro e fora do Brasil), das quais devemos extrair todas as possibilidades políticas que oferecem.

Pensadores como David Capistrano da Costa Filho, Victor Vincent Valla, Eduardo Stotz, Roseni Pinheiro e Alcindo Ferla, entre outros, identificam nos movimentos populares e sindicais um protagonismo mais decisivo para embasar as mudanças mais radicais do sistema de saúde brasileiro, inclusive a criação do SUS. Se analisarmos o perfil das entidades que compunham a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), mobilizada a partir da 8ª CNS e que teve influência decisiva no processo constituinte, veremos um predomínio de representantes desses movimentos sociais em relação às entidades representativas dos setores acadêmicos da saúde coletiva.

As Conferências de Saúde, a rede nacional de Conselhos de Saúde, as Plenárias de Entidades e outras estratégias de articulação dos movimentos sociais certamente são mais numerosas, envolvem uma participação maior de pessoas e, portanto, fomentam mais reflexões do que os fóruns acadêmicos. As reflexões produzidas nesses espaços não diferem substancialmente em densidade teórica dos congressos da Abrasco, por exemplo, que são excelente expressão das formulações teóricas sobre gestão e participação em saúde, sobre os indicadores de saúde e sobre ensino da saúde pública. Exceto no que se refere ao adensamento racional explicativo dos argumentos, os fóruns de conselheiros e dos movimentos sociais revelam contundente clareza e capacidade interpretativa. Nesses espaços dos movimentos sociais têm emergido uma forte vertente de produção de conhecimento vivo, vivido e interpretado, embasado nas práticas cotidianas sob densa análise reflexiva e crítica política.

Neste cenário, como um fórum de elevada expressão da concepção participativa e de manifestação do controle social sobre as políticas públicas de saúde, em 2005 foi realizada a 3ª Conferência Nacional Recursos Humanos, esta sob o nome de 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o tema: *Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação*. Teve o mérito de destacar o trabalho em saúde e os trabalhadores do SUS como cidadãos ativos na mudança das práticas de saúde, na qualificação da gestão setorial, na renovação da formação e na mais ampla valorização do controle social em saúde. Pela primeira vez é marcada a educação na saúde como componente definidor do trabalho e do desenvolvimento desse trabalho e de seus agentes de produção.

A política de recursos humanos para a saúde, que vinha sendo construída desde a 8ª CNS, com a realização de duas conferências nacionais, em 1986 e em 1993, conforme mencionamos, teve indicação na 10ª CNS, em 1996, de tornar-se um instrumento específico e orientador para todas as ações de saúde no país. Este instrumento foi debatido por 4 anos e foi aprovado pela 11ª CNS, em 2000. Neste período de quatro anos o Conselho Nacional de Saúde desencadeou um amplo debate em todo o Brasil, para a construção dos princípios e diretrizes de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, a NOB-RH/SUS, que orientasse o ordenamento da gestão do trabalho na saúde com referências na administração dos processos de trabalho e na formação e desenvolvimento dos trabalhadores (Brasil, 2003). Esse referencial passou

a uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a partir de 2003, como proposta do gestor federal do SUS, aprovada e assumida pelo Conselho Nacional de Saúde e referendada pela 12ª CNS.

De outra parte e para concluir este bloco aproximativo, cabe referir que, da mesma forma que os movimentos de participação e controle social escreveram ou escrevem uma história singular de inovação ou desafio às inovações, diversos municípios descrevem experiências exitosas de organização dos seus sistemas locais de saúde. Com uma capacidade significativamente maior de inovação, os municípios tomaram para si o desafio de refletir e publicar as análises produzidas à frente das formulações teóricas de grande parte dos estudos acadêmicos atuais sobre o sistema de saúde.

Reversão da matriz de pensamento e práticas na formação de sanitaristas com a criação do Sistema Único de Saúde: identidades e suas rupturas no ensino da saúde pública

A formação em saúde pública tem sido, para mim, um movimento constante e muito intenso de resistência, de empenho, de gana, de entrega, de descoberta e de prazer. Está emaranhada em meus sonhos e aspirações vitais, me toma inteira, com os doces, salgados, picantes, azedos e agridoces sabores do viver. Venho fazendo-me com esta formação. Neste estudo, à medida em que fui mergulhando na memória para buscar os fatos e reconstituir sua cronologia, me vi adentrando numa outra espécie de memória, uma memória do invisível, tecida não de fatos, mas das marcas-em-mim. Muitas delas, marcas duras, resultantes da formação estrutural e formatada da pedagoga-tradicional-em-nós.

O medo de falar, sinto-o agora como disparador. Ele insiste em continuar comigo - o medo da construção de uma ético-estético-política da formação em saúde pública - pensada na perspectiva da descentralização da gestão do setor da saúde nas políticas públicas, da integralidade na atenção e gestão da saúde e da participação e controle social em saúde. Sinto o medo funcionar como um interrogador, tal como um *apesar de*, que não interrompe, interpõe-se, informa, como aprendi com Clarice Lispector em *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Lispector (1998, p.26), por meio do personagem Ulisses, diz que, *apesar de se deve viver, apesar de se deve comer, apesar de se deve*

amar... Um *apesar de* coadjuvante. Foi *apesar de* estar tanto tempo atuando como coordenadora e docente na formação em saúde pública que eu me encorajei ao quarto abandono do ninho, me lançando ao doutorado, à esta estranheza emergente de pensar e produzir esta tese, apesar do medo de dizer, do medo de pensar, do medo de escrever, do medo de não conseguir alcançar o que meu corpo deseja de mim, do medo de não alcançar em meu corpo o que meu pensamento deseja dele, apesar de muito jovem a pedagoga que inventa meu corpo e destrava meu pensamento, estou aqui: parti, saí, deixei-me seduzir e de mão com meus pedagogos abro meu pensamento, meu corpo.

Teixeira e Paim (1996, p.19-20) referem a identificação de um número significativo de estudos e pesquisas realizados na área de formação de trabalhadores em saúde no Brasil, que, prolongando-se dos aspectos relacionados ao processo educacional às práticas educativas, apontam uma crise da formação e do desenvolvimento, decorrente tanto de determinantes externos (interesses capitalistas médico-industriais, organização dos serviços de saúde, mercado de trabalho e política de saúde do Estado) como de determinantes internos (desintegração básico-profissional, biológico-social, especialismo, domínio da ideologia liberal, conservadorismo docente ou desarticulação ensino-serviço) à educação das profissões e dos profissionais.

O processo de descentralização, a integralidade e a participação colocam exigências absolutamente novas para o campo da educação em saúde coletiva, tanto na escala e velocidade do processo educativo, quanto nos seus conteúdos, cada vez mais complexos e menos contemplados nas tradicionais disciplinas. Uma educação em saúde coletiva radicalmente contemporânea torna-se, então, uma exigência da reforma sanitária brasileira, pela necessidade de efetivamente descentralizar a gestão setorial, renovar e singularizar as práticas, ampliar e qualificar a permeabilidade do sistema de saúde e de seus operadores aos usuários cotidianos.

As modificações na organização da gestão em saúde se traduzem particularmente pelos processos de municipalização da saúde. De forma bastante rápida, a partir dos acoplamentos legais e sociais passamos das secretarias municipais de saúde nas capitais e grandes centros urbanos às secretarias da saúde em mais de 5.000 municípios, cada um com um Conselho Municipal de Saúde, condições obrigatórias para receber os recursos financeiros do SUS. Da absorção municipal de pouco mais de 10% da força de trabalho

nacional em saúde para mais de 60% em 15 anos da Constituição Federal. No entanto, as modificações na formação em saúde não seguiram a mesma velocidade e compreensão do processo político-social desencadeado, ampliando a necessidade de requalificação dos profissionais, mesmo recém-graduados.

O processo de construção do SUS, com adequada responsabilidade técnico-científica sobre a saúde pública, requer profissionais altamente qualificados, tanto na gestão dos serviços, quanto na atenção à saúde dos usuários. A necessidade de alterar os perfis profissionais para alcançar a estratégia da atenção integral à saúde, como forma de prestação dos cuidados necessários para que cada cidadão e sociedade se sintam protegidos e cuidados pelos sistemas de saúde, também requer considerável esforço da coordenação do SUS, na articulação do conjunto dos centros formadores (Ceccim e Armani, 2001, p.37).

O princípio norteador para a política de formação e capacitação de pessoal em saúde, conforme Teixeira e Paim (1996, p.21-22), passa pelos valores da democracia, pluralidade e compromisso. Assim, um princípio geral é a flexibilidade, que deve pautar o processo de organização e negociação interinstitucional e intrainstitucional em torno de opções e propostas. Opções e propostas factíveis e viáveis, que sejam capazes de introduzir inovações e que contenham o potencial de fortalecer mudanças nas práticas profissionais, nos processos de trabalho e, segundo os autores, conseqüentemente, apontem os novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes de saúde dos serviços.

No próprio movimento sanitário predominava a visão de que o mercado de trabalho condicionaria e determinaria as características do aparelho formador, ou seja, a nova empregabilidade e regulação do trabalho levaria à priorização da mudança na graduação das profissões de saúde na direção do SUS. Ocorre no movimento sanitário um abandono da luta por mudanças no processo de formação, esperando-se que a determinação, um dia, desse conta das mudanças nas instituições formadoras ou justificasse a criação de uma graduação específica no campo da saúde pública, convertida, portanto, em núcleo profissional básico. Na verdade, as relações entre mercado de trabalho, prática profissional, estrutura acadêmico-administrativa dos cursos e a prática educativa são constituídas de inúmeras interfaces de mão-dupla, já que uma mudança não se constrói plenamente sem a outra (Rede Unida, 2002-2003). Que movimentos, que agenciamentos viabilizar então,

frente às novas exigências da formação em saúde e aos problemas vivenciados pelos centros formadores em saúde pública?

Destaquei em outra publicação alguns desafios demandados pelo SUS à formação em saúde pública, especialmente a renovação de seu compromisso com a geração de competências profissionais para: identificar as condições de saúde da população; entender e explicitar a determinação e o condicionamento social dos perfis de saúde por agrupamentos populacionais e grandes agregados por território, cidade, estado, país; compreender e revelar os processos saúde-doença-cuidado-qualidade de vida vigentes e, ainda, problematizar e debater os perfis de formação e exercício profissional no setor da saúde. Os novos cenários têm nos colocado a necessidade de uma prática clínica eficaz em acolhimento dos usuários do sistema de saúde e na resolutividade dos problemas de saúde, sendo da saúde pública a contribuição do conhecimento organizado em avaliação de ações, sistemas e serviços, na descrição crítica dos padrões epidemiológicos e demográficos e na compreensão da alocação de recursos estratégicos (Ceccim e Armani, 2001, p.51-52).

O conceito ampliado de saúde, proposto pela Lei Orgânica da Saúde, que implica aceitação da complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana, obrigou à formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial e segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade de vida. Potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida que se dá no coletivo. Hoje, a formação em saúde pública está sendo requerida, sobretudo, para fortalecer sistemas regionais e municipais de condução da política setorial da saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004) inventaram o conceito de *quadrilátero da formação* para reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde, resultante do processo de reflexão e construção de inovações para uma política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com caráter de educação permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do Sistema de Saúde.

A formação dos profissionais da área da saúde²⁰, ainda é orientada por uma

²⁰ Conforme Resolução nº 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, são 14 as categorias profissionais da saúde (biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional). Além destes, a coordenação nacional do projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS/Brasil), do Ministério da Saúde, incluiu os cursos de Administração Hospitalar, Administração de Sistemas e Serviços de Saúde e de Agronomia (Conselho Nacional de Saúde, 2006).

concepção de sistema de saúde piramidal, hierarquizado em serviços, colocando o hospital no topo de uma cadeia suposta como de complexidade crescente e propondo uma base como porta de entrada e lugar do acolhimento e vínculo com os usuários do Sistema de Saúde.

Faz-se necessário, conforme Cecílio (1997 e 1999, p.134-135), Ceccim e Ferla (2003, p.215-216) e Righi (2002), que os profissionais de saúde e gestores desse Sistema abandonem a segurança deste e de outros modelos e assumam posturas criativas - e arriscadas - de organização de serviços tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; que lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade. A reorientação da educação dos profissionais de saúde deve passar, então, pela reversão dessa matriz de pensamento e de práticas, desenvolvendo dispositivos também dinâmicos, também extremamente flexíveis, para escutar, retraduzir e trabalhar essas necessidades, tendo em vista a construção de uma cadeia de cuidados progressivos à saúde para os usuários, visando à garantia do acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar as doenças e prolongar a vida (Ceccim e Armani, 2002, p.147).

Conforme Righi (2002, p. 78), não se trata de propor qualquer modelo que substitua a pirâmide, por superá-la em todos os aspectos, pois a construção do conceito de rede ou a flexibilização da pirâmide não deve constituir-se em caminhos ou alternativas excludentes. Para a autora, o que construirmos de novo terá incorporado o velho: pirâmides arredondadas, círculos, redes... Righi sugere diagramas aos sistemas locais de saúde, a serem desenvolvidos pela realidade vivida e não idealizada.

Se há uma reversão de pensamento sobre o sistema de saúde, igualmente deve haver uma reversão de pensamento da formação. Uma formação de sanitaristas para um sistema de saúde ou para diagramas singulares? Para uma nova exigência de formação cabe pensar não o que é ou o que deve, mas o que pode uma formação: buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais).

A aprendizagem a que me refiro é, segundo Kastrup (2001, p.207 e 223), a

aprendizagem inventiva, aquela do mundo dos movimentos, longe da sensação apaziguadora em territórios pré-organizados ou de quem já desistiu de desejar, entregando-se ao desejo de um outro que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa. É aprendizagem numa perspectiva deleuzeana, que não significa a passagem do não saber ao saber, simplesmente. É uma atividade de *educação problematizadora*, onde a aprendizagem é, sobretudo, invenção de problemas e experiência de problematização. Trata-se do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente de estranhamento, rumo ao imprevisível, uma vez que é invenção de novidade, mas também não se refere a algo excepcional, privilégio de artistas ou cientistas. É da natureza do fazer educacional pensar problematicamente, analisar, não os comportamentos, nem as idéias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto se fixam regras de conduta quanto procuram modificar-se em seu ser singular (Foucault, 1988, p. 14-15; 1991; 1995, p. 33). Esse pensar problematicamente é aquele que coloca questões às perguntas em lugar de respostas. Foucault opõe-se a uma história das representações pela captação das linhas de fuga de que cada pensamento é portador em prática. Questionar, saber formular perguntas faz parte do esclarecimento, nos diz Leite (2001, p.103).

Nesta perspectiva, o aprender e o ensinar tem a ver com o modo de fazer. Como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações - ela inclui afetos – supõe atividade dos atores envolvidos e traz o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com o outro que é apresentado a partir das (novas) informações. Para Benevides de Barros (2001), aprender é, então, operar sobre determinadas práticas de modos diferentes daqueles a que se estava acostumado. Conforme a autora, *é inventar novas práticas, fazer novas dobras no mundo*. Em novas práticas, novas dobras de mundo, as informações são fagocitadas, ingeridas, transformadas, produzindo-se, então, outras subjetividades, novas formas de estar no mundo. Isso implicaria, segundo Benevides de Barros, *pensar a interface formação, produção de subjetividade e trabalho*, dimensões pouco consideradas nos processos de formação.

Ceccim (1998) chama-nos a atenção para o fato de que os projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional, eles atingem, sobretudo, as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua auto-estima, seu caráter, seu humor, seus hábitos, indo além do ambiente de trabalho, da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida. O ensino e a

assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver.

Com isso, sou provocada a pensar uma docência-dispositivo ao processo de formação, acionadora de movimentos que podem ir em várias direções, atravessar as fronteiras das dualidades (dentro-fora, interno-externo, certo-errado), ser potência de diferir e de dobrar novas práticas. À interface formação, produção de subjetividade e trabalho proporia o território da *escuta pedagógica* em saúde²¹. Na formação de sanitaristas, o desenvolvimento de uma escuta pedagógica no ambiente de trabalho da saúde realizaria a busca dos movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais para a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde coletiva e ao ensino-aprendizagem produtor de sentidos e de capacidades críticas.

Quando falo em docência-dispositivo, refiro-me a uma certa organização dinâmica da educação, a algo que amplie e potencialize a existência humana no ato de pensar e criar. Prigogine, no seu livro *O fim das certezas*, convida seus leitores a uma excursão pelo mundo de uma ciência em evolução, que nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana onde não há representações alienantes (desfazendo o mundo determinista e arbitrário, submetido apenas ao acaso). Referindo-se à física dos processos de não-equilíbrio, o autor pergunta: quem teria imaginado, no início do século XX, a existência de um universo em expansão, de fenômenos associados à auto-organização e às estruturas dissipativas? E essa ciência nos levou a esses conceitos novos, amplamente utilizados também nas ciências sociais, de que afetamos e somos afetados por um mundo cognoscível (Prigogine, 1996, p.11 e 157).

Vários autores têm se dedicado ao tema da organização dinâmica que caracteriza os seres vivos - perfilada, por um lado, com a ordem e, por outro, com a desordem - e que tem sido recentemente denominado auto-organização. Maturana e Varela (2001, p. 22, 267, 268), tratando sobre o conhecimento, partem do princípio de que *a vida é um processo de conhecimento* e afirmam que nós construímos o mundo em que vivemos, que por sua vez

²¹ O termo *escuta pedagógica* foi proposto por Ceccim (1997), ao organizar o livro *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* e retomado em outras quatro publicações: Revista Integração, Revista Pátio, Revista Temas sobre Desenvolvimento e Revista Atendimento Escolar Hospitalar.

também nos constrói no decorrer da viagem comum. Assim, temos que suspender nosso hábito da tentação da certeza, pois toda experiência de certeza é um fenômeno individual e cego em relação ao ato cognitivo do outro, numa solidão que só é transcendida no mundo que criamos junto com ele. Necessitamos tomar consciência da situação em que nos encontramos e olhá-la a partir de uma perspectiva mais abrangente, com um certo distanciamento. Desse modo, nosso ponto de vista será o resultado de um acoplamento estrutural no domínio experimental.

Neste sentido, a rotina de um profissional de saúde pode ser só um ritual, mas pode também, ser dispositivo se reconhecermos nela o contato, o expor-se, o deixar-se afetar²². Pessoa (1999) nos lembraria que, nos processos de aprendizagem, somos tomados por uma espécie de “desassossego”. Sempre que há encontros, há dissipação de energias; portanto, há processo. Suely Rolnik (1993, p.241-242) salienta que, ao longo de nossa existência, vivemos mergulhados em toda espécie de ambiente, não só humano, e também não só no plano visível. No plano visível, há uma relação entre um eu e um ou vários outros (não só humanos); mas no plano invisível o que há é uma textura (ontológica) que vai se fazendo dos fluxos que constituem nossa composição atual, conectando-se com outros fluxos, somando-se e esboçando outras composições. Estas composições, afirma Rolnik, passam a gerar em nós estados inéditos (marcas) em relação à consistência subjetiva do nosso corpo atual, rompe-se o nosso equilíbrio, tremem os nossos contornos, há uma violência vivida com essa desestabilização, o que nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo que possa suportar estas diferenças geradas em nós. E aí nos tornamos outros. Isso significa que as marcas, estes estados inéditos em nós, são sempre gênese de um devir, de novas possibilidades de vida. **A subjetividade engendra-se no devir, deixando-se conduzir e entranhar pelas marcas.** Quanto mais consegue fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência. Diz Fuganti (1990, p.69-70) que tudo o que a vida e o acaso exigem de nós é que sejamos fortes, isto é, que saibamos selecionar nossos encontros e produzir, a partir de nós próprios, os agenciamentos que nos fortaleçam para que sejamos dignos da beleza desse universo, para que possamos jogar com desenvoltura e liberdade e possamos criar novas constelações, novos caleidoscópios, novas diferenças. Sonhar com uma vida diferente é pôr em curso as novas maneiras de viver e de pensar que

²² Idéias trazidas pelo Prof. Ricardo Burg Ceccim na disciplina *A educação em saúde nas palavras e nos gestos; reflexões investigativas* do PPGEdU/UFRGS, 2002a.

sonhamos, afirma o autor.

Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. São investimentos que podem quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde.

As reflexões e problematizações que apresento neste trabalho não dirão respeito à avaliação, organização de currículo, disciplinas ou didáticas presentes na formação de sanitaristas ou dos profissionais de saúde para o SUS, embora considere que essas questões também têm a sua importância e podem ser encontradas em outros estudos, tais como Nunes (1993), Nunes (1998) e Martins (1999). Dirão respeito à interrogação de dados e silenciamentos nos CSP da ESP/RS, à criação de novos territórios, à extração de sentido dos *affectos* produzidos em minhas interações, aquilo que vibrou na minha trajetória de ação e pensamento, sendo docente e coordenadora dessa formação durante quase todo o período em estudo. Quero revelar dobramentos de possibilidades de novas maneiras de viver, de ser profissional de saúde, com questionamentos, como: a história que passou pode ser diferente da compreendida até então? Posso mudá-la? É produção? É devir?

Tais reflexões e questionamentos nos possibilitam pensar a formação, não a partir do que realmente aconteceu, mas das marcas, nossa constituição de sentidos, conforme mencionamos no primeiro capítulo. Possibilitam, também, pensar a formação sob a ótica de uma mandala, aquela inventada por Ceccim, como expressão da disruptura com as racionalidades administrativas e gerenciais hegemônicas quanto à hierarquização e à regionalização do SUS (Ceccim, 2005a, p.165).

O diagrama de uma mandala foi proposto por Ceccim e Ferla (2006), no VII Congresso Nacional da Rede Unida, ao pensarem a construção de *Linhas de Cuidado* como caminho para a integralidade, também no interior da educação dos profissionais de saúde. Segundo estes autores, a introdução da imagem da mandala como novo recurso didático para ordenar campos de aprendizagem da integralidade estabelece a integração ensino-trabalho-cidadania e consolida as noções de rede, de apoio matricial e de educação permanente em saúde. Isso pode propiciar a necessária reversão da matriz de pensamento e de prática na formação, uma concepção de ensino para a formação em saúde pública,

fazendo o sanitarista ver-sentir, ouvir-sentir para conseguir delinear planos e gerências.

Ampliação da capacidade de análise e de intervenção: articulação entre formação, gestão setorial e alteridade com os usuários no Sistema Único de Saúde

Durante o mandato de 1999-2002, o governo do Rio Grande do Sul apresentou ao seu Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) uma formulação de política setorial em que, a Educação em Saúde Coletiva constituía tarefa política do gestor estadual do SUS. O plano de governo em saúde previa que a formação e o desenvolvimento de trabalhadores e atores sociais para o SUS constituiriam um dos eixos estratégicos da condução política do setor (Ceccim e Daron, 1999; Jaeger e outros, 1999). Eram cinco os eixos da gestão estadual do SUS/RS, aprovados pelo CES e pela 3ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em outubro de 2000: *descentralização*, com incentivo técnico, financeiro e operacional ao desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde; *regionalização*, com o desenvolvimento de estratégias originais e solidárias entre os gestores municipais e destes com o gestor estadual para o mais pleno acesso às ações e aos serviços de saúde; *atenção integral à saúde*, com a construção de estratégias e protocolos de incentivo à resolutividade e à qualidade técnica e humanística do cuidado à saúde; *fortalecimento das instâncias de pactuação e controle social*, como garantia de permeabilidade do SUS à participação e às decisões coletivas; e *formação e desenvolvimento para o trabalho no SUS*, como acesso às ações educativas aos trabalhadores em serviço e interação com as instituições formadoras e de educação popular em saúde, explicada esta formação e desenvolvimento como Educação em Saúde Coletiva.

Com este lugar central da formação na gestão da política estadual de saúde foram produzidos novos desafios e papéis para a ESP/RS. Com a nova política, passou a ser potencializada a referência aos teóricos brasileiros da “saúde como defesa da vida”, como, por exemplo, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Roseni Pinheiro, Ruben de Araujo Mattos, Aluísio Gomes da Silva Jr., Marina Peduzzi e Liane Beatriz Righi. Além desses, na ESP/RS, pensadores *do* ou retomados *pelo* contemporâneo passaram a povoar referências para o encontro saúde-educação, como Friedrich Nietzsche, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Michel Serres, Peter

Pál Pelbart, Sueli Rolnik e Alfredo Naffah Neto, por exemplo. O cruzamento desses referenciais fundamentou muitos processos e relações de trabalho no cotidiano. Dois outros autores estavam no interior da SES/RS, Ricardo Burg Ceccim, na ESP/RS e Alcindo Antônio Ferla, na Assessoria Técnica de Planejamento.

Um grupo de profissionais da ESP/RS, no qual me incluo, seduzidos a seguir uma trilha intrincada, nem sempre lógica, numa perspectiva da complexidade e da transversalidade na educação, desde a presença instigante do Professor Ricardo Burg Ceccim na direção da ESP/RS²³, começou a desenhar uma singular Educação em Saúde Coletiva. Com uma efervescência de relações pedagógicas, desnaturalizando questões de sentido, criando uma certa instabilidade e quebrando algumas certezas, passamos a estabelecer um projeto de articulação e descentralização de ações nesta área para o Rio Grande do Sul. Assumi a vice-direção da ESP/RS, território do meu ninho mais duradouro, fora da família, território de vários abandonos do ninho.

Neste novo cenário sobreveio a consciência do não realizado, do tempo não reconciliado que me convocava definitivamente para a exposição a uma escuta ativa aos movimentos de construção da formação em saúde pública que venho fazendo nestes anos todos. Refiro-me a uma escuta que quer captar os instituintes de vida na formação e as conexões que produzem sentido nos processos de aprender e de ensinar, bem como a produção de conhecimentos teóricos e práticos que alimentem políticas de saúde como afirmação da vida.

A ESP/RS definiu, então, como parte da formulação da política estadual de saúde, o seu projeto político-pedagógico como Educação em Saúde Coletiva: área especializada do conhecimento, capaz de pôr em evidência o gerenciamento da educação como ensino, pesquisa, extensão e documentação para (1) o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, (2) o desenvolvimento da participação social e do controle democrático no setor, (3) o desenvolvimento da epidemiologia como descritor do processo saúde-doença-cuidados-qualidade de vida e (4) o desenvolvimento das ciências sociais em saúde para compreender as relações inter-humanas na sociedade e as fragilidades da vida na contemporaneidade.

Para realizar este projeto, explorando os termos temáticos de composição da

²³ Ricardo Burg Ceccim foi diretor da ESP/RS no período de janeiro de 1999 a janeiro de 2003.

expressão Educação em Saúde Coletiva, foram propostos três conceitos determinantes das suas ações (Ceccim e Armani, 2001, p.37):

- a) **Educação:** processo relativo aos aprendizados, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos de construção sócio-interativa; a educação abrange tanto o campo das construções cognitivas quanto as experiências intensivas resultantes do estar junto e da composição de coletivos de aprendizagem;
- b) **Saúde:** em seu sentido mais abrangente, saúde é a expressão das condições de vida e trabalho, manifestando as determinações das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso às ações e aos serviços de saúde, mas, também, a capacidade de enfrentar as adversidades no viver e a capacidade de lutar por qualidade de vida e mobilizar energias para reinventar a vida;
- c) **Coletiva:** qualidade da produção e circulação do conhecimento e das relações sociais; pode estar referida a um conjunto de pessoas, à articulação de projetos ou ao intercâmbio entre instituições, essa concepção supõe e propõe processos cooperativos ou de interação, substituindo as noções centralizadoras, totalizadoras e homogeneizadoras para reconhecer a importância da formação de redes, a interação entre diversidades e as parcerias descentralizadas e transversais.

Para um melhor entendimento dos desdobramentos dessa política de educação na saúde coletiva pela ESP/RS, é necessário situá-la no contexto da organização e gestão estadual do SUS. A Secretaria da Saúde do estado do Rio Grande do Sul, neste período (1999 a 2002) estava organizada em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e, neste mesmo período, foram articuladas sete Macrorregiões de Saúde, de acordo com as especificidades de gestão e atenção à saúde na geografia estadual, tendo em vista ampliar a capacidade de resposta setorial às necessidades das diferentes populações. Esse desenho objetivava assegurar o acesso da população ao máximo de ações e serviços de saúde de que necessitasse, o mais próximo possível do seu domicílio, cumprindo, assim, a função de ordenamento de uma rede composta de serviços de saúde em todos os âmbitos da atenção para promover a integralidade dos cuidados requeridos. Esse desenho, entretanto, não se resumia ao ordenamento da rede de serviços, privilegiando, também a lógica de organização regional da vida em coletividade. Assim, não bastava localizar e indicar referências assistenciais, mas investir na produção de políticas de desenvolvimento

macrorregional em saúde.

Surge então, um primeiro desdobramento desta política, os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc)²⁴, como parte integrante da estratégia de atuação descentralizada e interiorizada da ESP/RS, com abrangência nas 19 CRS, para que a educação em saúde coletiva se incorporasse ao cotidiano da gestão do SUS, nas regiões sanitárias e rompesse com a idéia de que a política se resumia às ações e projetos de ensino da ESP/RS. O início dessa experimentação se deu em março de 1999, com a designação de um profissional de cada CRS, que atendesse aos critérios de ter graduação superior, experiência e/ou formação na área da educação na saúde e circulação no meio acadêmico. Com um grupo de 19 profissionais, iniciou-se um processo inédito e ousado de vivência e de produção coletiva, com algumas práticas que fossem pertinentes ao campo de ação dos Nuresc e que pudessem ser dispositivos para a sua constituição e que rompessem com a lógica programática, implicando novas dinâmicas de trabalho, como planejamento e construção coletiva das ações e disponibilidade de compartilhar, desde idéias até recursos e práticas (Schaedler, 2002, p.16).

O desenvolvimento do projeto Nuresc foi como o início de uma viagem na transversalidade, sem caminho pré-determinado. Olhar para o lado, questionar as vias principais, escolher vias secundárias, não como caminhos a serem descobertos, mas como vias a serem exploradas, propondo bifurcações, *sentindo tudo de todas as maneiras*, unindo a razão e a emoção, a lógica e a intuição, com uma curiosidade de coçar as idéias. Construir uma cartografia com as linhas que iam se apresentando e, só então, visualizar uma bússola. Focalizar o mundo, o ensinar e o aprender nas relações, no *entre*, no plano coletivo de gestão ampliada, criando consensos provisórios, substituindo estruturas rígidas pelas coordenações efetivas, revisando significados e valores e produzindo, também, situações prazerosas.

O que pretendíamos era construir processos, criar alianças e relações de sentido entre o que se passa no microcosmo da equipe, do grupo e no macrocosmo da instituição e do sistema de saúde, acreditando nas pequenas e imprescindíveis revoluções moleculares de que fala Guattari (1985) e endossa a educadora em saúde coletiva Solange L'Abbate (1997). Dialogar como expressão comunicativa da existência, produzindo territórios de

²⁴ Os Nuresc foram formalmente instituídos pela Portaria SES/RS nº 39/2000, de 1º de dezembro de 2000.

existência possível, com base na pedagogia do olhar, da sensibilidade, usando alguns dispositivos, provocando uma certa instabilidade, buscando a expressão do inédito viável de cada um. Cultivar a capacidade de raciocínio, mas oxigenar o lado intuitivo que ficou tanto tempo sufocado, a sensibilidade tantas vezes aprisionada, inclusive na escola, por força de uma maneira equivocada do sistema educacional de encarar a formação, experimentada por todos nós.

Nós, educadores e profissionais da área da saúde, somos frutos de uma escola que aprisiona, que força beber água de um mesmo ribeirão. Quando sentimos sede de água de rios, de lagoas, de fontes, de minas, de chuva ou de poças nos indicam o reservatório de água tratada do ribeirão de abastecimento local. Essa seria a maneira saudável de matar a sede. Só na água capturada, hidratando, assim, uma gorda saúde dominante, sem abertura ou possibilidade para a dúvida ou para outros possíveis.

No campo da saúde pública, há fortes marcas de campanhismo, de militarismo, de fiscalização, de vigilância, de negação da subjetividade. Ainda nos debatemos para superar a pura e simples transmissão do conhecimento, a marca forte do treinamento. Os espaços de construção de conhecimento, criatividade, encantamento, saúde permeável e inacabamento são minoritários nas nossas práticas.

A tecedura dos Nuresc, simples em teoria, revelou-se uma grande complexidade na medida em que sua sustentação estava na construção de um processo em articulação e em rede, utilizando diferentes dispositivos para produções coletivas, compondo teias como cumplicidade, sensibilidade, afetividade e rede como organizações com valor de uso. Esse arranjo trouxe desafios inovadores à ESP/RS e às CRS. Tratava-se, ainda, de constituir uma prática de escuta, desenvolver estratégias de democratização das informações e capacidade de discutir desde conceitos até rotinas e processos de trabalho solidário. Esta iniciativa inovadora foi amplamente problematizada e analisada por Schaedler (2003), em sua dissertação de mestrado. Como somente havia a tecedura e não a teoria ou a política das formas prontas, nossa inteligência do processo somente vinha ao final de cada produção.

Outro desdobramento da política da ESP/RS foi a criação do Pólo de Educação em Saúde Coletiva (Pólo), representando a Comissão Permanente prevista em lei, como

referimos mais atrás, para reunir órgãos de serviços e de ensino e correspondendo às diretrizes das Conferências Nacionais de Saúde para a área de formação e desenvolvimento. A efetivação do Pólo também teve início em 1999, com a proposição de uma ação de parceria entre as instituições de ensino e o gestor estadual do SUS, integrada, ainda, pela Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Assedisa), pelo gestor municipal de saúde da capital e por hospitais universitários e de ensino, sob coordenação da ESP/RS. Este Pólo, desde o seu início passou a incorporar o já existente Pólo de Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família, instituído pelo Ministério da Saúde em anos anteriores, com delimitação de instrumentos para as ações da atenção básica à saúde e questionado por diversos gestores e formadores, inclusive pelo Ministério da Saúde, conforme expomos em texto anterior (Ceccim e Armani, 2001, p.43). O que constantemente problematizávamos era o fato de que o Pólo de Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família configurava-se como modelo substitutivo e não inventivo de sistemas microrregionais, em detrimento de criações e inovações regionalizadas e descentradas para a constituição e fortalecimento do sistema de saúde. Onde a demanda da formação em saúde pública era a descentralização e disseminação de capacidade pedagógica, interiorização das autorias e incentivo às autonomias ou protagonismo, o governo federal oferecia um Programa, definido por Edital, monitorado por supervisores federais, protocolizado por manuais e rituais. Onde a demanda era por uma pedagogia para todos, punha-se um treinamento antipaidéia para todos.

Passamos, assim, a conferir ao Pólo de Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família novas possibilidades e configurações, evidenciando que, mesmo uma ação programática com todas as características que lhes são próprias, inclusive obrigações contratuais, poderia, confere Schaedler (2003, p.67 e 70), permitir que um campo de dinâmicas e possibilidades inéditas passasse por suas frestas. Compor outra organização, outros fluxos, dissipando energias e construindo territórios outros. Schaedler destaca que o Pólo-outro – o de Educação em Saúde Coletiva - se inscreveu no campo das disputas por significação e, sem dúvida, foi agitando - com tremores, desacomodações e conflitos - o continente da educação em saúde coletiva no Rio Grande do Sul.

Concordo com Feuerwerker (2002) ao lembrar que, mudanças mais profundas como almejamos nestes processos de formação para o SUS, têm que ser construídas com base em uma participação ativa e ampla; elas não se constroem e não se sustentam a não

ser por meio da constituição de atores com visão crítica, capacidade de ação e de proposição, num processo relacional entre os atores envolvidos.

Para uma participação ativa e ampla dos atores envolvidos no projeto político-pedagógico da ESP/RS, tornou-se necessária a materialização de articulação com base regional: efetivamente agregar atores implicados com seu local, com um andar a vida concreto de populações, trabalhadores, gestores, usuários, docentes e estudantes. Por isso, foram mobilizados/articulados/agregados *Pólos Macrorregionais de Educação em Saúde Coletiva*, com a mesma lógica de atuação descentralizada e regionalizada da gestão e da atenção à saúde nas sete macrorregiões do Rio Grande do Sul. Uma estratégia política importante tanto às IES, quanto ao SUS, para o estreitamento de vínculo e viabilização das Comissões Permanentes de interação entre formação e sistema de saúde previstas na LOS (Art. 14), integrando instituições formadoras, gestores e instâncias de controle social.

A ESP/RS passou a ser referência de produção, com novidade germinativa nos processos de educação em saúde coletiva. Um *abrigo de produção e acolhimento de pensamentos e processos agenciadores de novas subjetividades, na construção do seu projeto, articulado e descentralizado*, como bem lembrou Righi (2002). Um projeto que abriu múltiplas frentes, tecendo uma política feita de forças e fluxos, abertura de fronteiras e abertura ao risco de **tomar decisões pelos sentidos e não por evidências**. Neste risco, como afirmamos em outro texto, incluiu-se a ousadia das invenções, o que não foi partir do zero, mas um articular sentidos, coletivos, política, administração, criação, cognição e referências. Uma invenção que foi mobilizada tanto pelos territórios instituídos como pelos **lençóis subterrâneos de possibilidade**: ela surgia dos cruzamentos criativos que a novidade autorizava, quando idéias de um lugar germinavam em outro, quando a surpresa e não o esperado constituía a nova realidade (Ceccim e Armani, 2002, p.143).

Neste contexto, a ESP/RS criou o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), partindo das Residências Médicas já existentes e acoplando-as ao aperfeiçoamento especializado dos demais profissionais nas mesmas áreas de especialidade. Também a experiência prévia de residências multiprofissionais no Centro de Saúde-Escola e no Hospital Psiquiátrico São Pedro foram revistas e reivindicadas como *operadores conceituais* do projeto inovador. Uma Residência designada como *integrada* e não como multiprofissional (Ceccim e Armani 2002, p.151), uma vez que proposta para estabelecer a

integração: a) dos programas de Residência Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (recém-criados); b) entre trabalho e educação (conceito de *trabalho educativo*); c) de diferentes profissões da saúde atuando como Equipe de Saúde (campo e núcleo de saberes e de práticas em articulação permanente); d) a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS; e) da área das ciências biológicas e sociais com a de humanidades para chegar a Atenção Integral à Saúde.

Um quarto e não menos importante desdobramento do projeto da ESP/RS foi a articulação com o segmento estudantil da área da saúde, como estratégia de inovação na formação de pessoal para o SUS. Para isso foi criada, em 2002, a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil Universitário da Área da Saúde e Associações Científico-Profissionais da Saúde, com a incumbência de dialogar de maneira organizada com os estudantes da área da saúde, a fim de desenvolver projetos destinados à educação dos profissionais, principalmente do ponto de vista da multiprofissionalidade do trabalho em saúde, da valorização da saúde coletiva e do prestígio do SUS, com o protagonismo e a autoria estudantil (Ceccim e Bilibio, 2002, e Ceccim, 2002b).

Três foram os projetos realizados naquele ano, que buscaram a integração ensino-serviço-gestão-controle social e a articulação com os estudantes de graduação: o projeto Escola de Verão, o projeto VER-SUS/RS - Vivência-Estágio na Realidade do SUS/RS e o 1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da área da Saúde realizado sob o lema *estudantes/agindo/SUS*. Os dois primeiros tinham como foco a gestão do Sistema Estadual de Saúde, com suas estruturas central e regional, incluindo o órgão formador - a ESP/RS, objetivando vivenciar um pouco a dinâmica e a complexidade dessa realidade, conhecendo-a de modo absolutamente estranho ao ambiente da universidade. Ceccim (2002, p.20), nos lembra que esta situação tende às aprendizagens inovadoras, por estranhamento e surpresa, mobilizando o corpo, o afeto e o pensamento de tal forma que o retorno aos modos da universidade causem novo estranhamento e, portanto, um novo padrão de exigência de aprendizados. Quanto ao Congresso, sua ambição foi inaugurar entre os estudantes da área da saúde um novo espaço de discussão e proposição sobre temas como concepções de saúde, gestão do SUS, formação de pessoal para o SUS e outros de interesse da integração ensino-serviço-gestão-controle social em saúde.

A partir dessas realizações, cabe destacar uma importante produção e iniciativa dos estudantes universitários da área da saúde no Rio Grande do Sul, a criação do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc), que em sua formação atual denomina-se Coletivo Saúdes. Este Núcleo foi inicialmente composto por estudantes de diferentes IES de Porto Alegre, incluindo inúmeros cursos da área da saúde e passou a ser referência imediata para a criação de outros núcleos semelhantes, no Rio Grande do Sul e no país. No Rio Grande do Sul há grupos já estruturados em várias cidades sede das principais universidades do estado: o Núcleo dos Acadêmicos da Área da Saúde da Universidade de Caxias do Sul (Nasucs), em Caxias do Sul; o Grupo Estudantil de Estudos em Saúde Coletiva (Gesc), da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, em Ijuí; o Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (Netesc), da Universidade de Santa Cruz do Sul, em Santa Cruz do Sul; o Grupo de Educação em Saúde Coletiva (Gdesc), da Universidade de Passo Fundo, em Passo Fundo; o Fórum Integrado do Movimento Estudantil Santamariense da Saúde (Fimess) da Universidade Federal de Santa Maria, em Santa Maria e o Coletivo Saúdes agregando as universidades da região metropolitana de Porto Alegre (Centro Universitário La Salle, Centro Universitário Metodista Instituto Porto Alegre, Fundação Federal Faculdade de Ciências Médicas de Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Luterana do Brasil).

Há, também, grupos de estudantes em articulação em outros municípios: Bagé, Cruz Alta e Santo Ângelo. Segundo Marcos Breunig²⁵, são grupos informais, ainda sem estatuto, mas com constância de atividades e que cultivam articulação entre si, no sentido de tecer uma rede em um Fórum de Coletivos, buscando inserções diversas, como: nas instâncias de controle social local, regional e estadual; na atuação em projetos de extensão com ênfase no desenvolvimento da participação social; nas pesquisas relacionadas ao controle social com a temática da educação na saúde; na análise da participação da saúde coletiva nos currículos dos 250 cursos de graduação em funcionamento no Rio Grande do Sul e na representação nos colegiados universitários com a finalidade de participar do debate crítico das reformas curriculares.

²⁵ Marcos Breunig é estudante de medicina da Ufrgs, um dos precursores e militante do Coletivo Saúdes.

Nos outros estados, há experiências desta natureza em Minas Gerais, como o Espaço Saúde BH; no Maranhão como o Espaço Saúde São Luís e no Ceará como o Espaço Saúde Fortaleza e o Espaço Saúde Sobral. No Rio Grande do Norte, há a Rede Natal, na Paraíba o Movimento Unificado de Saúde da UFPB e, no Acre, o Núcleo Interdisciplinar de Trabalho e Educação na Saúde (Nites), na Ufac. São iniciativas e movimentos de coletivos de saúde, constituídos como espaço para discutir temas atuais da saúde, *de estudante para estudante*, como eles auto identificam e que passa a interpor-se na sua formação profissional. Esses movimentos produzem ressonância na apropriação dos saberes e fazeres da saúde pública, com repercussões progressivas nos espaços de controle social, em todas as suas esferas. Cabe lembrar que já há participação de estudantes em Conselhos Municipais de Saúde e desde o dia 15 de outubro de 2006, participam formalmente do Conselho Nacional de Saúde, por meio de um representante da União Nacional dos Estudantes, amparados pelo Decreto nº 5.839/06, de 11/07/2006, de recomposição do CNS.

A busca pela integração ensino-serviço-gestão-controle social na gestão estadual de 1999 a 2002 ampliou o projeto de educação em saúde coletiva também para a formação nos movimentos sociais, constituindo um Fórum de Educação Popular em Saúde. Originalmente trata-se de um subprojeto do Programa Nacional de Capacitação para o Fortalecimento do Controle Social no SUS que, na ESP/RS, foi identificado como Capacitação *Ampliada* de Conselheiros de Saúde. Este Fórum instaurou a articulação entre entidades do movimento popular para propor projetos de ação cuja unidade estaria dada na orientação ao segmento social na apropriação do SUS e na compreensão das políticas públicas (participação ativa da sociedade na defesa de direitos prescritos ou a conquistar) (Daron e David, 2002, p.212). A educação popular em saúde, subárea da saúde pública, ganha contornos, no campo da Educação em Saúde Coletiva, de estratégia pedagógica para ampliar a escuta aos movimentos sociais e alteridade com os usuários construindo desafios participativos nas políticas públicas.

Ainda um outro movimento, este de âmbito nacional, merece referência. Na perspectiva de qualificar a formação *lato sensu* em saúde pública, a ESP/RS fez parte, de 1999 a 2002, da construção de Sistema de Acreditação Pedagógica da Formação em Saúde Pública, que apontava para a possibilidade de estabelecimento de um padrão referencial e um processo de auto-avaliação e avaliação institucional da educação em saúde coletiva, em

rede nacional, onde a elaboração de novos parâmetros de valor estivesse na base de sua operacionalização.

Coordenado pela Ensp e sob assessoramento da *École National de la Santé Publique*, da França, este Sistema foi construído com a participação de centros formadores de diversos estados, propondo-se à consolidação dos centros formadores em saúde pública, enfatizando os cursos/programas de formação em saúde pública e áreas afins. Visava, de um lado, a privilegiar o profissional que está em formação e, de outro, ao Sistema Único de Saúde para poder contar com cursos/programas de formação que contribuíssem para a superior qualificação do trabalho educacional realizado em saúde pública. Esta iniciativa viria somar esforços no conjunto de medidas para os avanços na preparação e na qualificação de profissionais comprometidos com a produção de saúde (Ceccim, 1999/2000).

Esta temática da acreditação pedagógica foi pauta da XIX Conferência da Associação Latino-Americana e do Caribe de Educação em Saúde Pública, realizada em Havana, Cuba, em julho do ano de 2001, quando Ricardo Burg Ceccim, então diretor da ESP/RS, proferiu palestra destacando o reconhecimento da necessidade de expansão da educação em saúde coletiva para o âmbito da pós-graduação *lato sensu*, mas lembrando os riscos da falta de monitoramento da qualidade destes cursos nos países, pois a expansão da oferta de trabalho também gera a expansão da oferta de cursos privados anunciados como de alta qualificação pelo ofertante, mas sem parâmetro de avaliação pela sociedade. Na ocasião, foi lembrada a necessidade de interpor um sistema de confiança da sociedade que funcionasse como uma política pública de expansão da formação especializada, elevação da qualidade pedagógica e compromisso social da formação em saúde pública para o SUS (no caso do Brasil) ou para a saúde coletiva (no caso da América Latina e Caribe, como compromisso da área e da história, relatada anteriormente).

Neste território de invenções, a pedagogia ganhava um outro contorno, num outro lugar, produzindo qualidade diversa, sob o olhar e a compreensão da saúde coletiva, no que se refere às diretrizes que escapam aos reducionismos e que se constituem como dispositivo nos processos de formação: a integralidade da atenção à saúde, a horizontalização de relações profissionais em equipe, a desconcentração do poder de gestão setorial e o desenvolvimento de uma política de saúde democrática e capaz de

assegurar a complementaridade e a diversidade de olhares para a afirmação da vida.

Ceccim e Ferla (2003, p.216) nos lembram que os desafios atuais na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde estão em aprender a não dissociar atenção individual às doenças e adoecimentos da vigilância à saúde (risco de retorno à biologização); não dicotomizar qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não dissociar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população como um trabalho de aprendizagem, e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

O olhar e a compreensão da integralidade da atenção à saúde, no tocante à formação e ao desenvolvimento profissional, implica, conforme Ceccim e Ferla (2003, p. 223), restabelecer a interação ensino-gestão-serviço-controle social, tensionando os projetos de formação a uma melhor escuta aos usuários dos serviços. Silva Jr., Merhy e Carvalho (2003, p.125), destacam que a formação e qualificação de profissionais de saúde, de modo geral, centra-se sobre doenças e agravos, o que gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho. A mudança nas práticas e a mudança na formação são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde.

Nestes movimentos de produção de mudança na formação e nas práticas, há reconhecida relevância da saúde coletiva, com o tripé de suas subáreas disciplinares, planificação e gerência (políticas) em saúde, epidemiologia e ciências sociais e humanas orientadas à saúde, constituindo campo e núcleo de saberes e de práticas relacionadas às necessidades sociais em saúde, como vimos em Campos (2000c). Para Paim (2006), a saúde coletiva, por sua conotação conceitual mais abrangente que a saúde pública, especialmente por seu desenvolvimento a partir da contribuição das ciências sociais, foi reconhecida como um campo científico singular e vem se constituindo, progressivamente, em campo de práticas multi/inter/transdisciplinares.

Akerman e Feuerwerker (2006, p.190), lembrando Paim (1992), quando afirmava que tudo o que diz respeito à saúde do público diz respeito à saúde coletiva, chamam

atenção para alguns desdobramentos das subáreas disciplinares e do tratamento dos temas relacionados às necessidades sociais de saúde não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde como ciência da natureza. Estes autores afirmam que, frente à complexidade temática da saúde, o diálogo/intercruzamento entre suas várias disciplinas é vital para o conjunto das aprendizagens e das práticas em saúde, especialmente para a recuperação da dimensão cuidadora na oferta de atenção integral à saúde das pessoas, desafios postos para todo o tipo de serviço de saúde.

Paim (2006, p.106-108) lembra que o trabalho em saúde coletiva se inscreve, também, em um conjunto de atividades de promoção do ser, entre os humanos, eticamente comprometido com o seu objeto de saúde pública – as necessidades sociais em saúde. De um modo simplificado e resumido, diz o autor, o trabalhador em saúde coletiva – o sanitarista – pode ser reconhecido como um *técnico em necessidades sociais de saúde* e um *gerente de processos coletivos de trabalho em saúde*, voltado para a realização de ações nas esferas do planejamento, da epidemiologia, da sociedade, da avaliação e das políticas, além de intervenções sociais organizadas e dirigidas à promoção, comunicação e educação em saúde. Os esforços de reorientação da atenção, da gestão e do controle social em saúde para o SUS, precisam ser respaldados pela formação ampliada de profissionais com formação em saúde pública/saúde coletiva, tendo em vista qualificar a atuação e capacidade de intervenção daqueles que operam o cotidiano dos serviços e os desafios da transformação setorial.

30 Anos de Educação em Saúde Coletiva: vozes dos cursos de saúde pública da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - em busca do tempo reconciliado

*“... escrevo não porque seja inteligente ou erudito.
Não,
é porque tenho a ousadia, a propensão de me apartar do conforto do rebanho e de encarar inclinações fortes e maléficas.*

*Investigação e ciência começam pela descrença.
No entanto, a descrença é inerentemente estressante!
Só o forte consegue tolerá-la.
Sabe qual é a verdadeira questão para um pensador?
(...) A verdadeira questão é:
quanta verdade consigo suportar?”*

Yalom (2002, p. 140)



Personagem a uma Janela. (irmã do artista), 1925.
Óleo sobre tela, 103 x75 cm.
Madrid, *Museo Nacional Reina Sofia*.

Os movimentos instituintes de uma pedagogia-em-nós não só foram me graduando em saúde pública; eles se fizeram na cotidianidade, na subjetivação da pedagoga-

sanitarista-profissional-em-nós. São uma constante *que se faz* na formação de sanitaristas, em especial nas práticas pedagógicas que contemplam princípios de provisoriedade, abertura, incerteza e produção. Esses movimentos instituintes como um processo de produção, vêm acompanhados por um movimento cartográfico (molecular, político, rizomático, estético, ético) de desejo e de devir.

Trata-se de incitar vida por através das coisas instituídas, ou seja, aceitar a coexistência da ordem (instituído) e da desordem (instituintes), das causalidades (reproduções) e dos acasos (inéditos), das normas (certezas/manutenções) e do caos (surpresas/estranhamentos), que trazem novas possibilidades de compreensão sobre aquilo que fazemos, inserem aprendizagens e aportam experimentações. A partir do encontro entre o que havia e o que nascia, entre o que se impunha por ficar e o que se impunha por inovar, efeitos aconteceram em mim. *Apesar do medo*, sigo minha auto-produção, um devir pedagoga se desdobra em devir educador e devir cuidador. Uma pedagoga-em-nós se ocupa dos aprendizados, uma outra pedagoga-em-nós se ocupa dos cuidados. É assim a pedagogia: aprendizado e cuidado, cognição e desenvolvimento, intelecção e afecção, conhecimentos e afetos. O pedagogo-educador ensina, o pedagogo-cuidador empresta o colo ou mão, juntos promovem o aprender e o desenvolver-se, aprendizado das coisas e aprendizado de si. Estas idéias estão em Ceccim (1998), compartilho-as em mim.

Entro, agora, então, no exercício de pensamento sobre a formação de sanitaristas, não a prescrição de um perfil ou identidade por competências, mas a exploração das suas orientações de desempenho profissional no terreno do ordenamento das práticas de saúde, das suas convocações ao pensar saúde e das suas operações de subjetivação. Para mim, essa formação foi uma escolha de vida que atravessou diferentes tempos. Pensar esses tempos implica em reabri-los, em duvidar de mapas previamente definidos e buscar os *nós* nos cruzamentos de linhas, contornos e potências para a produção de subjetividades sanitaristas. Perceber vazios e abandonar linearidades é detectar novos territórios para essa formação. Implica, conforme Costa (2000, p.127), buscar novas pulsações, novos traçados, linguagens e corpos, forçando o pensamento para outras linhas (de fuga) e configurações, que não coincidem com o plano do instituído. A tecedura, trago agora para que possa ser laçada pela ação de um processo sistematizado de pensamento, um devir pedagógico que, como produção do tempo, não nasce e nem finda em uma cronologia. Um devir adquire visibilidade e forma de acordo com os agenciamentos e os *atravessamentos* que venham a

ser efetuados, um devir é linha de tempo, mas não têm direção única, faz traçados, dobras, diagramas.

Ao *atravessar as janelas* dos 26 CSP, busquei o contato com as linhas de fuga do instituído para dar materialidade aos instituintes que certamente ganharam existência na saúde pública exercida por seus egressos, como em mim. Ainda que aspectos cognitivos constituam o previsto nos CSP, aspectos afetivos os tornam imprevistos. Usando uma idéia de Merhy (1997b, p.103), coloco os aspectos afetivos como ruídos; os ruídos são informações sobre linhas de fuga pedindo passagem através de instituídos, aquilo que nossas emoções sentem, mas a razão não tem acesso sem um trabalho de sentidos. *Penso* os perfis sanitaristas por meio dos dispositivos de educação em saúde coletiva que usamos ao longo dos quase 30 anos em que os 26 CSP foram consumados.

Para a produção de novos sentidos em um trabalho de pensamento e de produção de conhecimento desta natureza, acolho as recomendações da professora Denise Balarine Leite, por ocasião do Exame de Qualificação deste doutorado e recorro ao filósofo francês, Gaston Bachelard. Ao falar sobre o conhecimento científico, ele nos alerta para os chamados obstáculos epistemológicos na busca do real. Bachelard (1971, p.165 a 170) afirma que o real nunca é *aquilo que se poderia crer*, mas é sempre aquilo que se deveria ter pensado. Precisamos conhecer contra um conhecimento anterior, superando tais obstáculos, também pedagógicos, para chegar ao real sem preconceitos, lutando contra as opiniões que servem aos nossos argumentos. É preciso, antes de tudo, saber formular problemas, (...) se não houver questão, não pode haver conhecimento científico. Nada é natural. Nada é dado. Tudo é construído, lembra o filósofo.

Explicitando ainda mais, Bachelard (1971, p.165 a 168) nos diz que um historiador toma a idéia como fato, já um epistemólogo toma o fato como idéia para inseri-la em um sistema ou domínio de pensamento, faz disso um obstáculo e constrói um contra-pensamento. Nós, professores, educadores em saúde, nos julgamos mestres em nosso ofício, temos dificuldade em mudar, em eliminar os obstáculos que se acumularam pela vida cotidiana – hoje causas de estagnação e de inércia. Bachelard adverte ainda, que para sentir, detectar, interferir neste mundo encapsulado em nossas mentes, são necessários outros instrumentos que são nossos órgãos dos sentidos; eles nos permitiriam *tocar* esta outra realidade, nos ajudariam a fazer as rupturas necessárias entre o conhecimento comum

e o conhecimento científico.

Na linha dos pensadores que têm me inspirado, concordo também com Pelbart (1993, p.57), ao dizer que precisamos constantemente nos desgarrar de um presente sem espessura, para introduzir em nossas vidas o inédito. Diferir da história não para descobrir o que se é, mas para experimentar o que se pode ser. E essa, diz o autor, é uma tarefa por excelência, subjetiva, ontológica, analítica e que não repousa sobre o visível da história, nem sobre um invisível de uma história oculta. É uma operação que exige a desobstrução de um invisível como campo virtual para um devir-intempestivo. A realidade virtual não nos remete a um *já foi* do referente, diz Pelbart, mas a um pode ser, a um tempo em potência, a um possível aberto.

Assim, as múltiplas entradas, perspectivas e autores, aqui utilizados, vão dando sentido à história e uma língua aos processos vividos num tempo aberto, como em um grande filme. Deleuze (2000, p.62 a 74), no contexto cinematográfico, lembra o que diz Bergson, ao trazer a imagem-movimento, e afirma que o tempo é o aberto, é o que muda e não pára de mudar de natureza a cada instante. Destaca que é muito difícil pensar esta relação tempo-todo-aberto, mas é o cinema que nos torna isso mais fácil. Em um grande filme, como em toda obra de arte, há sempre algo em aberto. Procurem o que é: é o tempo, é o todo, tal como aparece no filme, de maneira muito diversa.

Deleuze (1988, p.181-182) ajuda a formular o ato de pensar o tempo como um estudo ao falar dos paradoxos do tempo e do pensamento, afirmando que o que é primeiro no pensamento é o arrombamento, a violência. Assim, acrescenta: não contemos com o pensamento para fundar a necessidade relativa do que ele pensa; contemos, ao contrário, com a contingência de um encontro com aquilo que força a pensar, uma paixão de pensar. O primeiro efeito do paradoxo é desfazer a tranqüilidade com que nos reconhecemos em meio às coisas.

Pelbart (1998, p.64), ao rever a obra de Deleuze, alerta que há as coisas que deixam o pensamento tranqüilo, que são os objetos de reconhecimento, ou seja, apenas reconhecer o que há de mesmo em cada evento ou advento. Há, entretanto aquelas que o forçam a pensar, estas são resultado de uma violência, de um arrombamento, de um *pathos* e, mais, são o resultado de um impossível, que é seu impensável. Impensável, não por ser mistério,

mas por não ser da ordem do real, nem do esperado – ser domínio do virtual. É o paradoxo que vai subverter o senso comum e a direção única da flecha do tempo a partir do presente, afirmando várias direções concomitantes, numa temporalidade centrífuga, multilinear, rizomática, não cronológica.

Este trabalho de sentidos, onde a razão não tem acesso, implicou em eu aceitar-me em uma posição singular, a de um estranhamento da realidade dos cursos e sob uma disposição de sair da proximidade até sentir um certo distanciamento, necessário para uma escuta ativa aos movimentos de história da formação, objeto desta investigação, para poder captar os instituintes de vida e os processos de sentido na organização do ensino ou nos marcadores de aprendizagem. É deste lugar dos sentidos, impregnado pelas experiências, vivências e expectativas que busco dar língua à riqueza infinita dos afetos e do mundo subjetivo desta formação.

Como disse no início, foi na arte, nas obras de Salvador Dalí, que encontrei as imagens que ilustram o que quero dizer com o movimento de pensar o tempo em estudo. Dalí revela na sua arte esse arrombamento do pensamento de que fala Pelbart, sobre Deleuze. Um espírito de uma curiosidade insaciável, Dalí derruba fronteiras e determina continuamente novas estruturas de pensar, revela Néret (2004, p.7 a 13). Seus pesadelos não são frutos de uma incoerência congênita, correspondem a fatos reais que ele observou e reteve em memória; recordações de coisas ou acontecimentos que o impressionavam. Trago-o nessas imagens com o tempo como massa moldável, como invenção. Um tempo contra a verdade, pensado de um outro jeito.

Tomo este jeito, então, apesar do medo-em-nós, como uma possibilidade para entrar na problematização da educação como ético-estético-política de formação e produção de subjetividades, em nosso caso formação e subjetivação de sanitaristas. Dentre tantas bifurcações, optei pelo caminho que busca no tempo um pouco da história de uma formação de sanitaristas - grande marca da Escola de Saúde Pública/RS. Busquei também, fios históricos e investigativos das políticas de saúde no Brasil e outros dos movimentos do controle público da sociedade sobre o Estado nesse período.

Para estabelecer fronteiras de palpabilidade no interior do período de 1975 a 2004, contornei um quadro em quatro Tempos - quatro períodos de olhar analítico, assim

distribuídos:

- a) Tempo I (de 1975 a 1979)
- b) Tempo II (de 1980 a 1989)
- c) Tempo III (de 1990 a 1999)
- d) Tempo IV (de 2000 a 2004)

Estes Tempos estão alicerçados em oito bases de dados, documentadas em anexo e que compõem um emaranhado de vozes: vozes das políticas de saúde - acontecimentos no cenário nacional e estadual que chamo de eventos marcadores de tempo (base de dados I); vozes do controle social nas Conferências de Saúde (base de dados II); vozes dos 26 CSP da ESP/RS (bases de dados III e VII); vozes das monografias dos 26 CSP em estudo (base de dados IV e VIII); vozes dos coordenadores destes CSP, docentes e diretores da ESP/RS (bases de dados V e VI) e vozes dos informantes qualificados²⁶ (anexo I). Uma trama de histórias e de relações que compõem este cenário rizomático, por quatro Tempos.

Para compor estas bases, foi necessário inventariar um conjunto de documentos e informes, além de proceder a alguns movimentos originais de sistematização: a) montagem de planilhas, a partir do conhecimento prévio, como amostra dos CSP, um em cada Tempo e constatação do potencial de obtenção de dados; b) busca de dados sobre os 26 CSP, para preenchimento das planilhas, nos arquivos da Secretaria Acadêmica e no Centro de Informação e Documentação em Saúde (Ceids) da ESP/RS; c) localização do banco geral de trabalhos científicos no Ceids e separação das monografias dos 26 CSP, tendo por referência as listas de alunos concluintes de cada CSP; d) repescagem de informações nos arquivos da ESP/RS, em anotações pessoais e com informantes qualificados, para complementação de dados.

Deste inventário brotavam perguntas: o que faz sentido ser trazido para esta tese? Quais são as regularidades? Qual o perfil dos CSP da ESP/RS? Qual o perfil dos sanitaristas formados pela ESP/RS? São estes os sanitaristas do Rio Grande do Sul? O que pode esta formação? Em quais bifurcações vazaram os ruídos, as mudanças ou as invenções? Pode-se falar do aprendizado sobre o perfil para os CSP? Pode-se falar do

²⁶ Diferentes atores (alunos, docentes, coordenadores dos CSP e diretores da ESP/RS), que fizeram parte desta história e que foram buscados durante a pesquisa, para complementação e/ou esclarecimentos dos dados.

aprendizado de um perfil projetado e um perfil resultante aos sanitaristas? Pode-se detectar prioridades de Estado, de governo, dos trabalhadores ou da sociedade? Pode-se detectar um modo de produzir conhecimento em saúde pública? O que acontece nas discrepâncias das regularidades?

Deixei-me evocar por estas interrogações – o não revelado, o invisível - e aproveitei, também, os espasmos de registros sensíveis - o *conversa daqui* e o *conversa dali* que fazia emergir sentidos e compreensões, provocações e sinalizações. Não me contentava com os dados, às vezes inexistentes, discrepantes e/ou contraditórios. Buscava por trás deles, nas dúvidas, nas dobras, no entre, entrevistando pessoas, vasculhando os guardados, vasculhando os trabalhos sobre a ESP/RS. Uma atitude de não dominar o cenário na busca dos dados, mas pensar e compor com eles, como num rizoma: isto e aquilo, não isto ou aquilo.

Foi um paciente e intenso trabalho de garimpagem e de repescagem de informações, numa verdadeira maratona de recuperação de dados, em busca do tempo reconciliado. Inúmeros retornos aos arquivos (caixas e pacotes empoeirados) e aos informantes qualificados (gentilmente disponíveis). Neste trabalho de pensamento e de produção de conhecimento, mediante o alerta dos obstáculos epistemológicos (já analisados) e minha condição de pesquisadora inserida no cenário (coordenadora e docente em 17 dos 26 CSP) cartografei uma formação de sanitaristas e autorizei-me falar de uma educação em saúde coletiva.

Tempo I (1975 a 1989)

Neste momento da expedição (a saída) é importante saber um pouco sobre a ESP/RS, cenário de realização dos CSP. Ela teve sua origem na Escola de Educação Profissional em Enfermagem, em 1939, junto ao Serviço de Assistência Médico-Social, do Departamento Estadual de Saúde, da Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde, passando a ser Escola de Saúde Pública em 11 de julho de 1962, pelo Decreto Estadual nº 13.812/62. Tinha como finalidade a realização de cursos anuais e regulares

para a formação de técnicos-científicos²⁷ nos diversos setores da saúde pública (Art. 2º).

A criação da ESP/RS, recupera Moreira (2002, p.128), deu-se no mesmo período da Reunião de Punta Del Este, ocorrida em agosto de 1961, onde reuniram-se dirigentes da área da saúde na América Latina, com o objetivo de uniformizar as políticas para o setor. Nos seus primeiros anos, a ESP/RS seguiu as políticas preconizadas por esta Reunião, ou seja, administrar a saúde numa visão desenvolvimentista, conforme orientações do Centro de Estudos do Desenvolvimento (Cendes), da Universidade Central da Venezuela em colaboração para a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), conhecido como Método Cendes/Opas de Planejamento em Saúde. Este método tinha por base a análise da magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos à saúde, tendo como objetivo maximizar a eficiência e a eficácia dos investimentos públicos. As ações da ESP/RS, como lembra a autora, seguiam uma tendência absolutamente normativa.

Com um perfil semelhante a este, bastante técnico e burocrático, fórum de experts, eram realizadas no Rio de Janeiro as CNS (base de dados II). A partir de 1975, ano da 5ª CNS, elas passaram a acontecer em Brasília, ainda sem regularidade e sem tema central na política de saúde vigente, embora visassem fornecer subsídios para a elaboração de uma Política Nacional de Saúde. A 5ª CNS chamou à discussão cinco temas: sistema nacional de saúde, programa de saúde materno-infantil, sistema nacional de vigilância epidemiológica, controle das grandes endemias e extensão da saúde às populações rurais. Em 1977, acontece a 6ª CNS, enfocando o controle das grandes endemias, interiorização dos serviços de saúde e política nacional de saúde. Segundo Noronha (2003, p.11), as CNS, inicialmente, faziam parte de um processo de extrema centralização político-administrativa no Brasil e eram planejadas como um encontro de técnicos e administradores do Ministério e dos estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde.

O primeiro CSP da ESP/RS teve seu início em 1975 (base de dados III), conveniado com a Ensp²⁸. O CSP tinha por objetivo, conforme consta no planejamento de ensino, *preparar profissionais com formação superior para atuarem como especialistas em saúde*

²⁷ No linguajar da Secretaria da Saúde, desde muito - e ainda hoje - referimo-nos aos profissionais egressos da educação superior como técnicos. Esses profissionais compunham uma identificação funcional de profissionais técnico-científicos.

²⁸ O Convênio tinha como objeto assessoria técnica, científica e pedagógica ao CSP, subsidiando-o financeiramente, de 1975 até meados da década de 1980, em uma ordem decrescente de investimento.

pública, estando voltado para a formação de profissionais capazes de pensar novos rumos para a saúde pública no estado, partindo do conhecimento e da crítica à sua realidade. Tal proposição, lembra Moreira (2002, p.134), foi causa de afastamento, pela direção da Secretaria da Saúde, do seu idealizador e primeiro diretor, o professor Jorge Ossanai, em meados do mesmo ano. Este CSP veio para mudar o ensino tradicional e normativo de saúde pública instituído nos treinamentos realizados pela ESP/RS.

Nas palavras de Fischmann (2002), novo diretor da ESP/RS na época, após aparar as arestas que impediam a sua realização, o Curso teve seu início ainda naquele ano, com a denominação de Curso Básico Regional de Saúde Pública, conforme Nunes (1998, p. 63) de modo pioneiro no Brasil. Fazia parte do programa de Cursos Descentralizados da Ensp, juntamente com o Estado do Pará, em um contexto sociopolítico favorável à modernização das instituições públicas, com relevância para a formação de pessoal para a saúde, concomitantemente com o Programa de Interiorização da Atenção em Serviços de Saúde (Piass), de 1976.

A Ensp, ao instalar-se na sua sede própria, em Manguinhos, no Rio de Janeiro, consegue qualificar um corpo docente próprio da saúde pública e influir nas decisões políticas nacionais no campo da saúde, firmando-se como instituição formadora, de investigação em saúde, de prestação de serviços e de assessoramento no âmbito nacional e internacional (Rauber e outros, 1987). Inicia-se, assim, um compromisso fundamental e necessário para o CSP do Rio Grande do Sul, tendo em vista a falta de autonomia administrativa e financeira da ESP/RS em relação a SES/RS²⁹ sendo diretamente influenciada pelas oscilações políticas de mudança no governo estadual, com avanços e recuos na sua história. O respaldo da Ensp assegurava à ESP/RS o lugar científico à formação, pesquisa e assessoramento em saúde pública, em todas as suas subáreas de conhecimento ou intervenção.

No contexto nacional (base de dados I), uma grande virada parecia se armar contra a flexnerização vigente como estratégia de formação em saúde, começando a vigorar um novo discurso/novo conceito: a *atenção primária à saúde*, também conhecida como

²⁹ A atual SES já foi Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde (Decreto n ° 5.969 de 26/06/1935); Secretaria dos Negócios da Saúde (Lei n° 3.602, de 1º/12/1958); Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (Decreto n° 28.650, de 15/03/1979) e Secretaria Estadual da Saúde (Lei n° 11362 de 29/07/1999).

medicina simplificada. Proposta vinda da Conferência Mundial de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, ex-URSS, em 1978. Esta política tinha, também, como consigna a Saúde para Todos no Ano 2000, uma meta a ser entabulada pelos países consignatários e que traduzia a construção de ações preventivas em saúde que superassem o paradigma curativista, hospitalar e pautado nas especialidades médicas.

Para Ceccim (1998, p.43), a proposta política da atenção básica à saúde manteve o mesmo referencial medicalizante do pensamento e das práticas em saúde, embora tenha inaugurado estratégias inversas ao Relatório Flexner³⁰, sem minimizar a cientificidade suposta às práticas em saúde. Voltou a atenção da saúde às áreas rurais e de periferia urbana e ajudou a desflexnerizar a medicina porque propunha a integração da formação com o atendimento cotidiano de saúde das populações locais; a expansão da cobertura e a incorporação de pessoal de nível médio.

Neste tempo, conforme já vimos, surgem o Cebes, em 1976, e a Abrasco, em 1979, atores políticos de grande visibilidade nacional, cuja expressão, dentre muitas lutas, segundo Nunes (1998, p.88 a 90), estava a democratização da saúde, tendo o ensino da saúde pública como um espaço estratégico de atuação. Ambas tiveram um papel preponderante na configuração ideativa do campo da saúde pública brasileira, tanto pela produção editorial, quanto pela problematização dos projetos de governo e de políticas públicas de saúde, fortalecendo o movimento pela Reforma Sanitária brasileira e compondo o conceito de saúde coletiva como superior e abarcador do conceito de saúde pública.

As necessidades de saúde, trazidas pelos alunos como problema de reflexão crítica no CSP eram debatidas e problematizadas a partir destes conceitos em mutação, que recomendavam a educação popular nos serviços de saúde e o planejamento das ações em saúde com a participação das populações locais, destacando que o povo teria o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento de um sistema de Saúde Comunitária. Com isso, surgiram muitas iniciativas de organização e de formação em serviço que seguiam a orientação dessa política de participação popular. Cabe destacar três

³⁰ Extensa pesquisa realizada por Abraham Flexner nos Estados Unidos e Canadá, publicada pela Fundação Carnegie, em 1910, passando a ser documento de referência à institucionalização da educação médica, regulamentando, a partir daí, todas as formações universitárias em saúde.

experiências desta natureza na história da ESP/RS: Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Unidade Sanitária Vila 1º de Maio e Saúde Comunitária Vila Augusta.

O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, hoje Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) e vinculado à ESP/RS, em 1976 – pioneiramente, mas de maneira quase simultânea à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - iniciou no Brasil o Programa de Residência em Saúde Comunitária. Durante muitos anos, este programa promoveu formação especializada multiprofissional em saúde, realizada em serviço e sob supervisão, no campo da atenção básica em saúde coletiva. Em 1981, com a regulamentação nacional dos Programas de Residência Médica no Brasil, pela Comissão Nacional de Residência Médica, vinculada ao MEC, incorporou o nome de Medicina Geral Comunitária à especialização dos médicos, conjugando-a à especialização multiprofissional em saúde comunitária para os demais profissionais. Em 2002, a especialidade médica passou a denominar-se Medicina de Família e Comunidade por proposição da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, então em renascimento após anos de inatividade, perfilando-se como a especialidade para a prioridade do SUS nacional de provimento de médicos junto ao Programa Saúde da Família. A especialidade foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Comissão Nacional de Residência Médica a partir do consenso sobre as especialidades médicas empreendido em 2001. O programa de formação multiprofissional começou em 1978 e perdurou até 1986 como residência em saúde comunitária. Reiniciou em 1994 e novamente se interrompeu em 1996. Foi retomado com novas bases e finalmente consolidado a partir de 2000³¹, como Residência Integrada em Atenção Básica na Saúde Coletiva (residência médica em medicina de família e comunidade e residência multiprofissional em atenção básica na saúde coletiva). Teve, portanto, duas interrupções, ambas em função de conjunturas políticas da gestão estadual em saúde, quando não eram sustentados projetos de formação de caráter multiprofissional, com isonomia nos programas curriculares e de bolsas de educação pelo trabalho.

O Murialdo, como era e continua sendo identificado, foi concebido como Sistema de Saúde Comunitária, objetivando integrar formação com atendimento cotidiano de saúde às populações de periferia urbana, mantendo-se como “escola” desde 1976. Vinculado à

³¹ Dados obtidos junto ao Serviço de Ensino e Pesquisa do CSEM-ESP/RS.

SES/RS, o Murialdo se constituiu em unidade de referência e postos avançados de saúde (cinco na época de sua implantação). Cada posto avançado tinha um território delimitado, onde eram ofertados *cuidados primários de saúde*, realizados por uma equipe multiprofissional, integrada por servidores do quadro da SES/RS, por agentes de saúde, estagiários de graduação das profissões da área da saúde e por residentes em saúde comunitária (estudantes de especialização em serviço). Sandra Fagundes, psicóloga e residente em 1980, relata em sua dissertação de mestrado que *estavam incluídas nas práticas cuidadoras do Murialdo o incentivo à autonomia das pessoas, utilizando o método pedagógico de explicar e explicitar as situações para as pessoas*, como parte do cuidado e da ampliação da consciência sanitária (Fagundes, 2006, p.34).

A Unidade Sanitária Vila 1º de Maio foi criada por iniciativa dos moradores locais, que construíram o prédio em mutirão, com o apoio da SES/RS. Esta tinha interesse em estender a rede de serviços à periferia de Porto Alegre e contar com um campo de estágio às ações de ensino da ESP/RS. Com aluguel, recursos materiais e pessoal mantidos pelo estado, efetivava-se uma proposta de participação, com possibilidades de intervenção e de atendimento às necessidades da população local. O Sistema de Saúde Comunitária Murialdo configurava um “sistema demonstrativo” com ações de ensino, não pertencendo à ESP/RS. A ESP/RS, por sua vez desejava um centro de saúde-escola para seus programas de formação/demonstração, lugar planejado à Unidade Sanitária Vila 1º de Maio. Aqui os trabalhos de assistência e ação educativa coordenados por profissionais da ESP/RS eram desenvolvidos de forma integrada com outras instituições do bairro e com a população local, mas segundo avaliação de moradores usuários, os serviços prestados ficavam muito restritos à assistência médica e o vínculo se dava somente com os profissionais, não com a instituição (Araújo e outros, 1980).

A Saúde Comunitária Vila Augusta, em Viamão, conforme Ceccim e Freitas (1983), surgiu da iniciativa de um grupo interdisciplinar de estudantes – Grupo Unido de Saúde Pública (Gusp), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1978, ao sentir a necessidade de criar um campo de atuação para vivenciar as concepções teóricas da Saúde Pública/Saúde Comunitária. A partir de reivindicações dos moradores, efetivou-se um convênio entre quatro instituições (SES, Ufrgs, Prefeitura Municipal de Viamão e Assistência Social da Vila Augusta - Asva), para a assistência à saúde, que começou a ser feita no Centro Comunitário de Saúde Vila Augusta. O fato de toda a prestação de serviços

ser voluntária levou a um desgaste do *estágio de vivências* que vinha se tornando serviço público, culminando com a paralisação de quase todas as atividades do Gusp. Posteriormente, a partir de forças reivindicatórias da população, foi instalado um Posto Avançado de Saúde da SES, com características de Unidade-Escola do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho da Ufrgs.

Estas e outras tantas experiências de participação popular, que seguiam a política dos Cuidados Primários de Saúde, o conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial da Saúde – não a ausência de doença, mas o completo bem-estar físico, mental e social - eram objeto de estudo na formação de sanitaristas da ESP/RS. Uma busca de integração ensino-serviço também se colocava. Entretanto, que agenciamentos estavam sendo viabilizados no CSP? Que movimentos de deriva ou de desterritorialização estavam sendo produzidos?

Ceccim (1997, p.29-30), ao problematizar a concepção de saúde como bem-estar biopsicossocial, destaca que, se por um lado significou resgatar os diferentes fatores que constroem a existência humana, também trouxe implicações no sentido de constituir práticas educativo-sanitárias de disciplinamento corporal, intelectual e moral, como se fosse possível, diz o autor, pela aprendizagem de hábitos, a eliminação de problemas de saúde física, mental e social, ou seja, uma naturalização do *sócius* e da subjetividade. As formações mais críticas de sanitaristas preparavam formuladores de políticas de expressão e expansão dos cuidados primários à saúde, mas também críticos da compreensão dos fatores sociais e históricos do processo saúde-doença e formuladores do incentivo à participação da população no setor da saúde.

O CSP, caracterizado como intensivo e regular, foi pensado inicialmente para ser realizado em duas etapas: uma *básica*, com 14 disciplinas (base de dados III e VII), realizada na própria ESP/RS, com a denominação de Curso Básico Regionalizado de Saúde Pública (até 1978) e outra *especializada*, na Ensp, cada uma com 100 dias letivos e 800 horas-aula. Mas, diante da elevada carga horária e da inviabilidade de todos os alunos se deslocarem à Ensp, este Curso Básico foi reconhecido como especialização³². As monografias de conclusão nos primeiros CSP eram basicamente os relatórios dos estágios

³²Aos alunos dos primeiros CSP da ESP/RS, que fizeram a 2ª etapa, foi conferido certificado de outro curso de especialização, na Ensp.

realizados pelos alunos e versavam principalmente sobre avaliação de programas e serviços de saúde, seguido por diagnóstico de saúde (base de dados IV)³³. Estes estágios aconteciam ao longo do CSP, com a participação de professores e grupos de alunos, em lugares de prática previamente escolhidos para o estudo de vários problemas de saúde.

Neste período, de 1975 a 1979, a ESP/RS foi o principal centro formador em saúde pública do sul do país, pois abrigava alunos de outros estados, principalmente do Paraná e de Santa Catarina, que ocupavam 50% das vagas. Funcionava, também, como centro formador de formadores com a vinda de professores de outras instituições do Brasil, principalmente da Ensp, para compor quadros docentes no estado, a maioria vinculado à própria ESP/RS. Ressalta-se que este ensino não estava presente de maneira expressiva na graduação dos profissionais de saúde, por isso não havia quadros docentes com a mesma distribuição da educação superior.

O 5º CSP, realizado em 1979, passou a denominar-se *Curso de Especialização em Saúde Pública*, conhecido como *Curso de Saúde Pública*. O currículo era o mesmo da instituição conveniada, uma vez que a ESP/RS não possuía e não possui ainda, credenciamento junto ao Conselho Nacional de Educação para tal certificação³⁴. Este Curso teve características singulares. Em pleno período da anistia e da volta dos exilados políticos, o CSP teve como professores convidados alguns destacados sanitaristas do cenário brasileiro, tais como Carlos Gentile de Melo, Maria Cecília Donnangelo, Murilo Vilela Bastos e Madel Therezinha Luz, constituindo-se no espaço onde se questionava em profundidade a realidade social e política do país. Este foi o período que marcou o processo de redemocratização do Brasil, mas marcou, também, o início da crise econômica que se arrastou por toda a década seguinte.

Aos poucos, o CSP foi caracterizando-se como um espaço de ensino conhecido por

³³ Ao estabelecer estas categorias, tive apenas a intenção de separar ou procurar, por meio dos títulos, uma categorização que me permitisse verificar, avaliar, vislumbrar por onde andou a produção científica dos CSP da ESP/RS. Dada a impossibilidade de fazer uma análise mais detalhada em relação aos temas propriamente ditos, uma vez que os títulos nem sempre são claros e determinantes da relação do tema, além de consultar o acervo da ESP/RS, recorri a um *informante qualificado*, para uma segunda categorização; ao constatar diferença, busquei esclarecimento nos próprios trabalhos.

³⁴ Em 2000 a Direção da ESP/RS conseguiu credenciamento, junto ao Conselho Nacional de Educação, para certificação de dois novos Cursos de Especialização: em Enfermagem Obstétrica e em Enfermagem Neonatal, por um período de cinco anos e possui credenciamento da Secretaria de Educação Superior (Sesu), do MEC, para três programas de residência médica.

formação de massa crítica. Há que perguntar: estaria dando corpo a outros movimentos, acompanhando outros fluxos, traçando outras coordenadas, explorando brechas e alternativas de atuação? Subvertia a direção única dos fatos, das políticas, fazendo rupturas provocando o instituído?

Tempo II (1980 a 1989)

No início desta década, frustraram-se as expectativas que se acumularam a partir das conclusões da 7ª CNS, realizada em 1980, com o tema *Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos de saúde*. Uma possível renovação do Sistema de Saúde, se daria por meio do PrevSaúde - uma pactuação de ações entre os Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social.

Não havendo êxito nas negociações para a concretização do PrevSaúde, aliado às dificuldades financeiras da Previdência, no ápice da crise, surge em 1982, o Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, denominado Plano Conasp (ação programática proposta pela Comissão Nacional de Administração da Saúde Previdenciária), que institui as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A partir de 1984, um outro projeto começa a ser implantado: as Ações Integradas em Saúde (AIS). Segundo Nunes (1998, p.84-86), a implantação das AIS, foi uma possibilidade de articulação nas três esferas de governo, proporcionando um espaço público de discussão das políticas de saúde, já um caminho para a construção do SUS (base de dados I).

Esta década de 1980 permitiu visualizar um tempo em que se aprofundaram os debates em torno do projeto da Reforma Sanitária, pelo qual se mobilizaram forças e atores sociais, tendo por base, segundo Fleury Teixeira (1988, p.200 a 203), a noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população e crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A luta pela saúde se torna parte importante do processo de luta pela democratização, neste caso direcionada para uma aglutinação mais orgânica em torno de uma estratégia e projeto comuns – a construção do Sistema Único de Saúde.

A conjuntura nacional, nas palavras de Nunes (1998, p.87), era de preparação de uma base técnica e gerencial do setor público para as reformas que viriam. Os processos de preparação e realização da 8ª CNS, em 1986, foram dispositivos fundamentais de mobilização, de participação social e de apoio para os próximos passos de construção do SUS.

O estado do Rio Grande do Sul, neste período da *política de extensão de cobertura*, de 1979 a 1982, passou a incorporar no seu quadro de servidores, os egressos dos CSP da ESP/RS que ainda não eram do quadro da SES/RS³⁵. Pode-se dizer que, nesse período, a ESP/RS vinha profissionalizando os quadros da Saúde estadual, trabalho pensado como gestão setorial, esta pensada como trabalho de sanitaristas.

Foi neste cenário o meu terceiro abandono do ninho - outro momento, outro lugar, outras dobras do tempo, um mundo-outro - o mundo da saúde pública. Eu mal aterrisei na ESP/RS, entrei como aluna no 6º CSP/1980. Era um verdadeiro laboratório de debates e de questionamentos políticos, onde os problemas dos serviços de saúde, trazidos pelos alunos, eram discutidos à luz das idéias dos autores em estudo, articulados com a realidade social e política do estado e do país, sem aquela exagerada preocupação acadêmica com pré-requisitos de progressividade dos conhecimentos. O CSP era um fórum e para os alunos este era o desejável e especial fator de atração.

Deleuze (2000, p.174), ao falar sobre seu percurso como filósofo e professor na Universidade de Vincennes, em entrevista com Raymond Bellour e François Ewald, lembra que, em filosofia ele recusava o princípio da *progressividade dos conhecimentos* e que um curso era uma espécie de *Sprechgesang* (canto falado), mais próximo da música que do canto; lá, um mesmo curso era dirigido a estudantes do primeiro ao último ano, como a não estudantes, a filósofos e não-filósofos, a jovens e velhos, enfim a pessoas de muitas nacionalidades e de muitas profissões. Eram longas sessões, dizia Deleuze, ninguém escutava tudo, mas cada um pegava aquilo de que precisava ou aquilo de que tinha vontade, aquilo que podia aproveitar para alguma coisa, mesmo longe da sua disciplina.

³⁵ Os processos seletivos dos CSP deste período contavam com reserva de vagas para profissionais sem vínculo empregatício ou vinculados a outras instituições do setor privado, por isso, passaram a incluir prova, além da análise do *curriculum vitae* e entrevista.

Processo semelhante identifiquei na formação de sanitaristas que fazíamos: reuníamos prioritariamente profissionais com experiência (pouca ou muita) no campo da saúde pública, das mais diferentes profissões, não só das chamadas profissões da saúde. Incluíamos profissionais jovens, recém graduados e, em alguns dos CSP, profissionais do 3º ano da Residência Integrada em Saúde da própria ESP/RS³⁶. Não contou, conforme lembra Deleuze lá nos seus cursos, com a presença de jovens pintores, músicos e cineastas ou arquitetos que demonstravam uma grande exigência de pensamento, faltou-nos. Entretanto, pelos processos de experimentação e modos de existencialização presentes, pela intensidade extraordinária de pensamento, das intervenções e das críticas *a relação do si com o mundo e com as coisas* passava a ser outra – na provocação e no espaço para a produção de diferenças, produziam-se novos territórios existenciais ou de referência e novos modos de pensar e de trabalhar.

Esta intensa experiência de formação produziu em mim um movimento de deriva, de estranhamento com muitas marcas (diferente de outras formações já realizadas). Marcas que me mobilizaram a buscar intercessores para pensar processos educativos na área da saúde, uma outra aventura de conhecimento. Ali, eu vivia as afecções dos (des)encontros destas duas áreas, na tensão de busca das brechas, nos limites entre territórios, terras estrangeiras que nem imaginava quais e nem como seriam. Marcas que agora vêm carregadas de afetos do tempo.

São estas dimensões de *afectos* e *peceptos* dos conceitos deleuzeanos que interessam agora. Concordo com Deleuze (2000, p.171), ao afirmar que os *perceptos* não são percepções, são pacotes de sensações e de relações que sobrevivem àqueles que os vivenciam, e os *afectos* não são sentimentos, são devires que transbordam aquele que passa por eles (tornando-se outro).

Iniciar minhas atividades como coordenadora adjunta do 7º CSP, em 1981, um convite da direção da ESP/RS, logo após ter sido sua aluna, foi uma mistura de desafio e de perplexidade. Era tudo muito estranho. Eu desempenhava as atividades de forma a atender uma programação acadêmica, seguindo referenciais pedagógicos e metas

³⁶ Com o objetivo de qualificar a formação dos profissionais que realizavam residência nos serviços ligados à ESP/RS, incluindo a habilitação em saúde pública, houve ampliação de vagas no CSP de 1989. A partir de 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 ficou instituído o 3º ano para as Residências da ESP/RS, cujo componente teórico abarcava justamente o CSP.

educativas já propostas e, à medida da necessidade, fazíamos ajustes, acomodações, adaptações às demandas das políticas de saúde vigentes no país e no estado, solucionando problemas e impasses inerentes ao processo. Neste sentido, tudo se passava, concordando com Costa (2000, p.122 e 125), como se tivéssemos uma idéia geral, uma espécie de organograma mental do que vinha a ser a educação em saúde coletiva ou a formação de sanitaristas, que determina uma função educativa, implicando apenas desenvolver as potencialidades dos indivíduos.

De acordo com esta visão, os conhecimentos e valores já estariam traçados antecipadamente, ou seja, tudo deveria funcionar com as especificações, funções e significações dadas *a priori*, apenas, portanto, serem reconhecidas e reproduzidas. Mesmo desestabilizada pelos encontros, potência maior da educação que acontecia, era a insistência da pedagoga-tradicional-em-nós que me apresentou seus mapas, sendo incapaz de cartografar o que pulsava à sua sombra, sem poder cartografar as multiplicidades intensivas que se constituíam pelo sensível, pelos efeitos de diferença, já ativados em mim. A pedagoga-tradicional-em-nós coordenava os seqüenciamentos curriculares, a gestão de cargas horárias, as listas de leituras obrigatórias e complementares, a organização das monografias e o controle das freqüências e notas. A pedagoga-cartógrafa-em-nós espreitava e acolhia os alunos em suas divergências, dificuldades e problemas de seguir *o programa*. O *programa* movia-se pela produção de pensamentos críticos, tão contundentes quanto possível pelo arranjo em fórum e pela escolha pela saúde pública como política e como debate.

Com o apoio da Ensp, alguns avanços foram acontecendo, algumas inovações foram se dando no interior do CSP. Conteúdos organizados em áreas temáticas exigiam uma redistribuição da carga horária, uma vez que as disciplinas de conteúdos mais técnicos possuíam um peso bem maior que as de cunho sociopolítico. Com isso, abriu-se mais espaço para Saúde e Sociedade, o suficiente para que forças da Instituição se manifestassem, retirando a coordenadora e professora desta temática, incluindo vários outros professores, não só do CSP, mas da própria ESP/RS. Estávamos no 8º CSP/1982, ano de muita repressão e, também, de muita luta pela democratização do país. A minha primeira e breve experiência de coordenação interrompeu-se na metade deste ano. O CSP seguiu, marcado por estes e outros silenciamentos que foram gerando muito desconforto entre os alunos e atritos com a instituição conveniada.

O CSP, como curso de especialização, é uma formação *lato sensu*, porém sua carga horária sempre foi muito mais que as 360 horas-aula exigidas pela legislação desde 1983, ficando em torno de 800 horas-aula nos primeiros tempos, tendo chegado a 1.224 horas-aula em 1983 e estabilizado, nos anos 2000, em 640 horas-aula. Além de um grande leque de conteúdos disciplinares da saúde coletiva (já referidos) presentes em seu currículo básico, construído coletivamente com os demais cursos da Ensp, o CSP contava com a possibilidade de ampliação, de acordo com as necessidades das regiões do país em que era oferecido. Chama a atenção a edição de 1980, com 14 disciplinas e 1.120 horas-aula e a de 1983, com a maior carga horária de todas as edições - 1.224 horas-aula (bases de dados III e VII), que, no ano seguinte, teve uma drástica redução, decorrente das orientações do Seminário Nacional de Avaliação dos Cursos de Saúde Pública³⁷, realizado em outubro de 1983, em Nova Friburgo, coordenado pela Ensp.

Este Seminário tinha como principal objetivo redefinir o currículo básico de conteúdos a ser adotado pelos cursos conveniados com a Ensp, nos diversos estados brasileiros. Houve significativa mudança na orientação dos projetos, principalmente na organização dos conteúdos e na redução da carga horária. O CSP da ESP/RS foi estruturado, então, em quatro áreas temáticas agrupadas em torno de um eixo integrador – organização dos serviços de saúde.

Conforme orientações deste Seminário, pretendia-se que a formação do sanitarista estivesse centrada em duas grandes vertentes: a primeira, a compreensão dos limites de sua atuação, uma vez que o objeto de sua prática – a transformação das condições de saúde da população – é determinada na esfera sociopolítica, sobre a qual não teria ingerência como profissional e sim como cidadão; uma segunda vertente, a capacitação e preparo técnico para atuar e elevar o nível de saúde da população nos limites conferidos por sua atividade. Os CSP da ESP/RS, que aconteceram entre 1984 e 1987, tiveram o desafio de garantir uma estreita vinculação com os serviços de saúde, subordinando sua faceta acadêmica às necessidades impostas pela realidade. Estes CSP destacaram-se marcadamente pela integração entre ensino e serviços, mas com comprometimento de perda da autonomia crítica e, portanto, perda de uma formação transformadora do seu desempenho.

³⁷ Barbisan, Aluí e outros. Informe final: grupo de trabalho sobre avaliação e proposta para os cursos de saúde pública. Rio de Janeiro, março/1984.

O 11º CSP/1985, embora tenha incorporado as orientações anteriores, incluindo a organização dos serviços de saúde como eixo integrador, encontrava-se frente a um impasse com a Ensp, gerado por irregularidades efetuadas nos dois últimos processos seletivos³⁸. Com o risco de o atual CSP em andamento ficar sem o direito de certificação pela Ensp, efetuou-se um processo de negociação entre as duas instituições conveniadas, incluindo, em seus termos, a minha volta à coordenação.

Com o fim do regime militar, em 1985, e a instauração da Nova República, o movimento sanitário, com sua origem marcada nos movimentos sociais e acadêmicos, mas articulado com os movimentos de profissionais de saúde, principalmente de servidores públicos e de outros segmentos sociais e governamentais, foi conquistando mais força à medida que pioravam as condições de vida da população e fracassavam as diversas iniciativas ligadas à política de saúde vigente. Juntavam-se ao movimento sanitário diversas outras forças sociais e políticas e multiplicavam-se as discussões e os debates sobre a saúde. Representantes do movimento sanitário passaram a assumir postos decisivos no governo e começaram a viabilizar muitas das propostas feitas ao longo do tempo, em torno de um sistema de saúde de caráter acesso universal e equânime.

Este foi um tempo de muitas crises; foi também o tempo do movimento pelas Diretas já, que abriu caminho para uma crescente efervescência política nos debates ligados à saúde, em destaque pelo movimento sanitário, visando principalmente, à efetivação da 8ª CNS. Esta Conferência, realizada em 1986, dentro de um espírito muito diferente das anteriores, tornou-se conhecida como a pré-constituente da saúde. São estimuladas as pré-conferências municipais e estaduais que se transformam em espaços de participação democrática de representantes de todos os segmentos do setor e da sociedade (base de dados II). Um novo e ampliado conceito de saúde é discutido nesta Conferência e garantido posteriormente na Lei Orgânica da Saúde, de 1990: saúde tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso às ações e serviços de saúde.

³⁸ Incorporação de alguns alunos ao CSP, pela direção da ESP/RS, após o fechamento do processo seletivo.

Saúde também como expressão de luta pela qualidade de vida e sua conquista por meio de políticas econômicas e sociais que diminuam ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos, assim como ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dentro deste contexto da 8ª CNS e de outros desdobramentos, tais como a 1ª CNRH, em 1986, e o Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Reforma Sanitária, em junho de 1987, coordenado pela Abrasco e Ufba, organizamos e realizamos na ESP/RS, o I Encontro Estadual de Especialistas em Saúde Pública, reunindo aproximadamente 100 profissionais, em novembro de 1987. Foi uma programação intensiva de dois dias, com a participação de um professor da Ensp e apoio financeiro da SES/RS; um marco importante na história dessa formação, vivenciado com muito debate, muita troca, interação, construção e produção-por-sensibilidade entre os alunos do 12º CSP (em realização), os sanitaristas egressos da ESP/RS e demais especialistas da área presentes no Encontro.

Com tanta mobilização e luta pela saúde e pela democratização no país, nesta década, as produções científicas dos 10 CSP sinalizaram uma expressiva busca de aprofundamento de estudo em duas temáticas: participação e controle social e vigilância em saúde, com 12 e 14 monografias, respectivamente (base de dados IV). Este foi o Tempo com o maior número de pesquisas em torno da participação e controle social, evidenciando uma preocupação e compromisso dos profissionais de saúde, frente às crises já mencionadas. Foram realizadas, também, duas monografias sobre a própria formação de sanitaristas da ESP/RS, demonstrando o empenho dos profissionais de saúde com a melhoria da qualidade do ensino, tendo em vista sua contribuição para as mudanças nas práticas de saúde.

Hartstein e outros (1983), realizaram um estudo preliminar para diagnóstico do curso de saúde pública do Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar a adequação desta formação às funções dos sanitaristas³⁹ e à prática destes profissionais, na realidade do estado. O estudo foi realizado a partir de documentos de avaliação dos CSP da ESP/RS, tanto os relatórios dos encontros nacionais de avaliação, coordenados pela Ensp, quanto as

³⁹ Uma lista com 33 funções do sanitarista, retirada do Edital para Concurso do Ministério da Saúde, de 1978 (Diário Oficial da União, Seção I, Parte I, de 27/06/1978).

avaliações parciais e finais dos CSP, feitas pelos alunos, professores e coordenação. O estudo mostrou que muitos aspectos do CSP precisavam ser reformulados para atender a abrangência das funções dos sanitaristas. Houve recomendações para alguns ajustes nesta tríade: formação, perfil do sanitarista e prática profissional nos serviços de saúde.

Também em 1983, sob responsabilidade da coordenação do CSP, a ESP/RS realizou um levantamento de dados básicos entre os egressos dos cursos de 1980, 1981 e 1982 que eram funcionários da SES/RS, com o objetivo de verificar o desempenho profissional, os movimentos de inserção destes trabalhadores na instituição e/ou em cargos e funções e sua relação com a formação em saúde pública. A pesquisa revelou que a formação em saúde pública foi um significativo *intercessor* no desempenho das funções dos sanitaristas.

Rauber e outros (1987) estudaram a situação institucional e profissional do especialista em saúde pública formado pela ESP/RS, no período de 1975 a 1986. Esta pesquisa, realizada no auge do movimento da Reforma Sanitária, a partir de um questionário enviado a todos os egressos dos 12 CSP realizados até então, identificou que, no período de 1976 a 1981, houve contratação de sanitaristas pela SES/RS, apesar da inexistência deste cargo no Quadro Geral do estado. O gestor estadual, mobilizado com a vigente política internacional de atenção primária, de participação popular e de expansão dos serviços de saúde, bancou uma política de expansão e qualificação do seu quadro de trabalhadores, passando a incorporar os sanitaristas formados pela ESP/RS, que não possuíam outro vínculo institucional. Por outro lado, nos anos seguintes (1982 a 1986), o gestor estadual suspendeu as contratações e reduziu drasticamente os incentivos financeiros e recursos necessários ao desenvolvimento do CSP. Dentre as recomendações deste estudo destaca-se a priorização da formação dos profissionais já inseridos nos serviços; a necessidade de uma efetiva Política de Recursos Humanos na SES/RS e a realização de concurso público para provimento do cargo criado em 1986.

No período de 1987 a 1990, a ESP/RS assumiu a responsabilidade pela política de formação da SES/RS. Nesta gestão, a ESP/RS fez parceria com três IES do interior do estado, realizando assessoria na construção e no desenvolvimento de cursos de especialização em saúde pública naquelas universidades⁴⁰. Realizou, em sua sede, outros

⁴⁰ Universidade de Passo Fundo (UPF), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí).

três cursos de especialização, em áreas específicas: um de metodologia da pesquisa em saúde; um em planejamento, programação e gerência dos serviços de saúde e outro em epidemiologia, estes dois últimos, também conveniados com a Ensp.

Na função de coordenadora do CSP eu transitava com muitas bifurcações, pequenas vitórias e uma incansável paixão por esta formação. Em 1989, teve início, na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, a primeira das quatro gestões consecutivas de uma frente democrático-popular, a esquerda no governo, que passou a convidar sanitaristas da SES/RS para compor suas equipes de trabalho e a valorizar a formação em saúde pública para os profissionais de seus quadros, incentivando-os a realizarem o CSP da ESP/RS. A regra implícita era um debandar de profissionais da ESP/RS para a Secretaria de Saúde de Porto Alegre, ocasião para mudanças de gestão e territórios mais democráticos de trabalho. Eu, entretanto, alimentava junto aos alunos o meu resistir/persistir, pois o projeto de qualificação do quadro de profissionais da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, passou a ser o meu projeto do período e motivo para continuar na ESP/RS, agora sustentando um novo pensar-sentir-querer, coordenar esta formação por sua aplicação em um projeto imediato de sociedade. Era um projeto de vida que falava mais forte. Apesar da maré contrária e o meu sofrimento em lidar com os entraves institucionais do cotidiano, eu seguia, quase no limite dos possíveis. Questionamentos? Sim: fazer o que gostava e que fazia sentido na luta por possibilidades e conquistas outras? Manter inquietudes? Reconhecer circulação de vida e de capacidade inventiva?

Tempo III (1990 a 1999)

Mesmo tendo sido incorporadas na Constituição Federal de 1988, diversas concepções que orientaram o movimento pela Reforma Sanitária desde os anos 1970, garantindo-as como princípios e diretrizes do SUS, mais detalhadamente na LOS, Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, a partir da Constituição, instala-se, no Brasil o início de um longo e difícil processo de reconfiguração do campo da saúde na atenção, na gestão, na formação e no controle social.

Este Tempo ficou marcado pela enorme crise ética e política que assolava o país no Governo Collor, chegando ao *impeachment* deste Presidente da República, em 1992. O

movimento sanitário, como articulador político pela Reforma Sanitária, conforme Misoczky (2002), sai de cena e a implantação do SUS vai acontecendo parcialmente, mais parecendo um processo administrativo, despolitizado e com tendência a produzir ainda mais desigualdade, ficando muito distante da reversão do pensamento de sistema de saúde assegurado na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Na ESP/RS, vivenciávamos outro silenciamento: para pleitear a autonomia na certificação dos sanitaristas, a direção da ESP/RS não renovou o convênio com a Ensp. Tal decisão gerou um impasse com a coordenação e o corpo docente do CSP, resultando um vazio de dois anos sem oferta de formação. Entendíamos que tal rompimento abriria um cenário de fragilidades para esta formação, tanto internamente na instituição, quanto pela dificuldade de continuar dialogando com outros atores da área, no âmbito nacional. Estávamos diante da necessidade imperiosa de reconfiguração da política de formação dos profissionais e de transformação das práticas de saúde para a construção do SUS, aliados da construção de cidadania no país e luta por um outro modo de vida e de trabalho. Os mandatos populares nos municípios caracterizavam uma esperança política de grandes mudanças. Cabe destacar que cada vez que “sumia” o CSP, esvaziava-se a ESP/RS como um todo.

Tal ruptura desencadeou uma busca de parceria no próprio estado. Iniciou-se, então, em 1992, uma aproximação da ESP/RS com a Ufrgs, por meio do Departamento de Medicina Social (antigo Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho), atendendo aos princípios e diretrizes da nova legislação da saúde, notadamente no que se refere à interinstitucionalidade e à integralidade como possibilidade de interseção para a atenção, a gestão e a reorientação da formação do setor da saúde.

Na tentativa de trabalhar mais intensamente mudanças de práticas e ao mesmo tempo possibilitar a vinda de profissionais do interior do estado, tanto das Delegacias Regionais de Saúde (DRS), hoje denominadas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES/RS, como dos municípios, houve duas grandes mudanças no CSP de 1992: o CSP passou a ser oferecido em semanas alternadas intensivas, com redução da carga horária para 590 horas-aula aproximadamente, quando os anteriores eram realizados em tempo integral, com duração de quase um ano; o CSP foi organizado a partir de um eixo comum de disciplinas (obrigatório) e duas áreas de concentração - uma em Epidemiologia, mais

voltada para a atenção à saúde e outra em Planejamento, Programação e Gerência - onde o aluno optava por uma delas para aprofundamento e realização da monografia; a partir de necessidades implicadas com o seu local de trabalho, pensando na qualidade da atenção e na construção de rede de serviços no SUS. Na prática, todos os alunos sentiram necessidade e realizaram as duas áreas temáticas e não apenas a relacionada com a sua monografia, conforme previsão inicial. O objetivo destas mudanças, era também, provocar mais diálogo entre saberes e práticas de diferentes inserções e produzir, em aula, a desterritorialização e o desenho para as reconfigurações de outras práticas mais eficazes na construção do SUS.

Com estes movimentos, além da riqueza da multiprofissionalidade, passamos a contar com profissionais das diferentes instâncias de ação e de construção do SUS: órgãos da direção estadual e das direções regionais da SES/RS, municípios do interior do estado, e não só da região metropolitana de Porto Alegre como era até então, além de outros órgãos implicados com o setor da saúde, inclusive do âmbito nacional. Por um lado, isso possibilitou ao aluno um trabalho mais intensivo de pensamento e de análise da realidade dos serviços, mas, por outro, a volta ao serviço, após uma semana de estudo na ESP/RS, significava acúmulo de trabalho e recuperação do tempo emprestado ao CSP, com reduzidas possibilidades de cumprir as demandas de estudo, de questionamento e de reversão de práticas inadequadas à construção do SUS.

Sem a interlocução nacional, que acontecia principalmente pelos Seminários de Avaliação⁴¹ de cursos promovidos anualmente pela Ensp, a disputa dentro da ESP/RS, por um projeto de CSP que pensa, questiona e provoca transformação das práticas ficava com pouca força; sem o paradoxo para subverter a flecha única do tempo, o pensar fora das amarras institucionais, do pensamento racional-explicativo, deixando-se saber pelo contato, pelas sensações de descoberta e de aprendizado, pouco acontecia. Muitas das questões que se faziam presentes no cotidiano dos CSP, seguiam com poucos avanços.

Haddad (1994, p.46 e 113) destaca que, projetos de ensino comprometidos com a transformação das práticas e dos serviços de saúde, precisam estar centrados no potencial

⁴¹ Nunca houve um currículo mínimo nacional aos cursos de saúde pública ofertados no país, mas aqueles em rede, como acontecia unicamente com a Ensp, seguiam um ordenamento no seu interior, seja pela unidade interna à rede, seja pela construção de um perfil de formação com identidade ao(s) seu(s) proponentes.

educativo das situações de trabalho dos profissionais, acelerando, assim, as aprendizagens transformadoras, mas como agir - sob as amarras institucionais - com uma nova e necessária dinâmica de trabalho, de forma inventiva na organização das práticas?

Deleuze (1990, p.154 e 167), ao falar sobre o objeto da ciência, que é criar funções, o da arte que é criar agregados sensíveis e o da filosofia que é criar conceitos, nos lembra que a criação se faz em gargalos de estrangulamento e que um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades, ao mesmo tempo cria um possível, pois sem um conjunto de impossíveis não se terá uma linha de fuga, uma saída que constitua a criação.

Segundo Santos (2004, p.287), neste Tempo, podem ser pontuadas algumas conquistas do movimento pela Reforma Sanitária: avanços tímidos na discussão e aprovação das Normas Operacionais Básicas (NOB), sob o autoritarismo federal voltado contra os avanços constitucionais; a realização da 9ª CNS (1992), com dois anos de atraso; consolidação e aprofundamento da diretriz constitucional da descentralização da gestão, com ênfase na municipalização da saúde; expansão da criação de Conselhos de Saúde; extinção do Inamps (1993) e incorporação da sua estrutura ao MS. Vale lembrar, também, o início da implantação dos Programas Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1991, e Saúde da Família (PSF), em 1994; a realização da 10ª CNS, em 1996, que gerou a NOB-RH/SUS⁴², incorporando as demandas políticas da 1ª CNRH dez anos antes, apontando a necessidade de estreitar os territórios das políticas de formação, de gestão e de atenção à saúde.

Após duas décadas formando sanitaristas, o estado realizou, em 1994, o primeiro concurso público para ingresso desses profissionais no quadro funcional da SES/RS, cujo cargo havia sido criado em 1986, com a Lei Estadual nº 8.189/86 (base de dados I). Porém, este concurso, além de limitar-se a três categorias profissionais (medicina, engenharia e arquitetura)⁴³ priorizou a formação de origem do candidato no processo seletivo,

⁴² Documento elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e pela Mesa Nacional de Negociação do SUS, denominado Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

⁴³ A título ilustrativo, lembro que o Decreto de criação da ESP/RS previa preparar profissionais (educação superior) para o desempenho de funções executivas, higiene e saúde pública e aperfeiçoamento em domínios da saúde pública para seus alunos, na formação em saúde pública para médicos e enfermeiros nas áreas materno-infantil, moléstias infecto-contagiosas e saneamento ambiental e para engenheiros nos serviços de saneamento básico e engenharia sanitária.

contemplando pouco a formação de sanitaristas. A decisão de gabinete da SES/RS abrigava e contrariava sua própria história.

Cabe destacar, aqui, algumas singularidades deste Tempo III: observa-se que os seis CSP realizados neste período em convênio com a Ufrgs⁴⁴, registraram a menor carga horária da sua história, com 585 ou 587 horas-aula (base de dados III), ajustando-se às orientações dessa IES. Apesar do vazio de dois anos anteriores, constata-se a mais baixa procura ao CSP, particularmente em 1993, com apenas 38 candidatos. Observa-se, também, a maior diferença entre alunos matriculados e alunos concluintes, o que nem sempre significou evasão, pois alunos que não concluem o CSP no ano do ingresso por ficarem pendentes em alguma(s) disciplina(s) ou mesmo na monografia, têm o direito de matricularem-se novamente e concluí-lo em até dois anos, seguindo a normatização dos CSP da Ensp.

Outra singularidade deste Tempo foi a publicação do livro *Estudos em saúde pública: aspectos do cotidiano*, reunindo 10 monografias de diferentes anos, agrupadas em quatro áreas temáticas: concepções de saúde, saúde do trabalhador, questões ambientais e questões epidemiológicas do cotidiano. Esta publicação, organizada por mim e por uma das autoras, foi uma iniciativa que mobilizou sanitaristas de vários CSP, com o objetivo de potencializar a produção e o esforço dos autores em mostrar que é possível interagir com os serviços de saúde, fazendo do seu cotidiano um contínuo pesquisar, superando os entraves dos trabalhos em equipe e avançando no fazer ciência coletivamente, tendo em vista a construção do SUS (Lima e Armani, 1996).

O CSP de 1996, por solicitação da direção da SES/RS, foi organizado e desenvolvido a partir de critérios bem delimitados de seleção⁴⁵, com um único tema de pesquisa monográfica⁴⁶: perfil de morbidade hospitalar no SUS/RS, em 1995, a partir do extenso banco de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH/SUS), com

⁴⁴ Durante três anos a titulação dos sanitaristas foi feita somente pela Ufrgs e, depois, por mais três anos, até 1997, um convênio tripartite com o retorno conveniado da Ensp. Em dois deles obteve-se recursos financeiros junto ao CNPq, incluindo cinco bolsas para alunos sem vínculo institucional.

⁴⁵ O Curso foi direcionado, sobretudo, para profissionais da rede estadual de saúde, com, no mínimo, cinco anos de exercício, e sem estar em desvio de função, reservando poucas vagas para profissionais de outras instituições da área da saúde.

⁴⁶ As outras três monografias que constaram deste ano (base de dados IV), foram de alunos de cursos anteriores que concluíram com esta turma.

aproximadamente 600.000 naquele ano. Este CSP foi um processo ímpar, aparentemente caótico, múltiplas atividades iam acontecendo simultaneamente, efetuadas por subgrupos e depois agregadas ao corpo da pesquisa. Os impasses que iam surgindo, inclusive das dificuldades da produção coletiva do conhecimento com 24 autores, eram discutidos e resolvidos ao longo da pesquisa. Representou uma ruptura nos padrões tradicionais de realização de monografias, mobilizou afetos, diferentes aprendizados, produziu uma resposta à demanda institucional e resultou em um artigo publicado (Meneghel e outros, 1997). Para o CSP do ano seguinte, embora com solicitação do gestor estadual, agora para pesquisar sobre morbidade ambulatorial em alguns municípios do Rio Grande do Sul, conseguiu-se negociar a volta da liberdade de escolha quanto ao tema de estudo e a oportunidade de pesquisar, também, outros dois assuntos: gestão em saúde e violência em saúde, atendendo aos interesses e necessidades dos alunos oriundos de diferentes realidades dos serviços.

Segue em destaque, neste Tempo, a temática *promoção e educação em saúde*, com 10 monografias em seis CSP, *vigilância em saúde* com 8, consolidando-se, a partir de 1992, a temática do *planejamento e organização da atenção e/ou gestão em saúde* com 7, mantendo-se presente em todas as turmas, o que mostra uma preocupação e mobilização em relação à construção de sistemas de saúde e à construção de caminhos à melhoria da qualidade de vida e de saúde da população na formação dos sanitaristas. O CSP de 1992 e o de 1994 obtiveram um aumento no número de monografias por turma, 9, em relação às demais turmas do período (base de dados IV).

Em 1994 foi realizada uma terceira monografia sobre a formação de sanitaristas, mais especificamente sobre a situação profissional do especialista em saúde pública formado pela ESP/RS no período de 1987 a 1993, portanto, uma continuidade da pesquisa do grupo de 1987. Kley e outros (1994) buscaram avaliar a qualidade da formação associada à realidade de trabalho. Realizada a partir de uma amostra de 72 sanitaristas, chama a atenção alguns dados, tais como: 91% dos sanitaristas pesquisados procurou o CSP por iniciativa exclusivamente pessoal, portanto, sem incentivo do gestor; quando questionados se esta formação correspondia aos interesses das instituições onde trabalhavam, 61% disseram que *não, porque os gestores consideram o sanitarista muito questionador, eles querem profissionais somente para operacionalizar, não existindo vontade política para mudanças*. Entretanto, 79% modificaram suas atividades após o CSP,

assumindo mais responsabilidade de gestão, ocupando cargos de chefia e até de gestão de secretarias municipais de saúde. A partir das opiniões dos pesquisados, o grupo construiu um perfil do sanitarista: profissional especialista em saúde pública, com conhecimento sobre saúde/doença, trabalho em equipe multiprofissional, capaz de diagnosticar, planejar, avaliar e executar ações de saúde nos âmbitos da prevenção à cura de doenças da população.

Um perfil de sanitarista conhecedor das *funções essenciais da saúde pública*⁴⁷, portanto funções da sua competência, mas demasiado comprometidas com padrões de certeza e com o paradigma sociocultural vigente para permitirem a emergência de inovações. Uma busca de inovações, segundo Ferla (2004a), exigiria um outro olhar (mais sensível) para a clínica em saúde, outras possibilidades epistemológicas, políticas e sociais. Um olhar com competência fisiológica para o visível dos sinais e sintomas, mas também capaz de produzir visibilidade às condições subjetivas e experiências da vida das pessoas, diz o autor.

Em 1998, ainda no mesmo governo, vivenciou-se mais um silenciamento – fim do convênio tripartite, por não haver concordância da ESP/RS com o critério sugerido pela Ufrgs, de repasse de custos (cobrança) a alunos não vinculados à SES/RS. A partir daí, a Ufrgs passou a oferecer regularmente o seu próprio curso. Na ESP/RS, não havendo CSP e nem previsão orçamentária para o próximo ano, o primeiro ano do novo governo também ficou sem esta formação. Tendo em vista a valorização desta formação, projetada pelo governo no poder, a própria direção da SES/RS viabilizou e financiou algumas vagas para profissionais do seu quadro, junto ao curso da Ufrgs, em 1999. Era um modo, segundo seu diretor, de iniciar a gestão com a oferta de formação em saúde pública, formação assegurada nos quatro anos da nova gestão, com o esforço de caracterizar essa formação em eixos curriculares, de pesquisa e de produção de atos coletivos na implementação do projeto nacional de reforma sanitária e implementação do SUS.

⁴⁷ As Funções Essenciais da Saúde Pública representam um esforço da Organização Pan-Americana da Saúde em definir o papel das Escolas de Saúde Pública na América Latina e os atributos da Educação em Saúde Pública. São Funções Essenciais da Saúde Pública, agrupadas em quatro conjunto de práticas sociais: a) construção de ambientes saudáveis e controle de riscos e danos à saúde coletiva; b) desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura de vida e saúde; c) construção de cidadania e de capacidade de participação; d) atenção às necessidades e demandas por serviços de saúde e intervenção sobre riscos e danos coletivos à saúde (Opas, 1998, p. 16 e 17; Paim, 2006, p. 102).

Tempo IV (2000 a 2004)

Neste Tempo, ao ser invadida por outros-em-nós, fui forçada a pensar, a sentir e a agir na aventura do conhecimento, no estranhamento, nas incertezas, apostando que o crescimento é mais importante que o conforto. Algo como tornar-se pouco a pouco, como sugere Nietzsche (2003, p.15, 2001) em sua teoria da *grande saúde*, capaz de fazer valer sua máxima de que o que não me mata me fortalece, usando como material de crescimento, enriquecimento e fortalecimento as vicissitudes encontradas no exercício das funções acumuladas naquele momento: direção adjunta da ESP/RS, coordenação do CSP e direção política no governo democrático-popular estadual.

É um Tempo de muita invenção no setor da saúde no Rio Grande do Sul. Passou a ser prioridade, na SES/RS, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores e atores sociais, assumida pela ESP/RS como um projeto político-pedagógico de educação em saúde coletiva no contexto das reformas setoriais e das demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais exigidas pelo SUS. Um conjunto de ações e projetos foi sendo criado e construído, de forma articulada e solidária com outros atores e instituições (Nuresc, Pólo, VER/SUS, RIS, já mencionados anteriormente). Além destes, outros dois desafios colocaram na roda diferentes atores para pensar juntos e atuar articuladamente: o *Fórum de Educação Popular em Saúde*, junto ao controle social, na formação de lideranças sociais para a gestão de políticas públicas e na formação de conselheiros de saúde e a *Formação Solidária em Saúde*, aproximando a educação superior à educação permanente dos trabalhadores em saúde. O projeto Formação Solidária em Saúde, criado pela Resolução CES/RS nº 23, de 28 de fevereiro de 2001, tinha por objetivo a interação entre o gestor do SUS e a educação superior, dando apoio às IES, participantes do Pólo e parceiras nos projetos de ensino, pesquisa, extensão e documentação. Tal apoio era formalizado por meio de convênio, incluindo critérios para repasse de recursos financeiros aos projetos orientados pelas prioridades locorregionais, regionais e macrorregionais de melhoria da gestão e/ou da atenção à saúde no SUS/RS (Ceccim e Armani, 2002, p.156).

À medida em que as possibilidades iam surgindo, novos projetos iam sendo realizados, mesmo em condições não muito favoráveis, com disputas políticas, dentro e

fora da própria SES/RS. Esta foi uma opção política da direção da ESP/RS, na gestão de 1999 a 2002, para bancar uma educação em saúde coletiva como obra transformadora e operadora de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e coletivos organizados para a produção em saúde. Não se tratava simplesmente de negar formas ou estruturas para viver o acaso, o improvisado, mas de articular as dimensões micropolíticas das práticas de saúde. Deleuze e Guattari (1980), estabelecem dois modos de apreensão e análise do real: o eixo micro, que constitui o pólo ativo dos conjuntos sociais, maquínico, de formações moleculares e o eixo macro que aponta para as formações molares e as significações totalizantes. É o primeiro que nos possibilita alternativas de movimentos criativos e inventivos, de ativação de autorias, autonomia e protagonismo.

Inúmeras Conferências de Saúde foram realizadas: regionais, estaduais e nacionais. A 11ª CNS, em 2000, foi marcada pelo esforço de avançar o controle social para superar os obstáculos à efetivação do SUS, que cresceram na década anterior, tanto na organização da atenção à saúde, quanto no plano financeiro e de políticas públicas da globalização neoliberal. O processo de realização da 12ª CNS, em 2003, com a chamada *Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos*, foi um grande desafio de mobilização, de qualificação dos debates e de participação descentralizada no âmbito das três esferas de governo. O Rio Grande do Sul destacou-se nesta luta: nos anos de 2000 e 2001 foram realizadas 38 conferências regionais e entre 2000 e 2003 quatro conferências estaduais, uma a cada ano, totalizando 42 conferências de saúde (incluindo as conferências temáticas, destacando-se a de saúde mental por sua intensa mobilização e participação vinda dos trabalhadores de saúde mental), sem contar as municipais que também aconteceram na ampla maioria dos municípios (base de dados II).

O Centro de Saúde-Escola Murialdo, vinculado à ESP/RS, é destacado a partir de 2000, com uma proposta inovadora: não a de uma unidade de aplicação das teorias educativas em saúde coletiva (unidade-escola tradicional), mas de um centro de saúde, por si mesmo escola, isto é, a defesa de que a formação, mesmo especializada pode e deve realizar-se em serviços da atenção básica à saúde. A Residência Integrada em Saúde foi seu carro-chefe. Foi neste ano que a unidade de saúde passou a designar-se CSEM. O plano, segundo relatava o diretor da ESP/RS, era o de reconstituir nas unidades básicas de saúde a condição de “escola do SUS”, assim como as universidades citam seus hospitais. Retomou-se o caráter multiprofissional da formação especializada em serviço, passando a funcionar

com um currículo comum para as diferentes profissões, havendo, no entanto, ensino de saberes e práticas conforme os núcleos de especificidade de cada profissão participante (com tutoria no cotidiano da Residência), sem que houvesse com isso, necessidade de formações independentes. O ensino em serviço, sob supervisão, visava à formação de profissionais em áreas de especificidade, mas também para práticas inovadoras de gestão e de organização da atenção, utilizando referenciais da política de educação permanente em saúde e do desenho tecnoassistencial de defesa da vida.

O CSP voltou à regularidade de oferta na ESP/RS em 2000, reavivando o convênio com a Ensp, agora com novas bases: o CSP passava a ser oferecido em conjunto, ambas as instituições certificando o aluno e efetuando a formação. Ampliou-se significativamente a autonomia da ESP/RS na gestão oficial e real do CSP e passou-se a observar um acentuado aumento na procura pelo CSP (base de dados III); primeiro por ter sido interrompido por dois anos, mas também pela própria mobilização e empenho dos governos e da sociedade pela construção do SUS.

Nesta 22ª edição do CSP houve uma profunda reorganização curricular, fixação da carga horária em 640 horas-aula e a opção pela designação *formação de sanitaristas* (convite ao trabalho e não à titulação), visando às práticas inovadoras de gestão e de organização da atenção, utilizando, também, referenciais da política de educação permanente em saúde e da vertente de estudos em saúde coletiva designada por *Defesa da Vida*. Foi o CSP com o maior número de inscritos em sua história (base de dados III), e passou a contar com novos e importantes conteúdos necessários à formação de sanitaristas para o SUS, tais como: *história, memória e informação em saúde; direito à saúde; ética e bioética e estratégias tecnoassistenciais em saúde*, esta última atendendo ao chamado de reversão da matriz de pensamento e prática, também na formação.

Uma grande independência do CSP da Ensp, em que pese sua negociação direta com a direção daquela escola. Nesta direção, a ESP/RS deixou de ofertar um curso em parceria com a Ensp para ser parceira daquela escola em projetos nacionais e internacionais. Cabe lembrar a participação da ESP/RS na construção do Sistema de Acreditação Pedagógica, especificamente para a qualificação da formação *lato sensu* em Saúde Pública, já explicitado. O CSP passou a ser realizado a partir de dois eixos que transversalizariam as disciplinas e orientariam as monografias, tornando-se assim, suas

linhas de pesquisa e que permanecem até o momento. Ainda com o intuito de melhor qualificação dos profissionais, disciplinas complementares passaram a ser oferecidas, de forma optativa, como: *informática; matemática em trabalhos acadêmicos; português em redação científica; e técnica de busca e uso da informação bibliográfica.*

Para atender uma demanda reprimida de profissionais com pouca flexibilidade de liberação de carga horária, o CSP passou a ser oferecido em finais de semanas alternados (quintas e sextas-feiras e sábados), com várias semanas cheias (segunda a sexta-feira). Esta modalidade atendeu às necessidades da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)⁴⁸ e dos municípios que contavam com poucos profissionais especializados em seus quadros, requerendo formação para sustentar projetos de atuação técnico-profissional. Tendo em vista a valorização de seus servidores, a direção da SES/RS passou a viabilizar uma ajuda de custo para profissionais lotados nas CRS da SES/RS do interior do estado, selecionados para o CSP.

Nos anos de 2000 a 2002, a ESP/RS passou a oferecer outros cursos de especialização, em áreas prioritárias para o SUS: odontologia em saúde coletiva, gestão em saúde com ênfase em sistemas e serviços, gestão hospitalar, epidemiologia, enfermagem obstétrica e enfermagem neonatal, estes dois últimos credenciados diretamente com o MEC, por um período de cinco anos, conforme mencionamos anteriormente, e tendo em vista a inversão de modelo assistencial na área materno-infantil, onde crescem as cesarianas com impacto nos indicadores de saúde pública. Os demais eram realizados em convênio com diferentes instituições no estado. Mesmo com a ampliação de oferta de outros cursos de especialização, a formação de sanitaristas continuou sendo uma referência importante para os profissionais de saúde, muitas vezes confundida com a própria ESP/RS. Com frequência, por ocasião das entrevistas nos processos seletivos, os candidatos verbalizavam que, fazer a Escola (ESP/RS) era um sonho para a maioria dos profissionais de saúde que trabalha no interior do estado, quase sempre muito difícil de ser realizado.

Em 2002, realizou-se pela primeira vez na SES/RS, um concurso público para

⁴⁸ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2000, pleiteou e obteve junto ao CSP 10 vagas para que profissionais do seu quadro obtivessem a formação e titulação coerentes com o estatuto da Agência, incluindo subsídios financeiros. Cumpre destacar que a criação desta Agência reguladora, mediante a Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, se deu no contexto do SUS e da Reforma do Estado, no governo Fernando Henrique Cardoso, para execução de atividades regulatórias do setor privado comercial.

provimento do cargo de sanitarista sem restrição de categoria profissional e com critérios que contemplavam as especificidades desta formação, numa tentativa de qualificar o quadro de servidores. Tendo em vista a necessidade de mudanças na política de gestão e de organização da atenção em saúde, o conceito de sanitarista foi amplo o suficiente para acolher formações pós-graduadas do *lato* ao *stricto sensu*, cujo resultado final do currículo profissional reunisse saúde coletiva e humanidades. Neste período, tivemos o investimento na formação de sanitaristas e na lotação de sanitaristas nos quadros da gestão estadual do SUS. O conjunto da política de formação e desenvolvimento estava designado como educação em saúde coletiva (Ceccim e Armani, 2001), ganhando esta área, pela primeira vez, o sentido de política finalística da gestão em saúde.

Este é um Tempo singular, principalmente pela tentativa de recuperar o caminho de lutas da construção do SUS, uma vez que muitos dos atores do movimento sanitário estavam ocupando cargos políticos no setor da saúde, primeiro na SES/RS e depois no Ministério da Saúde, apoiando e assumindo responsabilidades de coordenação na formação dos profissionais desta área e na gestão do SUS. A gestão estadual criou uma política de cooperação financeira e técnica aos municípios em lugar de programas de financiamento e cobrança de resultados de planejamento normativo, designada por Gestão Solidária, a política cumpria determinação legal de descentralização do poder, dos recursos financeiros, do gerenciamento e da regulação das ações e serviços de saúde (Ferla e outros, 2002, p.15). Com a publicação *Atendimento integral como escuta da gestão do SUS*, Ferla, Ceccim e Pelegrini, (2003), interpretam a integralidade como eixo, não só da atenção, como da gestão em saúde, possibilitando inovações nos conceitos e nas práticas de gestão institucional, com a incorporação da gestão solidária (descentralização da gestão e regionalização da atenção), municipalização solidária (SES/RS e municípios com repasse financeiro fundo-a-fundo) e saúde solidária (SES/RS e prestadores de serviços).

Na ESP/RS foi criado o Ceids, transformação da biblioteca em um serviço de informação bibliográfica e documental condizente com a variada gama de responsabilidades institucionais, com ações propositivas para dar conta do embasamento teórico-reflexivo e referencial científico e tecnológico, na abrangência de atuação da SES/RS e, interinstitucionalmente, na ambiência dos demais centros formadores em saúde pública do país. Foram assumidas ações desde a política de renovação do acervo até operações de captação e acesso de fontes de anos, além da assinatura de periódicos,

organização e disseminação da informação técnico-científica em saúde, linha editorial, linhas de pesquisa, resgate da memória e da história institucional da SES/RS. O compromisso de produção e de divulgação do que foi inventado e construído no período precisava de veiculação. Foram sete publicações entre 1999 e 2002: duas Revistas Divulgação em Saúde para Debate, junto com o Cebes; dois livros na Coleção Escola de Gestão, co-edição Escola de Saúde Pública/RS e Editora Dacasa, um com o foco na gestão, denominado *Tempos de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul* e outro com o foco na atenção, *O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*; e três revistas Boletim da Saúde (publicação da ESP/RS que estava interrompida desde 1986 e que lançou os volumes 14, nº 1, 1999-2000; volume 15, nº 1, 2001 e volume 16, nº 1, 2002).

Voltando aos dados, na base IV, nota-se neste último Tempo, um grande aumento no número de monografias e uma ampliação de foco na produção científica, destacando-se outras temáticas quando novos conteúdos e problemas se fizeram mais presentes nos sistemas e serviços de saúde e, conseqüentemente, no CSP. Isto pode ser explicado por um pequeno aumento no número de alunos matriculados e concluintes (base de dados III), mas principalmente, pelas alterações produzidas nesta formação, conforme explicitado anteriormente, pelo maior número de municípios representados e pelo incentivo do próprio CSP em acolher as necessidades de pesquisas de interesse local (secretarias municipais), regional (CRS) e estadual, trazidas pelos profissionais. Com isso, o CSP passou a ter mais monografias realizadas individualmente e menos em grupo, deixando de priorizar, entre outros critérios, a multiprofissionalidade na pesquisa, mas a riqueza de produção na diversidade⁴⁹.

Ganhou ainda mais destaque a *promoção e educação em saúde*, temática presente desde 1988, com exceção de 1992, mas com acentuado crescimento a partir de 2001, culminando no último ano com 15 das 30 monografias da 26ª turma, computando um total de 35 monografias nos cinco CSP deste Tempo. Outras duas temáticas mais frequentes neste último Tempo foram, *vigilância em saúde*, com um total de 19 monografias e a de *planejamento e organização da atenção e/ou gestão em saúde* com um total de 13 monografias (base de dados IV). Concordo com Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003, p.62), ao

⁴⁹ Exceto os CSP de 1996 e 1997, conforme explicitado no Tempo anterior.

acreditarem que a prática pode ser um exuberante território para produzir outras, mais potentes e renovadas teorias, fortalecendo a formação e permitindo transversalidades inovadoras. Assim, o CSP, mesmo não sendo uma formação em serviço na concepção da educação permanente em saúde, acolhe e trabalha com o potencial educativo das práticas, implicando-se com uma aprendizagem inventiva e transformadora, de ruptura ao instituído, apesar das amarras institucionais.

Ao concordar com Guattari (1992) quanto a não haver um caminho ou um mundo dado, mas um caminho em construção ou mundo se dando por nossos atos, então, a história que passou é produção e é devir; posso mudá-la com novas dobras, vendo com um outro olhar o que está aí, com agenciamentos sensíveis em outros dobramentos possíveis, a partir de intercessores que nos são dados - estes agentes de introdução da diferença que possibilitam a criação nos atos terapêuticos (atos de cuidado, escuta e tratamento), como afirma Ceccim (2004, p.275) e a criação nos atos políticos em defesa da vida. O autor destaca três intercessores obrigatórios (interfaces, fatores de exposição) à formação em saúde: a alteridade com os usuários, a prática de saúde como afirmação da vida e a experimentação em equipe. Afirmação da vida entendida, segundo o autor, como cuidado, tratamento e escuta como potências de invenção, como constituição de sentidos expansivos da vida e das aprendizagens para auto-produção de si e do mundo, que retomaremos no próximo capítulo. Mas é a experimentação em equipe que pode possibilitar uma nova e necessária dinâmica de trabalho, de forma inventiva na organização das práticas. Estaria aqui um grande veio de processos de mudança, de linhas de fuga na formação de sanitaristas?

Nesta perspectiva, diante do reconhecimento da complexidade das necessidades de saúde, o trabalhador deixa de ser o especialista que faz a sua parte num ato terapêutico e passa a interagir com outros profissionais em uma equipe de trabalho. Conforme vimos no I Encontro Acadêmico do EducaSaúde, Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, criado em 2005 pela Faculdade de Educação da Ufrgs, abarcando as produções de mestrado e doutorado em Educação, com a temática *Trabalho multifrofissional em saúde*, apresentada pela sanitarista paulista Marina Peduzzi (ver Peduzzi, 2001) as competências para um trabalho em equipe não estão dadas, de modo algum, pela formação/graduação do profissional, mas pelos desafios a que os profissionais em serviço se sentem convocados. O I Encontro Acadêmico do EducaSaúde ocorreu na

Faced, em 29 de agosto de 2006. Compartilhar objetivos e ações nem sempre significa interação ou integralidade no trabalho, esta é uma construção em ato, uma experimentação em equipe. No trabalho em saúde, apesar de sempre existir uma lógica instrumental – o resultado – há, também, uma lógica estratégica de intervenção na incerteza. E aqui, em cada situação, há que se criar e construir, colocando-se em situação de aprendizagem, trabalhando com o não saber, cotejado com a organização dos serviços sob a perspectiva usuário-centrada. Neste sentido, os CSP, tal como um laboratório de aprendizagem, têm convocado a um olhar diferenciado para o processo de trabalho, possibilitando outros movimentos, outros fluxos, outras experimentações que provocam o instituído, que mudam a direção única dos fatos e das políticas.

Cabe lembrar que esta história da formação de sanitaristas da ESP/RS decorreu também do diálogo com informantes qualificados (anexo I), diferentes atores que contribuíram, não só na complementação de dados, alguns inexistentes na própria instituição, mas também, com críticas e sugestões, colaborando com a eliminação de obstáculos epistemológicos na busca de possibilidades de uma leitura sensível, neste campo de interfaces entre saúde coletiva e educação e no meu compromisso ético-político de dar expressão à produção-por-sensibilidade.

Neste momento da expedição, sinto-me, ainda, como Fra Mauro (Cowan, 1999 p.117) ao perceber que o seu mapa lhe absorvia pelo que não revelava, pela ausência, pelo vazio, pelo não incluído dentro de suas margens. Reafirmo que quero fazer justiça às sensações que venho experimentando nesses vales férteis dos CSP, não só desenhando contornos do mundo conhecido, mas encetando discussões sobre seus afetos, desdobrando-as, esticando-as, dando visibilidade aos movimentos instituintes dos processos educativos que são do plano da subjetivação, do invisível, das possibilidades e das potências de invenção de si e do mundo⁵⁰.

⁵⁰Quero lembrar, ainda, nesta metáfora construída a partir da obra *Meditações de Fra Mauro*, o que dizia este monge: *estou à procura de novas idéias e visões. Não quero afirmar o que já sei. Cada mapa que desenho é feito tanto com as informações que recebi de visitantes à minha cela, quanto com as minhas idéias, inspiradas por seus conhecimentos e, freqüentemente, por seus comentários preciosos e fantásticos* (Cowan, 1999, p.25-29).

Reconciliações de tempo: subjetividades sanitaristas e a Educação em Saúde Coletiva

“...se queremos dar conta da invenção de problemas, é preciso dirigir a investigação para as bordas da cognição ou, nos termos de Deleuze e Latour, trata-se de pegar a cognição pelo meio, pelo que ela possui de rizomático, e não de estrutural. Só nessa região podemos encontrar a força que produz a problematização, ou seja, a gênese da intuição”.

Kastrup (1999, p. 106)



Persistência da Memória, 1931.

Óleo sobre tela, 24 x 33 cm.

Nova York, *The Museum of Modern Art*.

Segundo Dalí, a idéia de “relógios moles” lhe ocorreu ao comer queijo *camembert*.

Este motivo reaparece em muitos de seus quadros posteriores.

Mergulhada na convocação de pensar e problematizar a formação em saúde pública como política de subjetivação sanitarista e orientação para o Sistema Único de Saúde (ou

para a Saúde Coletiva) - uma escolha pela dimensão ético-estético-política - tanto no processo institucional, quanto individual e de produção de coletivos, trago a cidadania e a alteridade como fios tecedores e reconciliadores da saúde pública com a integralidade da atenção à saúde na educação em saúde coletiva. Mais uma munição para o meu medo-dispositivo: *apesar de* muito pouco se falar sobre a clínica nos estudos sobre a educação em saúde coletiva, vou interpretar a formação generalista de sanitaristas na contemporaneidade como encontro da saúde pública com a integralidade da atenção à saúde. Falo do generalista em saúde pública porque as subáreas de formação de sanitaristas, como a vigilância sanitária (de alimentos, de medicamentos, de tecnologias, de serviços etc.), a saúde ambiental (águas, vetores, zoonoses, agrotóxicos etc.), a administração de sistemas e serviços de saúde, a epidemiologia e a socioantropologia da saúde, entre outras divisões e subdivisões no interior de cada subárea de conhecimento específico da saúde coletiva, podem gerar processos de formação subdelimitados e mesmo superespecializados. Aceito, portanto, a existência de um sanitarista generalista e de sanitaristas subespecialistas, conjugando saúde pública com o exercício da clínica e exercício da clínica com saúde pública. Valho-me de autores como Gastão Wagner de Souza Campos (Saúde Paidéia), Emerson Elias Merhy (Projeto Terapêutico Usuário-Centrado) e Ricardo Burg Ceccim e Alcindo Antônio Ferla (Linha de Cuidado na imagem da mandala). Exploro o conhecimento teórico em saúde coletiva e a contextualização da realidade para uma *escuta pedagógica* ao trabalho em saúde e à participação na produção de responsabilidade e de resolutividade do sistema de saúde, acho que saúde pública e clínica não mais se dissociam na prática generalista do clínico ou do sanitarista (o único trabalho nestes termos, até o momento, é o constante da tese de doutorado de Alcindo Ferla: Clínica nômade e pedagogia médica mestiça).

O cientista social Edmundo Granda, por ocasião de um evento sobre os 13 anos da Reforma da Saúde no Brasil, realizado em 2001, pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento da Gestão em Saúde (PDGSAúde), da Escola de Administração da Ufrgs, em comemoração aos seus 10 anos, ao falar sobre *Integralidade: qual seu significado afinal*, dizia que não há integralidade constituída, mas, sim, um movimento na diversidade. Afirmou que aquilo que nos une são os produtos que nós produzimos e que um processo de integralidade não é algo assegurado. Toda integralidade, dizia ele, é uma criação, ela não está dada e o fundamental é a sua força ética e política. Não podemos construir uma

integralidade ideal, mas, sim, uma integralidade possível, com escuta aos atores sobre necessidades e demandas.

Mattos (2001, p.61) destaca e problematiza três grandes conjuntos de sentido ao princípio da integralidade da atenção à saúde: o primeiro conjunto se refere a características de orientação das práticas dos profissionais de saúde; o segundo trata dos atributos da organização dos serviços e o terceiro diz respeito à organização das políticas, que devem ser operadas articuladamente, implicando uma recusa ao reducionismo, à objetivação das pessoas e até uma afirmação da abertura para o diálogo e para a alteridade com o usuário no SUS.

No sentido da orientação de práticas dos profissionais na integralidade da atenção à saúde, cabe destacar a importância da apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, tanto individuais, quanto coletivas. É importante considerar que a noção de integralidade se manifesta de forma diferente em cada pessoa, no modo de vida de cada um. Há que se compreender os contextos, conversar com o usuário sobre seus medos, seus desejos, seu sofrimento. Há que se assumir plenamente a responsabilidade pelo acolhimento e pelas ações, mas reconhecendo, respeitando e incentivando a autonomia do usuário (cidadania e alteridade).

Frente a tal complexidade, Ruben Mattos⁵¹ pergunta: é possível ensinar integralidade? Como resposta ele destaca que, se integralidade é anseio da população, se queremos ser atendidos desta forma, se é atributo das boas práticas em saúde, então é imprescindível examinarmos a nossa prática docente e ver se estamos formando profissionais neste sentido. Precisamos refletir se no cotidiano estamos produzindo atitudes para olhar além do ponto de vista da doença. Mattos faz um convite: se estas idéias fazem sentido, então é necessário experimentá-las. *Ah, mas é sonho, é utopia? Sim, mas utopia de possibilidades*, diz ele, *porque já está se concretizando. Nas práticas em muitos lugares já encontramos um pouquinho de integralidade*. Para o autor, conseqüentemente, podemos nos lançar com esta causa na formação, falar mais, gerar mobilização e pensar coletivamente num amplo e solidário esforço de engajamento.

⁵¹ Ruben Mattos, em palestra sobre *Integralidade como conceito estratégico no SUS: práticas de saúde e de ensino*, representando o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, no *Seminário nacional sobre o SUS e as graduações na área da saúde – Aprender/SUS*, do Ministério da Saúde, em 21/07/2004.

Caberia, então, aos centros formadores, a responsabilidade com uma formação que atendesse a essas necessidades, onde a relevância não estivesse no conhecimento em si, mas nas mudanças contextualizadas que o conhecimento permite realizar, superando um modelo médico-centrado ou procedimento-centrado para uma noção de atenção integral à saúde, gerando a mobilização de ações nesta direção.

Merhy (1997, p.252-257), convoca a invenção de novos dispositivos institucionais - gestão colegiada, vínculo, contrato de gestão, entre outros - novas maneiras de ensinar, de avaliar e de supervisionar o trabalho em saúde. Tratar-se-ia, portanto, afirma o autor, de buscar a criação de dispositivos concretos que reforcem a construção de um novo tipo de compromisso entre os profissionais e a produção em saúde, onde a defesa da vida se constitua componente obrigatório do campo de responsabilidades de todos - trabalhadores, equipes, serviços e sistemas de saúde. Neste sentido a defesa da vida deveria funcionar como uma marca, um caminho, um dos eixos estruturadores do projeto de construção de um sistema público de saúde, base onde os cidadãos poderiam apoiar-se para enfrentar as contingências e determinações histórico-estruturais, diz o autor.

Sob esta perspectiva, Ceccim e Ferla (2006), como já mencionamos, sugerem uma mandala como recurso didático, para o ensino da integralidade na educação dos profissionais de saúde. A partir de diagramas singulares em rede (satisfação das demandas dos usuários), uma hierarquia horizontalizada, onde um rizoma formaria uma rede como malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva (conforme cada próximo encaminhamento necessário), mas em uma trama com ligas e conexões. Assim, por meio da construção de Linhas de Cuidado, construir-se-ia um caminho para dar conta da organização, da gestão e da atenção à saúde.

Integralidade da atenção à saúde e defesa da vida seriam, então, duas grandes marcas de reorganização da saúde pública/saúde coletiva para a produção de sentido na formação de sanitaristas, ampliando a capacidade de análise e de intervenção destes profissionais. Estabeleço, por conseguinte, um cenário de mudança, coloco o trabalho e a educação em um tramado de múltiplos nós entre exercício e formação profissional, coloco a identidade sanitarista sob forte ameaça, mas concordo com a existência dos sanitaristas e com a necessidade de formá-los. Abro, portanto, as chances de invenção de outro sanitarista, como na história se inventou a saúde coletiva, e submeto este ator e sua

educação à alteridade com uma subjetividade em estado nascente, um sócius em estado mutante e um meio ambiente no ponto em que pode ser reinventado (Guattari, 2002): ressingularização do sanitarista.

Políticas da Educação em Saúde Coletiva: problematizar a formação de sanitaristas para bancar a vida e bancar a produção de conhecimento para afirmar a vida

Neste momento da viagem, a formação de sanitaristas encontra-se espalhada num emaranhado do tempo - uma matéria-prima aberta, um relógio mole, como uma massa desdobrada, redobrada, estirada, amassada, sobreposta, distendida e disponível a uma pluralidade processual de outras dobras e análises. A principal ferramenta da cartógrafa-pedagoga-em-nós continua sendo a de pensar o tempo e escutar os CSP nos quatro Tempos em estudo. Escrevo em uma dimensão transversal sobre essa multiplicidade, olhando, sentindo, explorando e extraindo sentidos, expertise e marcadores de diferenças, de tendências, de densidades e de possibilidades, tomando os ruídos cotidianos como abridores de linhas de fuga do instituído – saídas para a criação.

Marcas do tempo redescoberto através de janelas abertas para o invisível, captando as forças de vida que pedem passagem em nós na busca por uma produção de conhecimentos e práticas para afirmar a vida. O invisível vem surgindo a partir dos marcos re-buscados no tempo histórico (bases de dados). Como destaca Leite (2001, p.103), trata-se da produção de um conhecimento social que resgata o humano da relação educativa e, também, de um conhecimento vivo – ético, estético e político - não linear, mas de movimento e, por isso, imprevisível.

Roubo de Pelbart (1993, p.53) uma relevante relação com o invisível, quando ele refere à convivência em um grupo de indivíduos portadores de sofrimento psíquico. Trago esta imagem para o cotidiano de um CSP: aqui, após os abalos iniciais, com a sinalização de alguns desaprendizados, sente-se uma espécie de densa invisibilidade entrelaçada nas pessoas, nas palavras, nos silêncios; e não é precisamente o que está na cabeça de cada um, mas entre eles, entre um e outro, uma experiência e outra, entre um olhar e um objeto, entre as palavras e as coisas, entre um som e outro... É como se esse invisível fosse outra coisa que oculto, uma camada intensiva, assim como o relógio que configura uma imagem

do tempo, mas não é o tempo e mesmo a pintura de um relógio derretido, escoando, ainda é insuficiente para revelar esse invisível maior em estado de potência.

Será nessa esfera do invisível que está a matéria-prima para o ensino da saúde pública (um olhar além da morbidade e mortalidade nos fazeres da especialidade) e para a construção de subjetividades sanitaristas?

Acredito que sim, pois as virtualidades estão presentes neste invisível, num estado de oferecimento, à espera de tecedura, de atualização, de proliferação, onde cada um, em conexão com parte de um outro, extrai e constrói algo, a partir do qual certos processos de subjetivação podem desdobrar-se e ganhar consistência. Neste todo aberto, com múltiplas possibilidades, cada profissional, pode extrair forças invisíveis que comporão outras visibilidades, outras dobras. Não se trata de um imaginário coletivo, diz Pelbart (1993, p.56 e 57), mas tem a ver com o coletivo e o singular, diz respeito ao subjetivo e tem a ver com o espaço reservado ao intempestivo, para introduzir em nossas vidas o inédito. Também não passa por descobrir nossa identidade no visível que é nossa história, já que a história não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de diferir, diz o autor. Diferir não para descobrir o que se é, mas para experimentar o que se pode ser. Falo, então, da potência desta formação de sanitaristas, imersa na produção de realidade, sob uma perspectiva de aprendizagem inventiva, de afirmação de si e do cuidado à saúde, este singular processo de aprender, conforme falamos nos capítulos anteriores. No entanto, a aprendizagem, nesta perspectiva, não é tão facilmente situável. Ela requer alguns dispositivos que possam dar-lhe língua, corpo e território.

Seguindo a viagem, destaco alguns movimentos transversais que dizem respeito ao projeto pedagógico dos 26 CSP, mais especificamente em relação aos processos seletivos, à organização de conteúdos, à carga horária e à presença de eixo longitudinal integrador. Os processos seletivos dos CSP sempre foram realizados com critérios previamente estabelecidos, cujos procedimentos metodológicos permaneceram os mesmos ao longo do estudo, com exceção da prova que não foi utilizada nos Tempos I e IV e no ano de 1996, este explicitado no Tempo III (base de dados III). *Curriculum vitae* e entrevista sempre estiveram presentes. Isto justifica-se pela delimitação de clientela por parte da SES⁵², quando estabelecia como prioridade máxima a qualificação dos profissionais já vinculados

⁵² Nos 4 primeiros cursos esta era, também, a prioridade do Paraná e de Santa Catarina.

ao setor público de saúde, tornando-se desnecessária a prova, esta 1ª etapa eliminatória do processo seletivo. Chama atenção o CSP de 1986, único que, nem entrevista houve, mas na avaliação final do CSP, os alunos a mencionam como importante e necessária.

Há diferenças marcantes entre os Tempos I e IV: no primeiro, há uma marca profissional, caracterizada pela realização de diagnósticos, análises e avaliação de programas, fortemente implicado com uma política pontual de governo. O CSP de 1986 também assumiu esta característica ao atender uma necessidade emergente do gestor estadual, um estudo sobre a morbidade hospitalar no Rio Grande do Sul, a partir de dados do SIH/SUS. Já no último Tempo, a prioridade de qualificar os profissionais do setor público de saúde foi parte da política estadual de saúde, onde educação em saúde coletiva tornou-se atividade finalística para a implementação do SUS, em uma outra concepção de política de saúde, sobre a qual falaremos mais adiante.

Durante os 26 CSP experimentamos diferentes desenhos de organização de conteúdos e agrupamento das disciplinas, mas sempre dialogando e seguindo as orientações acadêmicas dos regimentos de ensino das instituições parceiras. No início eram 14 disciplinas, chegando a 16 em 1979, organizadas em grandes áreas. Em 1980, o CSP continuou com disciplinas, mas agrupadas em momentos. Entre 1981 e 1988, organizou-se em áreas temáticas. De 1989 em diante seguiu com uma estrutura disciplinar, consolidando-se com 10 disciplinas a partir de 2000, após a reorganização e inclusão de dois eixos longitudinais integradores e de novas e necessárias disciplinas, conforme já vimos, em atendimento às necessidades de formação para o SUS (bases de dados III e VII).

Estes movimentos, sempre decorrentes do empenho em qualificar o CSP, eram realizados a partir de avaliações feitas pelos alunos, professores, coordenação e eventualmente com a participação de um professor da Ensp, usando diferentes metodologias. Até o final dos anos 1980, a Ensp, por meio da Coordenação Nacional dos Cursos Descentralizados (Concurd), realizava um seminário anual de avaliação, onde reunia os coordenadores dos cursos conveniados nos diferentes Estados e desempenhava uma coordenação técnica, participando, também, na docência quando solicitada e com regularidade nos processos seletivos, um respaldo importante para a coordenação do CSP da ESP/RS, que enfrentava interferências políticas constantes. A cada novo CSP, o projeto era encaminhado à Ensp para análise, aprovação e credenciamento. Processo semelhante

ocorreu, também, nos seis CSP conveniados com a Ufrgs (1992 a 1997).

O CSP da ESP/RS, como pode ser observado nas bases de dados, nunca liberou-se da estrutura disciplinar, ou por área temática, embora esta tenha sido uma preocupação crescente da coordenação e corpo docente, sempre presente nos momentos de planejamento e de avaliação, principalmente a partir da 8ª CNS, com a compreensão do conceito ampliado de saúde e o componente integralidade incorporado na legislação do SUS, exigindo uma prática diferenciada de saúde e, conseqüentemente, a necessidade de profundas mudanças na política de educação dos profissionais. Tal exigência remetia à necessidade de construção de um currículo de ensino diferenciado, mais integrado, frente à complexidade e à amplitude de possibilidades de afirmação e de produção de vida. Na prática isso esbarrava em algumas limitações institucionais, principalmente na falta de um corpo docente da ESP, formado por profissionais das diferentes áreas, com qualificação e disponibilidade para compor uma equipe de ensino de pós-graduação. A cada CSP o corpo docente era recomposto, incluindo profissionais da ESP/RS, docentes da instituição conveniada, além de outros docentes e trabalhadores da SES/RS e de trabalhadores convidados para desenvolver conteúdos específicos. Isso dificultava, em muito, bancar um projeto interdisciplinar de curso. O que se conseguia, *apesar de*, era planejar interligando conteúdos e disciplinas, em encontros pedagógicos periódicos, reunindo coordenação e corpo docente responsável pelas disciplinas, realizando avaliações durante e ao final de cada CSP, com compromisso ético à produção em saúde.

Um projeto interdisciplinar de curso exige, nas palavras da professora Délcia Enricone⁵³, uma atitude interdisciplinar do corpo docente, com participação na construção e execução do projeto político-pedagógico; professores fazedores da sua docência, num processo de *autopoiese*⁵⁴ docente, tendo como guia uma metodologia da problematização, uma atitude interrogativa onde o aluno possa interrogar-se: com que pergunta saio da aula hoje?

⁵³ Délcia Enricone, professora doutora da PUC/RS, ao proferir palestra sobre *Educação superior e desenvolvimento profissional: o desafio da interdisciplinaridade*, no II Simpósio Nacional de Educação Superior e Desenvolvimento Profissional, em 29/06/2006, na Faced/Ufrgs.

⁵⁴ Termo criado em 1973, por Humberto Maturana e Francisco Varela, cientistas do campo da biologia que revolucionaram os estudos sobre os seres vivos e o comportamento evolutivo das espécies. Diz respeito a auto-organização do ser vivo, propondo o entendimento dos seres vivos como seres que estão em constante processo de produção de si, em incessante engendramento de sua própria estrutura (Maturana e Varela, 2001).

Gilson Saippa e Lilian Koifman, professores do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, em entrevista ao *BoletIn Integralidade em saúde*, do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da integralidade (Lappis), falam sobre uma formação em saúde sob a ótica da integralidade, uma experiência transdisciplinar, que dá ferramentas, busca questionamentos e competências para o exercício do trabalho em equipe, numa ação de convergência dos diferentes conhecimentos, sempre buscando a integralidade do atendimento de saúde. Segundo Saippa (2005), pensar transdisciplinarmente não é negar os conteúdos disciplinares, mas questionar para quê servem, identificando os limites desses conteúdos para o exercício das práticas profissionais e não é estar envolto em discussões éticas, filosóficas e políticas, mas num movimento que potencialize a construção da cidadania do outro e o respeito pela dignidade do outro (alteridade).

Neste sentido, considero uma vivência de ensino não disciplinar, com experimentação da integralidade, o processo de construção da monografia - uma ferramenta que faz um exercício de transgressão da lógica disciplinar do CSP - onde o aluno produz o seu projeto de pesquisa a partir da problematização de um tema real, ancorado pelas concepções/metodologias que sustentam a pesquisa em saúde⁵⁵. Conta com um professor/orientador metodológico e um orientador temático e é convocado a experimentar um borramento das disciplinas, a integrar conteúdos, a produzir aproximações, a constituir-se como ator social e político no seu território, produzindo conhecimento para afirmar a vida, inventando, dando possibilidade de existência à novidade e estando permeável à alteridade.

O processo de construção das monografias pode ser um exercício de *pensar problematicamente*, como nos termos de Foucault (1988, 1991 e 1995). Concordando com Deleuze (1988) e Kastrup (1999, p.151), pode ser uma experiência de agenciamento com fluxos e uma contínua invenção de problemas, possibilitando ao especializando/sanitarista em formação colocar-se neste processo de pensar e, assim, re-experimentar sua prática, impedindo-se à cristalização de hábitos. Ainda sob esta ótica, pode-se considerar a possibilidade de uma interpretação do que Ceccim e Feuerwerker (2004, p.41) chamaram,

⁵⁵ A construção da monografia sempre se deu a partir das disciplinas *metodologia da pesquisa ou abordagens metodológicas em pesquisa* e passou por diferentes experiências, frente às recorrentes questões: em que momento do CSP iniciar a construção do projeto de monografia? No início, no meio ou no fim? A experiência tem mostrado que, em qualquer das opções, há perdas e ganhos.

como já anunciei, de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, na lógica da educação permanente em saúde. Parece-me possível que os profissionais informem e recriem a teoria necessária para recriar a sua própria prática: o sanitarista seria aquele que observa criticamente as realidades para fisgá-las em sua mobilidade de recriação, não para a correção efficientista.

Os CSP da ESP/RS, até 1988, eram realizados em tempo integral, ou seja, o profissional era liberado do serviço durante todo o período das aulas e da elaboração da monografia - quase um ano; em 1989 realizou-se em um turno diário, com apenas alguns dias inteiros; a partir de 1992, com a Ufrgs, passou a ser oferecido em semanas alternadas intensivas, visando aos trabalhadores inseridos em serviços, principalmente os municipais, que contavam com poucos profissionais em seus quadros (a liberação, assim, se tornava um pouco mais acessível). Em alguns dos CSP houve articulação com os gestores, mediante solicitação de um documento de comprometimento mútuo entre o serviço e o profissional em formação. Mesmo assim, a tão almejada organização do processo de formação-atenção-gestão-participação deixava a desejar. A partir de 2000, o CSP passou a ser realizado em finais de semanas alternados, prevendo algumas semanas cheias intercaladas. Estas últimas alterações, realizadas para atender a demanda, eram sempre acompanhadas de debate sobre a integração ensino-trabalho em saúde, ou seja, como viabilizar melhor uma educação para políticas públicas na perspectiva do entendimento de que é possível desenvolver formação e pesquisa no espaço de trabalho da atenção e da gestão em saúde. Nas palavras de Fagundes (2006), formação e pesquisa condicionadas pelas necessidades dos serviços e dos usuários, constitutivas do trabalho, criando e mobilizando métodos e estratégias participativas de investigação e aprendizagem.

É interessante observar que todos os planos de ensino passaram a explicitar, de alguma forma, a integração ensino-trabalho e o uso de metodologias ativas de ensino (base de dados III). A integração ensino-trabalho é percebida, mas parcialmente, por meio das monografias, construídas a partir de situações-problema das realidades dos serviços e visitas técnico-pedagógicas a locais/serviços. O uso de metodologias ativas é percebido pela seleção de dinâmicas e de vivências com música em sala de aula, priorizando as experiências e a criatividade dos alunos, mesmo na discussão de textos e nos debates, pelos trabalhos em grupo, preparo e realização de seminários ou mostras, oficinas e dramatizações, entre outras tantas pedagogias interacionistas. Os fóruns que caracterizaram

os cursos do Tempo II foram altamente politizados e serviram à formulação e ao desenvolvimento de uma grande consciência crítica. As aulas tradicionais do Tempo I foram de transmissão e acumulação de conteúdos desde uma visão laboral correlacionada com a absorção da especialidade no trabalho. Fico com muitas interrogações: o que efetivamente significaram as novas metodologias ativas? Houve realmente processos interativos? Certamente, mas em todas as disciplinas/áreas temáticas? Com que intensidade? Quanto de novidade e produção de alteridade houve? De docência-dispositivo? De escuta pedagógica ao ambiente de trabalho do aluno?

O fato é que, os processos e as novidades destes movimentos de aprendizado - movimentos mestiços - não ficam registrados, nem mesmo nas avaliações parciais e finais dos CSP. Eles fazem parte do mundo subjetivo desta política pública de formação e de produção de subjetividade. Estão na porosidade, no inacabamento referido por Pelbart e seguem no viver de cada sanitarista, nas inquietudes, numa rotina não estriada, no viver intenso das diferenças em um tempo deleuzeano: liso, modulável, sem amarras. Seguem no tempo do pensamento, do sentido, do devir, do direito ao intempestivo de Nietzsche e não no tempo da verdade do instituído. Seguem no ser/estar de outro modo na vida, pois o corpo nunca mais será o mesmo após deixar-se afetar pelas três estranhezas de Serres: partir, sair, deixar-se seduzir... A formação em saúde pública concorda com isso?

Estas estranhezas têm sido vivenciadas principalmente no início de cada CSP, nos conteúdos de educação em saúde, disciplina que, ao longo dos anos e mais intensamente desde 2000, tem objetivos ampliados, tais como: problematizar e desencadear ações em saúde sob uma visão rizomática do mundo, desde o lugar em que se vive; preparar para a docência nas ações educacionais na área da saúde; provocar diálogo entre saberes e práticas de diferentes inserções, produzindo estranhamentos e desterritorializações em um movimento de desaprender o aprendido e de aprender diferentemente. Os profissionais são desafiados, nas suas inquietudes e singularidades, a se (re)criarem como atores sociais e protagonistas na construção de coletivos organizados para a produção de saúde na atenção, na gestão e no controle social.

Os CSP introduziram didática e metodologia de ensino por exigência da legislação educacional. A Resolução nº 12/1983, do Conselho Federal de Educação, exigia 60 horas-aula de conteúdos didático-pedagógicos, tendo em vista o reconhecimento da educação

especializada como uma superior qualificação para a atuação na formação de graduação e de futuros especializando. Essa formação, por si só, não possibilitava competências para um novo perfil profissional. Nos vários cursos de especialização no país, esta carga horária oscilava com o preenchimento por conteúdos de prática de ensino ou de pesquisa aplicada, de complementação de estudos ou, no caso da saúde pública, por conteúdos e práticas de educação popular em saúde, grupalidade e socioantropologia, entre outras abordagens identificadas com o campo. Com o maior acesso ao mestrado, este conteúdo perdeu relevância na especialização e reapareceu no mestrado sob a forma de estágio docente na graduação para alunos com bolsa de pós-graduação.

É como dizem Leite e outras (1998, p.40 e 50), ao estudarem a qualificação docente no ensino universitário. As autoras destacam que não se trata de desenvolver competências para a didática ou metodologia de ensino, mas de uma formação que construa o docente como intelectual público e ator social, desenvolvendo sensibilidade para os problemas sociais e para uma práxis comprometida com a construção de alternativas de vida. Envolve um deslocamento dentro de nós próprios, a produção de um outro olhar e de um outro jeito de fazer sobre o mesmo lugar em que estamos.

A monografia *A formação dos sanitaristas da ESP/RS, de 1990 a 2002: uma história em construção*, realizada por um grupo de alunos do CSP de 2003, concluíntes apenas em 2005, ilustra o que queremos dizer. Este estudo objetivou investigar a formação de sanitaristas da ESP/RS dos anos de 1989/90, 1994, 1997 e 2002, correspondendo ao último CSP de cada gestão do governo estadual (também do governo federal), após a criação do SUS. A pesquisa baseou-se em dados coletados na própria instituição e em um instrumento/questionário aplicado a uma amostra de 16 sanitaristas dos quatro CSP estudados. Ao serem interrogados sobre quais as principais marcas/mudanças mais significativas que o CSP propiciou, responderam crescimento pessoal e profissional, consciência crítica e política e uma nova leitura da realidade. Os sanitaristas informaram que a formação propiciou uma visão diferenciada do entendimento das questões coletivas dos agrupamentos sociais sob sua responsabilidade e também possibilitou o incremento de um conhecimento em saúde pública que os levou a um olhar diferenciado para o processo de trabalho e fez com que utilizassem seu potencial criativo para superar dificuldades (Menezes e outros, 2005, p.50).

O estudo revelou, também, que 81,25% dos pesquisados tiveram suas expectativas atingidas na formação de sanitaristas. Abrangência de 81,25%? O que significa esse dado? É uma boa avaliação? O que é melhor? Expectativas atingidas ou frustradas? Sucesso ou decepção são indicadores de qual qualidade de efeitos? Deleuze (1976, p.12) afirma que a decepção é um momento fundamental de busca, de aprendizado. O autor defende esta concepção ao argumentar que aprender é decifrar signos e chama a atenção para as duas faces do signo (*captura* pelo já dado ou *abertura* para o que de diferente surpreender ou convocar o conhecimento). Decepcionamo-nos, diz o pensador, sempre que não encontramos uma verdade esperada, aí buscamos balancear essa decepção objetiva com uma compensação subjetiva, evocando novas idéias até chegar à essência do signo ou à sua diferença. Por isso, proponho que um curso não pode ser algo isolado ou fragmento na ampliação de informações, precisa pertencer a um projeto de si e de mundo, inserção em um processo de educação permanente, prolongamento em um percurso, laçada ou nó que sustenta a abertura, não o contrário. Pode ser a própria abertura, dada a potência de subjetivação da educação. A avaliação referida não perguntou sobre efeitos, mas sobre resultados. Os efeitos, eu penso, podem ser dimensionados na adesão ou desejo de expressão presente nas monografias (tanto quanto essa oportunidade venha carregada de certa liberdade). A escolha do tema, o tamanho do grupo, a indicação de orientador de fora ou o estilo de escrita podem corroborar ou discrepar do curso. Podem ser reposição (mais do mesmo) ou diferença (ensaio). Podem, ainda, ser exercício de si. Dissertações e teses também são exercícios de si. Para meu orientador, monografias, dissertações e teses são e devem ser exercícios de si, pois pesquisa e formação fazemos e devemos fazer a vida toda, mas não vai adiantar de nada concluirmos monografias, dissertações e teses se no final nos dermos como prontos de nós ou sobre o conhecimento relativo ao tema que escolhemos.

Tomando-se por base os registros científicos, encontramos diferentes estilos de publicação na área da saúde coletiva, de notas breves ou informes técnico-científicos de 2 a 10 laudas até ensaios ou artigos de revisão de 15 a 20 laudas. As monografias, dissertações e teses, em geral apresentam dezenas de páginas, as monografias (estudo bem fundamentado) com 30-40 laudas, as dissertações (documentação de uma investigação) com 120-150 laudas e as teses (densas revisões com pesada investigação) com 150-300 laudas. Fora os critérios dos periódicos que limitam o número de páginas, não há qualquer consenso sobre este dado, preferindo-se exigir padrão seqüencial (título, resumo,

introdução, material e métodos, resultados, discussão e referências), apresentação clara e concisa, contextualização na história e na atualidade e dados suficientes para permitir avaliar a interpretação do autor sobre os resultados.

Entre as 191 monografias de conclusão dos 26 CSP, encontrei 12 monografias categorizadas em uma escala intervalar de 16 a 30 laudas; 69 monografias, de 31 a 60 laudas; 62 monografias de 61 a 90 laudas; 29 monografias, de 91 a 120 laudas; 8 monografias, de 121 a 150 laudas e 8 monografias, de 151 a 188 laudas (base de dados VIII). Pela extensão em laudas, as monografias em saúde pública parecem se destinar mais a noticiar investigações de maneira analítica e registrar comentários apreciativos onde ocorre grande familiaridade com a área (não se indicando a revisão do contraditório ou a documentação para justificar uma grande inovação), uma vez que a maioria (68%) dos trabalhos apresentou, em 26 CSP, a média de 30 a 90 laudas. Trabalhos que incluem novas sínteses, novas hipóteses ou novas conclusões ou, ainda, trabalhos com pesquisa inédita e novos resultados tenderiam à maior extensão, como as 45 monografias maiores de 90 laudas. Monografias que incluam uma escrita de si e o diálogo inventivo com o campo, permeada por dados empíricos, uma sistematização criativa e recomendações instigantes aos sanitaristas, gestores em políticas públicas de saúde ou educadores em saúde coletiva talvez seja motivo para um estimulante debate entre coordenação, orientadores e alunos a cada CSP.

Observa-se que, desde 1979, o CSP passou a contar com banca de avaliação das monografias, ou seja, além dos orientadores temáticos que atribuem conceito a partir de uma planilha com critérios avaliativos, cada monografia é avaliada por mais um professor, recorrendo a um terceiro quando necessário. A partir do 22º CSP, em 2000, adotou-se, também, parecer avaliativo descritivo, valorizando o potencial de produção científica e o desenvolvimento da capacidade de interlocução/familiaridade com pareceristas dos periódicos da área, sempre muito críticos quanto à adequada exploração do tema, atualidade dos referenciais de análise e consistência argumentativa. No período de 1998 a 2004, as monografias, depois de aprovadas, passaram a ser apresentadas, pelos seus autores, aos alunos do CSP do ano seguinte, juntamente com outras pesquisas no setor da saúde, em um curso de extensão acadêmica, com 30 horas-aula, denominado *A pesquisa e o fazer em saúde coletiva*.

A atividade de extensão se prestava à re-convocação ao pensamento. Após o registro em texto, uma outra forma de apresentação e de avaliação. Tratava-se de um curso com encontros semanais vespertinos e que aconteciam ao longo de um semestre, inicialmente certificado pela Ufrgs e, a partir de 2001, pela própria ESP/RS. Foi um dispositivo pedagógico utilizado pelo CSP que tinha por objetivo potencializar as apresentações públicas das monografias, a divulgação e o enriquecimento dos debates entre os autores, professores, alunos do CSP em realização e demais profissionais interessados nos temas abordados. Por quatro anos constituiu-se em um espaço de intenso compartilhamento de diferentes processos e vivências em pesquisa e tinha um sentido de produção acadêmica. Por três anos seguintes representou agenciamento coletivo de enunciação: o que pode um sanitarista na atenção, na gestão, na educação e no controle social em saúde. Com a 6ª edição, iniciada em 2003, foi perdendo esta última característica, não se encaixando em nenhum dos dois motes prévios, sendo interrompida em 2004.

Até 2000, não havia linhas de pesquisa propostas ao CSP. Foram criadas duas Linhas a partir do 22º CSP. Elas não tiveram o sentido de constranger o interesse das pesquisas monográficas, mas a agregação das recomendações que podiam conter, fazendo tais agregações convergirem para uma ordenação possível. As Linhas também serviram para o agrupamento de orientadores temáticos que podiam ser do quadro de serviços da SES/RS ou demais vínculos dos próprios alunos, com o mínimo de dispersão, pois a ESP/RS estava sem perfil, sem foco, sem singularidade produtiva. Cabia à ESP/RS a orientação metodológica básica (dentro desta, o cuidado com a construção da Linha de Pesquisa). Curso e instituição formadora, sem dúvida, caminham juntos, um curso não existe alheio à instituição que o oferece e lhe dá guarida institucional. Um curso de especialização necessita de professores com elevada titulação, biblioteca atualizada, acesso à informação eletrônica e ao máximo de bancos de dados disponíveis para consulta profissional, imagem acadêmica e estrutura de pesquisa. Sem Linhas de Pesquisa fica impossível saber o que e por que adquirir de infra-estrutura tecnológica e informacional, quais periódicos assinar ou qual atualização docente proporcionar, não há uma imagem a veicular que prestigie docentes e estudantes, configure superior orientação educacional e contribua à consistência da produção intelectual dos cursos.

Cabe destacar as temáticas mais presentes nas monografias, em cada Tempo: no Tempo I foi *Avaliação de programas, serviços ou políticas*, com 9 monografias; no Tempo II, sob influência da política internacional de cuidados primários de saúde, incentivo à participação popular e promoção à saúde, destacou-se a *Participação e controle social* com 12 e a *Vigilância em saúde*, com 14 monografias. Os Tempos III e IV apresentaram a mesma tendência cada um, começaram a consolidar a área de *Promoção e Educação em saúde*, com 10 e 35 monografias cada Tempo, respectivamente, seguida pela área de *Vigilância em saúde*, com 8 e 19 monografias cada Tempo e *Planejamento/organização da atenção e/ou gestão em saúde* com 7 e 13 monografias, respectivamente. Percebe-se nas temáticas, a mobilidade no perfil dos sanitaristas formados e as ênfases que o CSP despertava. Pode-se também **detectar um perfil ao sanitarista generalista**: profissional habilitado para as áreas de: (1) avaliação de programas, serviços e políticas; (2) análise e incentivo à promoção da saúde e participação e controle social em saúde; (3) exercício das ações e formulação das políticas de vigilância em saúde; (4) exercício das ações e formulação das políticas de promoção e educação em saúde e (5) planejamento e gestão de ações, serviços e sistemas de saúde. O destaque fica para a área exercício das ações e formulação das políticas de promoção e educação em saúde, com um total de 53 monografias, seguida pela área exercício das ações e formulação das políticas de vigilância em saúde com 41 monografias nos 26 CSP (base de dados IV).

Importante ressaltar que a existência de um eixo longitudinal integrador⁵⁶ e a integração ensino-trabalho, nos CSP, não garantiram práticas transformadoras. Há diferenças marcantes entre os CSP que contêm estas mesmas características, notadamente os de 1984, de 1985 e de 1995 a 1997, comprometidos com uma política um tanto racionalizadora dos serviços, e os cursos realizados a partir de 2000, implicados com os princípios do SUS, com os termos da integralidade e com os referenciais da saúde como defesa e afirmação da vida. A partir de 2000, duas Linhas de Pesquisa permitem resumir e visibilizar o curso. Nos CSP de 2000 a 2004 as Linhas serviram à reorganização e inclusão de conteúdos e disciplinas, tendo por objetivo “produzir” trabalhadores em saúde para o SUS, sob a ótica da integralidade.

⁵⁶ Observa-se que a maioria dos cursos (15 deles, conforme base de dados III), não eram estruturados a partir de eixo longitudinal integrador. Em 2000 surgem as Linhas de Pesquisa, que cumpriram melhor este papel.

Ao analisarmos a carga horária dos CSP, notamos que, a partir da década de 1990, houve uma redução em torno de 50% da mais alta do período anterior e, mesmo assim, permaneceu com mais de 50% das 360 horas-aula exigidas pela legislação. Sintetizando, o CSP iniciou com 800 horas-aula no Tempo I, chegou a 1.224 horas-aula no Tempo II, reduziu para 585 hora-aula no Tempo III e estabilizando-se em 640 horas-aula no Tempo IV. Evidencia-se a abrangência da especificidade desta formação, mantendo-se como área especializada de profissionalização e ainda prolongando-se como formação pelo mestrado profissional ou acadêmico e pelo doutorado. Existem no país, na grande área de Ciências da Saúde da Capes: 11 programas de mestrado profissional, 33 de mestrado acadêmico, 14 de doutorado (Ministério da Educação, 2006a). Além dos cursos de especialização, como da ESP/RS, existem 9 programas de residência médica em Medicina Preventiva e Social com credenciamento válido (Ministério da Educação, 2006b). A residência médica em medicina preventiva e social configura uma forma regular de expedição de titulação de sanitaristas. No rol das especialidades médicas, a saúde pública consta como medicina preventiva e social, atribuindo a seu egresso a certificação de médico sanitaria. Na enfermagem, existia a habilitação em saúde pública com a mesma natureza de formação, cujo acesso se fazia como ingresso em área de habilitação profissional. As habilitações na enfermagem eram em número de quatro: enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica, enfermagem de saúde pública e licenciatura em enfermagem. Hoje mantém-se a obstetrícia, agora como especialidade, e a licenciatura, agora como segundo ingresso e segunda diplomação.

Observando as bases de dados V e VI, nota-se que, na coordenação dos CSP somente em 1979 a mesma não foi exercida por professor com mestrado, justamente neste ano há um aumento significativo de docentes mestres, caracterizando como tendência desta formação a alta qualificação do corpo docente, inclusive com a presença de doutores em alguns CSP. Após 1989⁵⁷, a cada CSP encontra-se uma totalidade ou quase totalidade de professores com título de mestre ou doutor. Na direção da ESP/RS, houve 11 diretores no período destes 26 CSP, sendo três especialistas, sete mestres e um doutor, mas durante toda a década de 1990 a direção da ESP/RS foi exercida por especialista (mesma direção em dois mandatos consecutivos do governo estadual). Chama a atenção que a direção da

⁵⁷ Foram considerados apenas os docentes responsáveis pelas disciplinas ou áreas temáticas, uma média de 10 docentes/CSP. Cabe lembrar que os CSP sempre contaram com muitos convidados entre os profissionais da rede de serviços, movimentos sociais, conselheiros de saúde, entidades profissionais etc.

ESP/RS tenha sido preferencialmente exercida por docente com mestrado. No 5º CSP, durante o ano de 1979, a direção foi exercida por um especialista; de 1990 a 1998, 15º ao 21º CSP, período da mais vigorosa implantação do SUS no Brasil (ver a base de dados V) esta direção manteve-se com um especialista não sanitarista, não sendo oferecido o CSP em 1991 e nem em 1998. De 1999 a 2002, a direção da ESP/RS foi exercida por doutor e todas as formulações de retomada do CSP no seu interior, a partir em 1999, como carga horária, currículo e linha de pesquisa foram estabilizadas (uma consolidação que decorreu do estudo dos CSP anteriores pela nova direção, um sanitarista egresso da ESP/RS). Em 2003, novo mandato estadual e a ESP/RS volta a ter na direção um especialista, novamente não sanitarista.

Nesses 26 CSP da ESP/RS houve um total de 1.905 candidatos inscritos, 882 alunos matriculados e 788 alunos concluintes. Foram 191 monografias⁵⁸. Esta formação produziu em mim muitos estranhamentos. Muitas emoções foram geradoras não só de pensamentos, mas também de afecções, que nas palavras de Bergson se aproximam de um *abalo afetivo da alma* e que me mobilizaram a buscar outros *intercessores* (Kastrup, 1999, p.102-104). Virgínia Kastrup lembra que, para Bergson, um crítico do cognitivismo, existem emoções intensas e com potência de criação, que são geradoras de pensamento – emoções criadoras – aquelas que persistem em nós, que nos colocam um problema e que exigem solução – podendo desestabilizar o campo intelectual da reconhecimento e produzir efeitos de invenção. A emoção é, então, aquilo que responde pelo movimento divergente do pensamento, sendo criadora enquanto o força a seguir outros ritmos, outros graus da diferença que a natureza comporta. Kastrup relata o exemplo citado por Bergson, sobre a emoção musical: a música, segundo o pensador, não introduziria sentimentos em nós; ela nos introduziria neles, como dançarinos introduzidos numa dança. Neste caso, a emoção força a pensar, obriga a sair de si, dos compromissos da vida prática e a vagar nela, entrando em outros devires. É a reversão do pressuposto da filosofia moderna de que conhecer é representar (Kastrup, 1999, p.103).

A formação em saúde pública e a produção de subjetividades sanitaristas dela decorrente trouxe consigo uma identidade à atuação e educação profissional, posta em

⁵⁸ Total de monografias que fazem parte do acervo do Ceids e não necessariamente o total de monografias produzidas nos 26 CSP, pois não foi igual em todos os anos o rigor na incorporação das monografias ao acervo da biblioteca da ESP/RS. Não foi encontrado registro de acervo relativo ao 4º CSP, de 1978 (base de dados IV).

revisão por estratégias de avaliação mediadas pela Ensp, depois pela Ufrgs, depois pelo projeto de *governo do SUS*, quando surge o ideário, no interior da ESP/RS, de uma educação em saúde coletiva conectada com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a Associação Latino-Americana de Saúde Pública e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, momento em que também surgem 4 residências multiprofissionais em saúde imbricadas com a saúde coletiva; articulações com o movimento estudantil de graduação na área da saúde e com as associações científicas por profissão, tendo em vista o ensino e pesquisa em saúde coletiva e para o SUS; cursos de especialização em enfermagem obstétrica e neonatal, tendo em vista o impacto da área materno-infantil na saúde coletiva; curso de especialização em epidemiologia, tendo em vista as áreas da vigilância em saúde; e a formação de agentes sociais lideranças populares e conselheiros de saúde para a qualidade do exercício da cidadania em saúde. São cenários de mudança, teceduras do trabalho e da educação em saúde pública, onde a produção de subjetividades sanitaristas sai da identidade para a alteridade, inventando-se.

A educação em saúde coletiva como obra transformadora e operação de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e coletivos organizados para a produção em saúde: reconciliações de tempo e a introdução da noção de uma ético-estético-política da formação

As bases montadas com o esforço de um inventário dos CSP da ESP/RS revelaram uma história de formação de sanitaristas com avanços, retrocessos e processos contraditórios para uma educação pensada como desenvolvimento e valorização profissional. Essa história de formação de sanitaristas é decorrente da história da própria ESP/RS, deste lugar no interior de uma estrutura de governo que ela ocupa, fazendo parte da estrutura organizacional da SES/RS e direcionada pelos movimentos políticos inerentes às trocas de gestão no âmbito estadual. A busca pela formação como sanitaristas, por parte dos profissionais dos serviços públicos de saúde, embora, na maioria das vezes seja uma iniciativa individual, mostra-se decorrente da expressão de uma política de incentivo, qualificação e valorização dos servidores, o que tem se revelado, por vezes, inexistente, frágil ou pontual por parte do Estado, com exceção do último Tempo. De qualquer forma, o Estado, por meio da ESP/RS, apresenta-se como formador, inicialmente de auxiliares de enfermagem e, logo depois, também de sanitaristas, mantendo o CSP desde 1975.

Na gestão de 1987 a 1991, a ESP/RS assumiu a responsabilidade de dirigir a política de formação de trabalhadores da SES/RS, abrangendo os estágios acadêmicos nos serviços de saúde, os aperfeiçoamentos para os trabalhadores de saúde, as especializações em áreas específicas (planejamento e administração em saúde e epidemiologia) e a docência de conteúdos de saúde pública para as residências em saúde financiadas pela SES/RS, bem como constituía-se como acervo bibliográfico para tais residências. Até então, os estágios e as residências eram responsabilidades dos serviços que os sediavam. Já os anos de 1990 foram inexpressivos para a atuação educacional da ESP/RS, simples continuidade das tarefas obrigatórias. Ela chegou a desenvolver uma outra estrutura, a de elaboração de provas de processo seletivo para as prefeituras do interior. Para muitas Prefeituras, a Escola era uma empresa pública de elaboração de concursos, como outra havida no Estado com esta previsão institucional, a Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (FDRH). O Tempo III apresenta duas lacunas de oferta de CSP, uma no

início, 1990 e 1991 e outra em 1998, duas ausências de movimento e exclusão de inéditos. Em 1999 não houve CSP, mas já uma retomada da formação com compra de vagas no curso da Ufrgs. É marcante a distância da ESP/RS da turbulência dos anos de chumbo e da turbulência do primeiro governo democrático-popular no Estado. Nos anos de chumbo o CSP formava pensadores e lideranças políticas tornando-se alvo da vigilância do governo e desmonte quando impostergável segurar sua atuação de ensino pela compreensão da América Latina e combate à ditadura pela defesa da saúde pública, de acesso universal e gratuito. No período do governo democrático-popular estadual formava gestores do SUS, pensadores da rede de atenção integral à saúde e das instâncias intergestores e participativas da formulação e execução das políticas públicas de saúde. De 1990 a 1998, um crescente silenciamento, amortecimento, perda de sentido. Os seis CSP de 1992 a 1997, com a Ufrgs, despotencializaram a ESP/RS, ela sempre existiu pelo fervor dessa formação e pela riqueza de sua biblioteca. Nesse período a biblioteca foi esvaziada. De um passado com cinco bibliotecários, a ESP/RS estava, desde 1997, com apenas uma profissional, em processo de relotação. Em 1998 a ESP/RS não possuía nenhuma assinatura ativa de periódicos científicos, não contava com acesso à informação eletrônica, a revista da ESP/RS estava desativada desde 1985. O acervo da ESP/RS somava, em 1998, 9.485 itens e, entre 1999 e 2001, adquiriu 2.240 novos títulos (1.417 livros, 153 periódicos, 142 fitas de vídeo, 1.528 multimeios, entre folhetos, slides, álbuns e CD e DVD). A biblioteca, como já disse, passou à Centro de Informação e Documentação em Saúde (Ceids) e o atendimento, que foi de 1.536 usuários em 1998, foi a 1.496 em 1999, subindo para 5.169 em 2000 e chegou a 7.274 em 2001. Em 2001 o Ceids passou a centro colaborador da Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde⁵⁹.

Justamente após a conquista do SUS, a ESP/RS ficou diminuída em seu potencial de inovação na política de saúde e de desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira. Ficou sem prioridade de governo, política e financeiramente esvaziada, sem participar com liderança na formação dos profissionais de saúde, o que pode ser conferido pela evidência *baixa procura de candidatos ao CSP* (base de dados III).

⁵⁹ Relatórios de gestão do Ceids, 1999, 2000, 2001.

No âmbito nacional, este foi um período com expressiva expansão da formação *stricto sensu* em saúde coletiva, incluindo os mestrados profissionais, sobretudo nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. Período expressivo, também, na legislação em saúde (base de dados I). No Rio Grande do Sul, o destaque foi para a subárea da epidemiologia, uma tradição no Estado. A formação generalista em saúde pública objetivamente seguiu colada no imaginário da *Escola*. No Rio Grande do Sul, o imaginário ESP/RS corresponde ao imaginário nacional da Ensp. Em 1999, a ESP/RS assumiu o *slogan* formação de sanitaristas, arrastando tradição e imaginário para refazer-se como instituição formadora e de pesquisa. Em 2001, com a criação da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, cria-se um curso de graduação na área da saúde coletiva, mais especificamente em administração de sistemas e serviços de saúde, sediado durante seu primeiro ano na ESP/RS, outra evidência do Tempo IV: formação para a gestão do SUS. O curso foi pensado com foco na administração e não na atenção (esta pertencendo à graduação e à formação do generalista em saúde pública).

Em 1999 inicia o doutorado em epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, em 2001 começa o mestrado e doutorado em epidemiologia da Ufrgs e, em 2002, é aberto o mestrado em saúde coletiva da Unisinos, o que evidencia a demanda do período pela área de formação. A formação generalista em saúde pública, no âmbito da *stricto sensu*, no Rio Grande do Sul, tem sido realizada pela Ufrgs por meio dos PPG em Administração, Sociologia e Antropologia e pela Ufrgs, UFSM e UFPel por meio dos PPG em Educação. O programa de pós-graduação *stricto sensu* mais antigo da área é o mestrado em epidemiologia da UFPel, iniciado em 1991.

O cargo de sanitarista na SES/RS, embora tenha sido criado em 1986 (Tempo II), somente quase uma década depois, em 1994 (Tempo III), teve seu primeiro processo seletivo, com extremo constrangimento, vagas somente para médicos, engenheiros e arquitetos. Em 2002, oito anos depois, o gestor estadual realiza o segundo concurso público para sanitaristas (Tempo IV), agora com critérios bem ampliados, incluindo outras especializações, mestrados e doutorados no campo da saúde pública, numa tentativa de qualificar o seu quadro de servidores e reconhecendo o perfil da formação de sanitaristas do Rio Grande do Sul (profissionais de saúde com pós-graduação em administração, ciências sociais ou educação e profissionais de saúde ou dessas áreas com pós-graduação em saúde pública, medicina preventiva e social ou epidemiologia): momento político onde

o gestor estadual designou a educação em saúde coletiva entre as suas prioridades de gestão.

Ceccim (2005a, p.161) em seu texto *Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”*: desafios para a educação, problematiza essa mutação de sentidos, própria da produção social brasileira frente às conquistas da Reforma Sanitária e da formulação do SUS, em que os trabalhadores deveriam ganhar um lugar finalístico e não mais de atividade-meio no setor, uma transmutação da noção de recursos humanos da saúde para a de coletivos organizados de produção da saúde. Neste sentido, o autor defende que a Educação seja capaz de realizar a formação e desenvolvimento em direção aos processos de subjetivação e instituintes de coletivos e organizações, suscitando a potência das disrupturas, o incentivo à alteridade e a produção da saúde pelos *encontros*: trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, orientação pela integralidade e implicação com o SUS.

Uma mutação de sentidos também é entabulada por Ceccim (2004, p.263 a 265), às práticas terapêuticas de uma equipe de saúde multiprofissional de maneira interdisciplinar, a perspectiva *entre-disciplinar*. Nesta compreensão de prática, mestiça ou nômade, podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis das diferentes profissões, mas a emergência do *entre*, um lugar de efeitos, de produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode afetar outra como intercessão (ato de interceder) por sua mudança, resultando em aprendizagem e alteridade. A novidade aí, diz Ceccim, é a de uma ética entre-disciplinar à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde. Me pergunto como pensar esta ética entre-disciplinar na formação de sanitaristas ou como tomar esta formação em uma perspectiva ético-estético-política, consideradas todas as evidências de uma formação com 30 anos de execução e 28 cursos implementados, 26 dos quais *lidos* por esta tese.

Os CSP lidos são todos multiprofissionais, desde 1975, sendo um território de debates da prática profissional e política nos âmbitos da gestão setorial e da participação social em saúde por 23 anos,(1975 a 1997), somando a estas vertentes o estudo da clínica e da educação dos profissionais de saúde nos últimos 5 anos (2000 a 2004). Posso defender que se trata de propiciar movimentos de estranhamento, de exposição, onde cada profissional se coloca com o que tem de diferente e toma dos demais o que têm de

novidade, formando outros campos de produção de existência, outros modos de vida. Com isso passamos a criar maneiras singulares de ser, produzindo subjetividades sanitaristas (não identidades: O sanitarista), com a força voltada para si mesma. É estético, ético e político inventar-se e produzir-se nas dobras e desdobras (movimentos de atualidade), pelo contato e pela diferença, fazendo-se um trabalhador de saúde de maneira reflexiva, crítica, sensível, afetiva e inventiva na organização e realização das práticas de uma equipe de saúde.

Os dois concursos para sanitarista no Estado marcam dois Tempos, um com processo seletivo delimitado por profissão básica e outro por trânsito nas subáreas de conhecimento da saúde coletiva. A denominação *formação de sanitaristas*, ocorrida no último Tempo, foi para marcar um lugar de construção, fator da gestão, não mais da formação de um especialista/superespecialista/subespecialista, mas de um generalista/sanitarista, uma política pública de expressão e afirmação da vida em sua diversidade, multiplicidade e pluralidade.

O órgão formador também marca Tempos distintos: preparação de quadros no interior da estrutura de saúde pública do Estado (Tempo I), preparação de quadros especializados a serem absorvidos pelos sistemas de saúde e desenvolvimento de trabalhadores do SUS (Tempos II e III), política de educação em saúde coletiva para o SUS (Tempo IV) e qualificação de trabalhadores inseridos no SUS (Tempo IV). Na ousadia das invenções, a invenção da própria instituição. Como já disse em Ceccim e Armani (2002, p.143), destaque que inventar não é partir do zero, é saber articular sentidos, coletivos, política, administração, criação, cognição e referências. Fuganti (1990, p. 63), acrescenta que toda produção de realidade vem da invenção que agencia desejo e pensamento. O autor lembra Bergson ao afirmar, *se não inventamos, estamos fadados à reprodução. A produção só acontece com agenciamentos inéditos.*

Houve no Tempo IV muita convocação e intensa adesão das IES com cursos de graduação na área da saúde (saúde coletiva e ensino de graduação do conjunto de cursos da área da saúde) e dos estudantes de graduação, também houve a formação de gestores municipais e de conselheiros de saúde e movimentos sociais, - um esforço de construção de identidade à ESP/RS pelo conceito formação de sanitaristas e educação em saúde coletiva. O final do Tempo IV, entretanto nos diz de uma política institucional, pois ambas

as marcas e o conjunto de processos se alteraram. O final do Tempo IV é de curso de saúde pública para qualificar quadros para o trabalho no SUS, ampliar a atenção básica pela estratégia de saúde da família e pensar a atenção primária à saúde.

Na primeira parte deste último Tempo, constatou-se o *boom* da procura de candidatos ao CSP, quatro vezes maior que no período anterior, evidência da procura/desejo por formação em saúde pública nos moldes do SUS. O curso de graduação em saúde coletiva da Uergs, em seu primeiro vestibular teve 54 candidatos por vaga (2.160 candidatos para 40 vagas de ingresso), o mais procurado. O CSP passou a ter um caráter mais acadêmico, mas interagindo fortemente com os principais fluxos inventivos da ESP/RS, estes coletivos organizados para a produção em saúde: Nuresc, Pólo, VER-SUS, RIS, Fórum de Educação Popular e Formação Solidária da Saúde, como vimos anteriormente (Ceccim e Armani, 2001, p.30 e 2002, p.143). O CSP, de um lado, passou a expressar a ESP/RS, como na sua história, de outro lado, passou a expressar o pensar e o experimentar a tecedura do trabalho de sanitaristas e da educação em saúde coletiva no Rio Grande do Sul, qualificando *atores* para ações no ensino, na pesquisa, na atenção, na gestão e no controle social em saúde. A educação surge como atividade finalística do SUS, com proposta de novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes de saúde dos serviços. Uma educação como prática de escuta às necessidades de saúde da população, um sanitarista incomum.

Muitos destes fluxos inventivos, germes de políticas de formação, surgiram no âmbito nacional, a partir de 2003, como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, acrescidos de conceitos, lógicas e atores, mas com a experimentação inicial do Rio Grande do Sul. A formulação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2003 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada pela Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

Com isso, aprendemos um pouco a trabalhar em rede de formadores e de serviços e a praticar o conceito de atenção integral à saúde. Fagundes (2006, p.86), escreve lindamente os múltiplos sentidos e significados da rede de serviços, na área da saúde mental. A autora lembra que a rede onde se recebe cuidados deve ser constituída por múltiplos serviços, saberes e fazeres. E que uma rede, mesmo a de balançar, tem múltiplas funções, é flexível, molda-se ao corpo de quem a utiliza e pode ser pendurada em

diferentes lugares. Estes diferentes sentidos e significados expressam o quanto a invenção é imprescindível quando o objetivo é ativar projetos de vida. Então, uma rede de coletivos organizados para produção da saúde pode ser inventada e pode, também, possibilitar invenções. Não deveria ser este o modo de ser do sanitarista?

Ao longo dessa formação, minha experiência em participar dos processos seletivos, foi me mostrando que os profissionais que procuravam o CSP, na sua maioria o faziam a partir de algum grau de desacomodação, de desejo ou curso de ruptura com o instituído, de busca de caminhos ou de explicações para um cotidiano que passava a fazer pouco ou nenhum sentido. Diante do encontro com a problematização de suas práticas, com a complexidade e com o tensionamento das experiências anteriores ou diante da plenitude (campo dos possíveis), se perguntam sobre o que fazer. Inventar a si mesmo? Habitar este outro lugar com muitas e novas dobraduras de tempo, de inéditos? Certamente, concordando com Ceccim (2002b), estando sensíveis às aprendizagens, se deixando aprender pelo universo das referências sensoriais, de pensamento e de experimentação como atitude de reflexão coletiva, afirmando o prazer das descobertas e das invenções. Sentir e pensar, para o autor, é resultado do encontro do estar de corpo presente, em convivência, no coletivo.

Para ilustrar este singular processo de aprender, Kastrup (1999, p.149-151) traz o exemplo evocado por Varela, Thompson e Rosch (1991, p.60) sobre a aprendizagem de um instrumento musical, a flauta, portanto, a aprendizagem do artista. Trata-se de *enação*, encarnação ou corporificação do conhecimento e não de representação, nem de domínio de regras. Aprender aqui, não é adequar-se à flauta, dizem os autores, mas agenciar-se com ela, é ser capaz de problematizar e criar na relação com o instrumento, reinventando-se, também, como músico de maneira incessante, sempre em devir. O melhor aprendiz não é aquele que aborda o mundo por meio de hábitos cristalizados, mas o que consegue permanecer sempre em processo de aprendizagem e aceitando desaprender, diz Kastrup. Aprender ganha o sentido inédito de ser sensível ao diferencial do objeto, o que se aproxima da concepção deleuzeana de aprendizagem como invenção de problemas (Deleuze, 1988), pondo seu corpo em estado de ação (*enação*), ação de conhecer com o corpo, não com a razão (*razão-corpo*).

Se os profissionais que procuram o CSP já o fizeram a partir de uma inquietação, neste lugar não podem estar exilados das suas sensações, mas das posições anteriores com que *olhavam o mundo* (sem os poetas mortos), devendo deslocar-se para uma posição estrangeira, em direção ao desconhecido. Um êxodo semelhante ao dos personagens da escritora Clarice Lispector, uma busca por sentido e criação de mundo. Kanaan (2002, p.192-194), ao analisar o conjunto das obras de Clarice Lispector, afirma que para a escritora é o confronto, o contato com a alteridade na sua estranheza que ajuda a constituir processos de subjetivação e estes se dão sempre em relação à alteridade, agenciando-se, criando-se outro, não como outro eu, mas como um nós, uma aprendizagem que permeia a nossa vida, posição de aprendiz inventivo. No CSP, pode ser uma busca por novos sentidos e significados no mundo da saúde coletiva que quer a integralidade, a alteridade e a universalidade. Aí não é o chegar (concluir o CSP) que importa, é o *entre*, a permanência em fluxo e não em identidades, permanência em nascentes de sentido, não em pontos de chegada.

Como disse no início, não pretendi um estudo de história e documentação, num tempo espacializado que apenas liga um ponto a outro, mas uma cartografia de um espaço temporalizado, inventivo, em devir, de histórias, conhecimento de micropotências e de ruídos de desafios desta história de formação de sanitaristas. Desafios para pensar, pensar no sentido foucaultiano que, segundo Deleuze (2000, p.132.), é sempre experimentar, não interpretar. A experimentação é sempre atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer. A história não é experimentação; é apenas o conjunto das condições que possibilitam a experimentação de algo que escapa à história, que é filosófica, diz o filósofo. As formações históricas só interessam porque assinalam de onde nós saímos, o que nos cerca, aquilo com o que estamos em vias de romper, para encontrar novas relações que nos constituam.

Acredito que, com agenciamentos, experimentação e desdobramentos, a educação pode, sim, ser obra transformadora e operadora de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e instituições por meio de coletivos organizados para a produção da saúde. É a compreensão da integralidade e da alteridade, sendo incorporadas e experimentadas na formação, que tecem a saúde pública com a atenção à saúde em uma política de saúde e uma clínica ancorada nos princípios do SUS.

Em síntese, uma ético-estético-política da formação em saúde pública para construir perfis sanitaristas ao coordenar, avaliar e participar, diferente das propostas de uma política biomédica, pode alicerçar na integralidade e na alteridade a defesa e a afirmação da vida, pensadas muito mais como um itinerário por onde se caminha, que um lugar onde se chega. A formação de sanitaristas está aí, nem posta, nem oposta, mas incessantemente exposta, em passagem pelo lugar mestiço, em aprendizagem, num terceiro mundo, o terceiro instruído, onde só aprendizes transitam, lembrando Serres (1993, p.27). Estes que fazem mudança, que alteram sentidos, que convocam aprendizagens, que irrompem em alteridade, que honestamente buscam contato com o outro, diz Ceccim, (2004, p.264 e 265). Ceccim reivindica que nenhum profissional estará efetivamente aberto à alteridade e à aprendizagem de sentidos sem experimentar a terceira margem, este lugar mestiço da exposição de si.

A formação de sanitaristas não deveria ser apenas o percurso por um curso, uma especialização. Ela é um projeto de profissionalização, deve ser um processo educativo na transversalidade, permitir um campo de dinâmicas e de possibilidades inéditas, estimular a construção de territórios sempre outros. Com muitos problemas e limitações, como problematizei em alguma medida, mas um lugar-tempo que mobiliza para mudanças e que pode fazer diferença na construção de políticas públicas em saúde: há desacomodação, estranhamento, rupturas e disrupturas (ação pelas linhas de fuga), tensionamento e problematização das práticas. Pela escolha pelo curso ter partido de incômodos e desacomodações, há desconstrução e agenciamento das linhas de fuga, construção de outros saberes em uma prática desejante. É um movimento, com muitos fatores de exposição, uma transfiguração com suas configurações de uma política de formação, com o inédito, este arranjo inovador que se constitui com novas dobraduras de tempo, com alteridade – o efeito do outro em nós e a vivência deste efeito de exposição. Tudo isso certamente retorna ao sistema de saúde e à população na forma de qualificação do trabalho e responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado humanizado, pela cura, por um sistema de saúde cuidador e inclusivo e pelas permeabilidades das ações, serviços e sistemas aos seus usuários.

Um emaranhado: abrigo de acolhimento e produção do sanitarista, este trabalhador em saúde, diferente do profissional graduado em uma profissão da área que apenas aprofunda conhecimentos disputados na esfera das especialidades e das competições do

mercado de trabalho, profissional orientado para observar a população e as coletividades trabalhando por sua escuta, inclusão e atenção integral. Este trabalhador em saúde terá de passar, de alguma forma, pelas três primeiras singularidades, variedades de alteridade, formas de exposição necessárias à aprendizagem, conforme fala Serres (1993, p.24): partir, sair, deixar-se seduzir, bifurcando-se em várias direções, frente a um grande desafio: coordenar, avaliar e participar de ações, serviços e sistemas de saúde em defesa e afirmação da vida.

Ressonâncias a uma ético-estético-política da formação em saúde pública

*Não sejas nunca de tal forma que não possas ser também de outra maneira.
Recorda-te de teu futuro e caminha até a tua infância.
E não perguntes quem és àquele que sabe a resposta,
nem mesmo a essa parte de ti mesmo que sabe a resposta, porque a resposta poderia matar
a intensidade da pergunta e o que se agita nessa intensidade.
Sê tu mesmo a pergunta.
Larrosa (2000)*



A desintegração da persistência da memória, 1952/1954.
Óleo sobre tela: 25 x 23 cm.
The Salvador Dalí Museum (Reynolds Morse Collection).
St. Petersburg, Florida, U.S.A.

Ao chegar ao final desta construção cartográfica, neste quarto abandono do ninho, optei por rever o processo, as teceduras que fiz com o encanto de jardins passados, em busca do tempo perdido; contextualizar as limitações/aproximações de respostas às perguntas disparadoras do início do texto, expressando um pouco mais o que vejo de

estranho-em-nós, neste percurso investigativo sobre a formação de sanitaristas da ESP/RS.

Como em um jogo de sintonia, fui interagindo, busquei minhas âncoras a partir da minha origem, passando pela formação e pela prática, trazendo aquilo que vibrou nas minhas trajetórias como docente e como coordenadora dessa formação, entrelaçando tudo em um cenário rizomático com autores e múltiplas vozes: das políticas de saúde, do controle social e dos 26 CSP da ESP/RS em suas múltiplas facetas. Deixei-me aberta e disponível para ser possuída pela dúvida e pelo pensar-sentir-querer desta formação.

O mesmo fascínio de busca de aprendizado, presente nas bifurcações dos abandonos do ninho, me levou a ser despejada da minha vida, deixando-me invadir por outros-em-mim nesta prática desejante, aquele projeto pessoal constrangido por muitos anos. Esta complexa tarefa, de pensar o tempo da formação de sanitaristas da ESP/RS – desde a perspectiva cartográfica, indissociada da expansão da vida e da produção do si mesmo, foi como um viajar por dentro, dando visibilidade ao avesso desta história. Foi um mapear das intensidades e dos afetos que nos constituem e que me fez sentir e acreditar nas palavras da professora Stela Meneghel⁶⁰, dirigidas a mim, por ocasião da *formatura* do 25º CSP, em 2004: *responsável por muitas das teceduras e das costuras desta formação, mesmo as de ponto invisível, mesmo quando os fios ficaram no avesso.*

O movimento do pensar implicou uma produção e circulação de intensidades, com muita intuição e reinvenção de maneiras de ser. Aprendi a borrar a razão vivendo a emoção. Procurei pensar e escrever com o corpo (a alma), dando linguagem a partir dos efeitos acontecendo em mim, uma *escuta pedagógica* sensível, concebendo a vida como possibilidade de experimentação do conhecimento, como diz Marton (1990, p.21 e 22), percorrendo múltiplos caminhos, fazendo conexões teóricas imbricadas com o meu objeto de pesquisa, como no diagrama de uma mandala - este recurso didático para compor campos de aprendizagem da integralidade, estabelecendo a integração ensino-trabalho-cidadania, consolidando as noções de rede e de educação permanente em saúde, convocações de meu orientador.

⁶⁰ Stela Nazareth Meneghel é doutora em Medicina pela Ufrgs, professora e pesquisadora da Unisinos e foi convidada pelos formandos, como ex-professora, para proferir palestra, *A Escola de Saúde Pública e os 25 CSP do Rio grande do Sul*. Formatura do 25º CSP, bodas de prata, segundo a turma. Ano da minha aposentadoria, minha última turma na ESP/RS como coordenadora. Foi um momento de muita emoção, homenagens com música em vozes, flautas e violoncelo (minhas filhas) a mim e a todas as 25 turmas, representadas nesta solenidade.

A abordagem de um fazer cartográfico como um dispositivo capaz de problematizar o instituído, aproximou-me de lógicas minoritárias, fazendo compreender melhor a dinâmica micropolítica dos processos de formação, a produção de subjetividades sanitaristas, processos que se fizeram na diversidade das profissões presentes em cada CSP (muito além da 14 profissões da área da saúde), no respeito às diversidades dos modos de ser/estar, nos calorosos debates, nas desconstruções, nas angústias, nas construções e invenções, no partilhamento do chimarrão, dos doces e salgados, nos afetos ativados, nas viagens e visitas técnico-pedagógicas a locais/serviços inovadores (que contemplavam principalmente as áreas de saúde mental e vigilância em saúde) e nos inúmeros outros encontros interativos de aprendizagem, com as muitas afecções que esta formação possibilita.

Acredito que um cartógrafo pode fluir pelas brechas de sua composição com agenciamentos coletivos nos territórios de vivências. Pode dar passagem, suscitar o ímpeto do fora e deixar-se atravessar pelos corpos, permitindo que, nessa andança, se possa experimentar a faísca da reinvenção. O modo rizomático, conectivo, expansivo e não totalizador conduziu-me como pedagoga-cartógrafa-sanitarista-em-nós nesta expedição, mantendo-me mergulhada em minhas próprias afecções e intensidades. Procurei percorrer os espaços de ruptura e de propagação, os ruídos que vazaram nas bifurcações, desaprender os códigos, embaralhá-los, aguçar as sensações, abrir o corpo, para torná-lo passagem das vozes/imagens do mundo ainda não experimentado. O quanto consegui me movimentar e construir nestas direções movediças, como em uma mandala, não sei, mas tentar, pensar e experimentar já foi interessante e muito importante para mim.

Crises? Muitas: alguns desânimos, outros descuidos, muitas angústias... Quando pensava entrar no porto, era lançada de volta ao mar ou a territórios desconhecidos para continuar no pensar-sentir-querer, deste campo de possibilidades, utilizando a história como recurso, mas desejando superar o historicismo. Inicialmente, dificuldades para compor as bases de dados dos 26 CSP, uma longa e difícil montagem de um mosaico – dados não informatizados, contendo vazios e contradições. Depois, para compor as idéias e conceitos mediante o exercício do pensar-sentir-querer, buscando a filosofia para pensar a interface saúde e educação, tendo que aprender a pensar problemáticamente. E ainda, o exercício de filtrar as informações irrelevantes, focando nas essenciais para tornar visível os dispositivos políticos de produção de subjetividade, capazes de produzir expressões de

novas saúdes no cotidiano dos sistemas de saúde.

Vejo um emaranhado de vozes, marcas, *affectos*, imagens..., tramadas com pensadores que me acompanharam, alguns com mais intensidade, como Ricardo Ceccim, Gilles Deleuze, Alcindo Ferla, Félix Guattari, Virgínia Kastrup, Emerson Merhy, Friedrich Nietzsche, Peter Pelbart, Suely Rolnik e Michel Serres, entre tantos outros que me permitiram avançar um pouco na construção de uma política de formação em saúde e nas reflexões para uma reversão da matriz de pensamento e de práticas na educação em saúde coletiva, tendo em vista a complexidade singular e a responsabilização dos profissionais e dos serviços pelo cuidado e pela cura.

Vejo na história da formação de sanitaristas da ESP/RS, com suas dificuldades e limites, o necessário nos tempos de resistência, o possível em outros tempos, a hibernação podendo acordar levantando os lençóis de tempo, sacudindo-os e ajeitando do melhor modo, a profusão quando o necessário e o possível estavam juntos. Diretamente implicada com as políticas de saúde em construção no país, uma educação em saúde coletiva. Uma história com avanços, retrocessos e processos contraditórios, para uma educação pensada como política à formação, ao desenvolvimento e à valorização profissional, mesmo que mobilizada por prioridades inerentes às trocas de gestão de governo, no âmbito estadual.

Vejo, sobretudo, uma formação de sanitaristas entremeada por um movimento territorial de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e de coletivos organizados para a produção em saúde, notadamente quando:

- a) possibilita um trabalho intenso de pensamento e de problematização do fazer em saúde, de questionamento *in acto* para reversão de práticas inadequadas à construção do SUS;
- b) acolhe e trabalha com o potencial criativo das práticas, inventando novas formas de pensar e agir pelas linhas de fuga, implicando-se com uma aprendizagem inventiva e transformadora;
- c) provoca agenciamentos, experimentação em equipe com modos de existencialização diversos, que levam à produção de novos territórios existenciais ou de referência e novos modos de pensar e de trabalhar;
- d) provoca um contínuo pesquisar no fazer cotidiano, busca transpor os entraves das práticas em equipe e avança no fazer ciência coletivamente, ampliando a autonomia do

- outro, na constituição de espaços capazes de fazer emergir o saudável;
- e) investe em possibilidades de ruptura ao instituído, subvertendo o pensamento epidemiológico-racional-explicativo (mesmo nos CSP que suportaram um atrelamento político, havia processos instituintes de criação de possíveis, com produção de uma resposta à demanda institucional, o que faz lembrar Deleuze (1990), ao dizer que, sem um conjunto de impossíveis não se tem uma linha de fuga, uma saída que constitua a criação);
 - f) potencializa a transformação, comprometida ética e politicamente com o SUS e com a afirmação da vida, assumindo a integralidade e a defesa da vida como marcas estruturantes da formação (integralidade pensada a partir do desenho de uma mandala para construir percursos de cuidado em saúde);
 - g) cria possibilidades pedagógicas que afloram, nos movimentos de estranhamento e de exposição - uma ética *entre-disciplinar* – como potência de formação de outros campos de produção de existência, outros modos de vida, maneiras singulares de ser com produção de subjetividade sanitaria;
 - h) produz um trabalhador atuante, de maneira crítica, sensível, afetiva e inventiva nas práticas em uma equipe de saúde; um trabalhador conhecedor, não só das funções essenciais da saúde pública, mas aberto à emergência de inovações, de um conceito ampliado de saúde e da clínica, capaz de produzir visibilidade às condições subjetivas e experiências da vida dos indivíduos - um sanitaria/generalista no contexto de uma política pública de expressão e afirmação da vida na diversidade.

Porém, se por um lado, eu construí a cartografia que foi me dando condições de visualizar algumas potências dessa formação, com formulações de escuta pedagógica e de pedagogia como devir – o devir-pedagogo no sanitaria/educador de saúde coletiva - por outro, chego ao final com uma sensação de que são muitas as perguntas sem respostas (ou sem respostas conclusivas, que não sei se deveria ter), que muitos textos poderiam ser reescritos, algumas análises revistas, tantas outras leituras refeitas, enfim, uma vontade irrecusável de continuar...

Novamente concordo com Deleuze (1992, p.200), quando diz que não são os começos nem os fins que contam, mas o meio e que o meio não é a linha que está entre dois pontos, mas o ponto que está no entrecruzamento de diversas linhas. As coisas e os pensamentos crescem ou aumentam pelo meio, diz o pensador e é aí onde preciso instalar-

me, é sempre aí que se dobra, que se constituem os processos estéticos, de produção de si, de subjetivação, o eterno vir-a-ser.

Neste último ano, ao ser tomada de assalto em uma reviravolta da vida, atravessada por um abalo perturbador de saúde na família, reafirmo o eterno aprendiz em mim, tendo de lidar com as incertezas, as adversidades e a vulnerabilidade da vida. Em uma frágil saúde permeável há porosidade e inacabamento, portanto, há possibilidade e potência de variação, com novos devires nos modos de andar a vida. A concepção de saúde como luta, de Nietzsche, ficou mais presente em minha vida, aproximando-me ainda mais da sua teoria da grande saúde.

Ao final desta expedição, sinto que meu corpo não é mais o mesmo. Passei a experimentar a sensação de constituir um outro plano de consistência, como um final que não tem fim, onde tudo é coextensivo a tudo. Construí um sentido possível a uma política de formação em saúde, com base nas singularidades propiciadas nos encontros desta reconciliação de tempo, nas mudanças contextualizadas e nos territórios múltiplos dos CSP.

Concordo com Kanaan (2002), que escrever é uma forma de se conhecer e de se dar a conhecer, mas é, sobretudo, lembrando Pelbart (2000b, p.71), desertar o eu, essa forma dominante, hegemônica da pedagogia-tradicional-em-nós, liberando a vida à pedagogia-em-nós, ao devir pedagógico do educador de saúde coletiva.

Procurei construir um mundo em movimento, feito com muito mais que dados e territórios e que poderá ser conhecido por quem tem olhos para o sensível e para o invisível, como diz Cowan (1999, p.116). Ao olhar o mundo que construí, vejo nele minhas marcas junto com a força do pensamento que se exerceu pela pressão delas que se fizeram em meu corpo, ao acaso das composições que foram se tecendo, exigidas e conduzidas pelas marcas. São as marcas que escrevem e que fazem letra para a música do tempo, diz Rolnik (1993, p.246). Esta escrita foi um fazer letra para a música do tempo da formação de sanitaristas da ESP/RS.

A tecedura desta tese foi uma luta, uma gostosa sofrida relação com o saber, diante da exigência intelectual acadêmica e da vida. Foi trabalhosa, mas também prazerosa, ao penetrar e tratar as marcas portadoras de uma certa inquietação/intoxicação do fazer

cotidiano, como lembra Rolnik (1993, p.247), presenteando-me com a transmutação da pedagoga-tradicional-em-nós à pedagoga-cartógrafa-em-nós, ativando devires e uma potência de agir nestes cenários da educação em saúde coletiva.

De toda a produção de mim, parte indiscutível desta tese; de todo o estudo de superior intensidade epistemológica e erudita deste doutorado, componente indiscutível deste percurso; de toda a exploração documental, entre a poeira e a mistura dos guardados da ESP/RS, no mínimo um primeiro e inédito inventário dos CSP da ESP/RS, conteúdo indiscutível da história dos sanitaristas do Rio Grande do Sul. Inventário anexado ao pensamento que explorei e escoeí de mim, cartografando tempos. Este inventário está agora apensado a esta tese como um mapa para qualquer outro estudo que deseje saber como o Rio Grande do Sul estabeleceu um dia a formação de sanitaristas por meio de um curso. Este inventário é a história mais forte da educação em saúde coletiva neste Estado. Deixo aqui minha cartografia e o mais generoso inventário que pude coligir de 30 anos de educação em saúde coletiva no Rio Grande do Sul.

Parece, entretanto, que tudo ainda falta, mas encerro e o faço com as palavras de Sandra Fagundes, dirigidas a mim em 07/09/2006, sobre o inacabamento do doutorado e a vida:

*a tese já te revirou a vida, a vida te revirou mais uma vez,
agora é hora de revirares a vida e te autorizares doutora.*

*Queria um jardim que falasse
Jardim é imagem de beleza, harmonia, amor, felicidade o meu não foi só isso...
Queria o jardim dos meus sonhos, com as sementes que existiam dentro de mim,
nos outros...*

*O que eu buscava não era a estética dos espaços de fora; era a poética dos espaços de
dentro, a construção pela escuta*

O perfume que penetra o corpo por canais invisíveis...

*Eu queria construir o encanto de jardins passados,
em busca do tempo perdido...*

Rubem Alves (2004)



Referências

- ABRASCO. Carta de Porto Alegre e de Belo horizonte: a saúde como direito à vida. **Boletim da Abrasco**, n. 46, 1992.
- AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e outros. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.183-198.
- ALGUÉM TEM QUE CEDER. Produção de Nancy Meyers. Local: 2003. 129 min. son. color. Filme.
- ALMEIDA FILHO Naomar de; PAIM Jairnilson Silva. Las crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 75, 1999. p.5-30.
- ALVES, Rubem. **Jardins**. Disponível em: <<http://www.rubemalves.com.br/jardim.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2004.
- ARAÚJO, Cora Luiza Pavin et al. **Expectativas da população cliente com relação aos serviços de saúde prestados pela unidade sanitária vila 1º de maio**. 1980. 94 f. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública)-Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1980.
- ARELLANO, Oliva López. A política de saúde no México: um exemplo do liberalismo social? In: LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução de Rodrigo Leon Conterá. São Paulo: Cortez, 1995. p.201-224.
- ARROYO, Miguel Gumercindo. **Ofício de mestre: imagens e auto-imagens**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ARROYO, Juan. Una mirada andina a la mirada de Amélia Cohn. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 88, n. 1, p.21-24, 2004.
- BACHELARD, Gaston. **A epistemologia**. Tradução de Fátima Lourenço Godinho e Mário Carmino Oliveira. Rio de Janeiro: Edições 70, 1971.
- BARBISAN, Aluí et al. **Informe final**: grupo de trabalho sobre avaliação e proposta para os cursos de saúde pública. Rio de Janeiro, março, 1984. Texto digitado.
- BARROS, Maria Elizabeth Diniz. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.
- BENEVIDES DE BARROS, Regina. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, Milton; BARROS, Maria Elizabeth Diniz; BRITO, Jussara; NEVES, Mary Vale (Org.). **Trabalhar na escola? “Só inventando o prazer”**. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001. p.71-88.
- BERLINGUER, Giovanni; FLEURY Sônia Maria; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec; CEBES, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. Medicina e política. 39. ed. Reunião Anual da SBPC. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p.62-65, dez. 1988.

BOBBIO, Norberto. **O tempo da memória**: de senectute e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

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

BRASIL. Lei 9.782 de 26 jan. 1999. Dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999.

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. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: SES-RS, 2000.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: SES-RS, 2000.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, data. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/semtec/proep/Ftp/lei.zip>> Acesso em: 10 ago. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para NOB-RH/SUS**. 2 ed., ver. e atual. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Documento preparatório para a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3ª Conagetes). **Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros**: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília, DF, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições à saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sônia Maria. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000a.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Memorial**. 2000b. Texto digitado.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000c.

CASTRO, Janete Lima de (Rel.). **Projeto agenda**: políticas de recursos humanos de saúde. Agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: relatório final. Natal: UFRN, 2000.

CEBES. Editorial. **Saúde em Debate**, n.34, 1992.

CECCIM, Ricardo Burg. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p.81-97, 1999-2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.9-36, 2002b.

CECCIM, Ricardo Burg. 1998. Pediatria, puericultura, pedagogia...: imagens da criança e o devir-criança. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p.87-103, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg. Criança hospitalizada: a atenção integral como escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg ; CARVALHO, Paulo Antonacci (Org.). **Criança hospitalizada: a atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Ufrgs, 1997. p.27-41.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann. **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Meditação, 1998. p.37-50. (Educação Básica, 4).

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj; Abrasco, 2004. p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepsc/Uerj; Abrasco, 2005a. p.161-180.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg. A educação em saúde nas palavras e nos gestos: reflexões investigativas. Disciplina cursada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Ufrgs, 2002a. Notas de aula.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p.30-56, dez. 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do sistema único de saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.143-161.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que diz a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos em saúde e o papel dos gestores da saúde, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p.373-383, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.163-177.

CECCIM, Ricardo Burg; DARON, Vanderléia (Rels.). Relatório final. In: **Seminário de avaliação, integração e participação na elaboração e execução da política de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SES-RS, 1999.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: IMS-UFRJ, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj; Abrasco, 2003. p.211-226.

CECCIM, Ricardo Burg; FREITAS, Mônica Teresinha de. Enfermagem em saúde comunitária: experiência na vila augusta. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 4, n.1, p.9-19, jan. 1983.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **A construção de linhas do cuidado como caminho para a integralidade, também no interior da educação dos profissionais de saúde**. Curitiba: texto base para curso no VII Congresso Nacional da Rede Unida, 15 a 18 de junho de 2006. Texto digitado.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manoel C. (Org.) **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.129-136.

CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora C. **A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área da saúde**. Belo Horizonte, 1992. Texto digitado.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Reformulação do sistema nacional de saúde. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SÉRGIO AROUCA, 12, 2003, Brasília. Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos e o SUS que queremos. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287/98**. Dispõe sobre as 14 categorias dos profissionais de saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <conselho.saúde.gov.br/links_superior/legislação.htm>. Acesso em: 20 set. 2006.

CÔRTEZ, Soraya Vargas. *Sociologia e Políticas de Saúde*. Disciplina cursada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Ufrgs, 2004. Notas de aula.

COSTA, Sylvio de Souza Gadelha. Esquizo ou da educação: Deleuze educador virtual. In: LINS, Daniel; COSTA, Sylvio de Souza Gadelha; VERAS, Alexandre (Org.). **Nietzsche e Deleuze: intensidade e paixão**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000. p.117-132.

COWAN, James. **O sonho do cartógrafo** – meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do século XVI. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

CZERMAK, Rejane. **Cartografia da sala de aula: o aprendizado transformador**. 1990. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- Departamento de Psicologia Social da Ufrgs, Porto Alegre, 1990.

DARON, Vanderléia. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marca feminina do controle social do SUS (relato da experiência do MMTR-RS em parceria com a SES-RS). **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p.96-105, dez. 2001.

DARON, Vanderléia e DAVID, Clarete Nespolo de. Construindo significados ao controle social. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.203-220.

DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a filosofia**. Tradução de Edmundo Fernandes Dias e Ruth J. Dias. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.

DELEUZE, Gilles. 1976. **Proust e os signos**. Tradução de Antonio Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

DELEUZE, Gilles. 1972. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: 34, 2000.

DELEUZE, Gilles. 1968. **Diferença e repetição**. Tradução de Luiz Orlando e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DELEUZE, Gilles. 1985. **Imagem-tempo**. Tradução de Eloísa de Araújo Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 1990.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mille plateaux: capitalismo e schizophrénie**. Paris: Minit, 1980.

DOIMO, Ana; RODRIGUES, Marta. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Política e sociedade**, n. 3, p.95-115, 2003.

DONNÂNGELO, Maria Cecília. 1982. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1983. p.17-35.

DONNÂNGELO, Maria Cecília. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. 244 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Ufrgs. Porto Alegre, 2006.

FERLA, Alcindo Antônio. A participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: IMS-UFRJ, v. 14, n. 1, p.85-108, 2004a.

FERLA, Alcindo Antônio. **Parecer** sobre projeto de tese: formação de sanitaristas: cartografia de uma pedagogia e a busca por uma construção de conhecimentos e práticas para a defesa da vida na educação em saúde coletiva. Porto Alegre: PPGEdU/Faced/Ufrgs, 2004b.

FERLA, Alcindo Antônio et al. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.15-35.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg e PELLEGRINI, Maria Letícia Machry de. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj; Abrasco, 2003. p.61-88.

FEUERWERKER, Laura. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Rede Unida; ABEM, 2002.

FIOCRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. **Educação à distância numa escola de governo em saúde**. São Paulo: Fiocruz/ENSP, 1999.

FISCHMANN, Airton. **A Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul: período 1975 a 1978**. Porto Alegre: ESP-RS, 2002. Texto digitado.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia Maria. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia Maria. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, Giovanni; FLEURY TEIXEIRA, Sônia; CAMPOS, Gastão W.S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-Cebes, 1988. p.195-207.

FOUCAULT, Michel. 1984. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. 2

FOUCAULT, Michel. 1968. **Respuesta a una pregunta**. Buenos Aires: Almagesto, 1991.

FOUCAULT, Michel. 1970. **Theatrum philosophicum**. Barcelona: Anagrama, 1995.

FOUCAULT, Michel. 1971. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GIL, José. Ele foi capaz de introduzir no movimento dos conceitos o movimento da vida. **Educação e Realidade**, v. 27, n. 2, p. 204-224, jul./dez. 2002.

GUATTARI, Félix. 1981. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. 1986. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

GUATTARI, Félix. 1990. **Caosmose, um novo paradigma estético**. São Paulo: 34, 1992.

GUATTARI, Félix. 1990. **As três ecologias**. 13. ed. Tradução de Maria Cristina Bittencourt. Campinas: Papirus, 2002.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

HARTSTEIN, Alba Terezinha Schultz et al. **Estudo preliminar para diagnóstico do curso de saúde pública do Estado do Rio Grande do Sul**. 1983. 66 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)– Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 9º CSP, 1983.

JAEGER, Maria Luiza; CECCIM, Ricardo Burg; MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho e da educação na Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. v. 5, n 7, jan./2003 a abr./2004. Edição especial.

JAEGER, Maria Luiza et al. Saúde de verdade e com qualidade: o desafio de transformar a legislação em prática cotidiana. In: MARQUES, J. Luiz. (Org.). **Rio Grande do Sul: estado e cidadania**. Porto Alegre: Palmarinca, 1999.

KANAAN, Dany Al-Behy. **Escuta e subjetivação**: a escritura de pertencimento de Clarice Lispector. São Paulo: Casa do Psicólogo; EDUC, 2002.

KASTRUP, Virgínia. **A Invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. São Paulo: Papirus, 1999.

KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, Daniel (Org.). **Nietzsche e Deleuze**: pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. p.207-223.

KLEY, Cristina et al. **Situação profissional do especialista em saúde pública formado pela ESP/SES/RS**. 1994. 71 f. Monografia (Especialização em saúde pública). Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 18º CSP, 1994.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e Educação: Uma prática de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.267-292.

LABRA, Maria Eliana. Chile: a contra-reforma sanitária do regime autoritário. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 23, p.19-24, dez., 1988.

LARROSA, Jorge. **Pedagogia profana**: danças piruetas e mascaradas. Tradução de Alfredo Veiga-Neto. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução de Rodrigo Leon Conterá. São Paulo: Cortez, 1995. p.7-9.

LAURELL, Asa Cristina. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, Everardo Duarte. (Org.) **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985.

LEITE, Denise Balarine Cavalheiro. Conhecimento social na sala de aula universitária e autoformação docente. In: MOROSINI, Marília Costa (Org.). **Professor do ensino superior**: identidade, docência e formação. 2.ed. Brasília: Plano Editora, 2001. p.93-108.

LEITE, Denise Balarine Cavalheiro; BRAGA, Ana Maria; FERNANDES, Cleoni e colaboradores. A avaliação institucional e os desafios da formação do docente na universidade pós-moderna. In: MASETTO, Marcos (Org.). **Docência na universidade**. Campinas: Papirus, 1998. p.39-56.

LEITE, Denise Balarine Cavalheiro. **Parecer** sobre projeto de tese: formação de sanitaristas: cartografia de uma pedagogia e a busca por uma construção de conhecimentos e práticas para a defesa da vida na educação em saúde coletiva. Porto Alegre: PPGEdU/Faced/Ufrgs, 2004.

LISPECTOR, Clarice. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LIMA, Maristela Correa Rodrigues; ARMANI, Teresa Borgert. (org.). **Estudos em saúde pública: aspectos do cotidiano**. Porto Alegre: DaCasa, 1996.

MADEL LUZ, Therezinha. 1979. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MADEL LUZ, Therezinha. Sobre as relações entre Estado e sociedade civil: transformações no campo da saúde a partir do referencial das ciências sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p.8-32, 2003.

MARTINS, Cleide Lavieri. **Desvelando a identidade da pós-graduação em saúde pública**. 1999. 180 f. Tese (Doutorado em saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1999.

MARTON, Scarlett. **Nietzsche: das forças cósmicas aos valores humanos**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade e a formação de políticas específicas de saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2003. p.45-59.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj; Abrasco, 2001. p.39-64.

MATURANA, Roberto; VARELA, Francisco J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MEIRA, Marly. **Filosofia da criação: reflexões sobre o sentido do sensível**. Porto Alegre: Mediação, 2003.

MELHOR É IMPOSSÍVEL. Produção de James L. Brooks, 1997. 139 min. son. color. Filme.

MENEGHELL, Stela Nazareth et al. Internações hospitalares no Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 6, n. 2, abr./jun., 1997.

MENEZES, Elsa Anália Bandeira; BARCELLOS, ANDREA Costa; SILVA, Carlos Antônio. **A formação dos sanitaristas na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, de 1990 a 2002: uma história em construção**. 2005. 73 f. Monografia (Especialização em saúde Pública)- Escola de Saúde Pública. Porto Alegre, 2005.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃOa. Disponível em: <<http://www1.capes.gov.br/Scripts/Avaliacao/MeDoReconhecidos/Area/Programa.asp?0>>. Acesso em: 30 out. 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃOb. Disponível em <http://www.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp>. Acesso em: 30 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS**. Proposta preliminar para discussão. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde**, v. 1, n. 1, p.147-212, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. 2ª conferência nacional de recursos humanos para a saúde. Relatório final. **Cadernos RH Saúde**, v. 2, n. 1, p.1-59, 1994.

MISOCZKI, Maria Ceci. **O campo da atenção à saúde após a constituição de 1998: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

MOREIRA, Denise Wolffenbüttel. ESP/RS: 40 anos de educação em saúde pública no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.127-143, 2002.

NÉRET, Gilles. **Dalí**. Tradução de Lucília Filipe. Lisboa: Paisagem Distribuidora, 2004.

NIETZSCHE, Friedrich. 1878. **Humano, demasiado humano**. Trad. Grupo Pilato Impressores. Buenos Aires: Bureau Editor, 2003.

NIETZSCHE, Friedrich. 1887. **A gaia ciência**. Trad. Paulo César Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich. 1888. **Ecce homo: como alguém se torna o que é**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

NORONHA, Ana Beatriz de. Seis décadas de história. **RADIS – comunicação em saúde**, n. 10, Rio de Janeiro, jun. 2003.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p.55-69, 1996.

NUNES, Everardo Duarte. A formação de sanitaristas no Brasil com especial referência aos cursos descentralizados de saúde pública. **Município e Saúde**. Ijuí, v.1, n. 1, p.46-53, jan/jun. 1993.

NUNES Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 1998.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Funciones esenciales de salud pública:** una perspectiva desde las prácticas sociales. Marco de referência para uma discussão regional. Washington, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde coletiva: desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Saúde, 2000.

PAIM Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PEIXOTO, Aromilda Grassotti. **Produção da vida nos encontros entre educação e trabalho:** uma cartografia do trabalho educativo. 2001. 175 f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Faculdade de Educação da Ufrgs. Porto Alegre, 2001.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v 35, n. 1, p.75-91, 2001.

PELBART, Peter Pál. **O tempo não-reconciliado:** imagens de tempo em Deleuze. São Paulo: Perspectiva, 1998.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo rei:** 7 ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993. (Série Logoteca).

PELBART, Peter Pál. **A Vertigem por um Fio:** políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000b.

PELBART, Peter Pál. Deleuze, um pensador intempestivo. In: LINS, Daniel; COSTA, Sylvio de Souza Gadelha; VERAS, Alexandre. **Nietzsche e Deleuze:** intensidade e paixão. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000a. p.63-74.

PESSOA, Fernando. 1935. **Livro do desassossego.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

PRIGOGINE, Ilya. **O fim das certezas:** tempo, caos e as leis da natureza. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Unesp, 1996.

RAUBER, Aládia Isabel et al. **Situação institucional e profissional do especialista em saúde pública formado pela Escola de Saúde Pública/SSMA/RS: período de 1975 a 1986.** 1987. 86 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)–Escola de Saúde Pública/RS. Porto Alegre, 1987.

REDE UNIDA. **Agenda estratégica para 2002-2003.** Disponível em: <www.redeunida.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2002.

RIBEIRO, P. T. **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1991.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS:** estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Levantamento de dados básicos dos egressos dos cursos de saúde pública de 1980, 1981 e 1982**. Porto alegre, 1993. Texto digitado.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria nº 183/2001. Institui Comitê de Ética na Pesquisa em saúde. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 20 de fevereiro de 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES-RS n.9, de 8 de maio de 2000. Institui o Pólo de Educação em Saúde Coletiva. **Diário Oficial do Estado**, 11 de maio de 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Decreto estadual nº 13.9812, de 11 de julho de 1962. Cria a Escola de Saúde Pública. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 14 de julho de 1962.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Portaria SES-RS n.39, de 1 de dezembro de 2000. Institui Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva. **Diário Oficial do Estado**, 1 de dezembro de 2000.

RIO GRANDE DO SUL. **Coletânea de legislação o SUS é legal**. Porto Alegre, 2000.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, PUC/SP, v. 1, n. 2, p.241-251, set./fev.,1993.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SAIPPA, Gilson. Transdisciplinaridade. **Boletim Integralidade em saúde/LAPPIS**, 31/07/2005. Entrevista com Gilson Saippa e Lílían Koifman..

SANTANA, José Paranaçu; CAMPOS, Francisco Eduardo; SENA, Roseni Rosângela. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Disponível em: <www.pessoalsus.in.br>. Acesso em: 10 out. 2001.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Organização da atenção à saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “Modelo SUS”? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: CEBES, v. 28, n. 68, p. 279-288, set./dez. 2004.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. **Práticas pedagógicas em saúde**: aprendizagens no cotidiano da educação em saúde. 2002. .35 f. Monografia (Especialização em Psicologia Social e Institucional)– Instituto de Psicologia, Ufrgs, Porto Alegre, 2002.

SCHAEDLER, Lúcia Inês. **Pedagogia cartográfica**: a estética das redes no setor saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos. 2003. 133 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Educação, Ufrgs, Porto alegre, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Notas: unidade sanitária vila 1º de maio. **Boletim da Saúde**, v. 8, n. 2, p. 21-24, jul. 1981.

SERRES, Michel. **O terceiro instruído**. Tradução de Serafim Ferreira. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Cláudio de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj - Abrasco, 2003. p.113-128.

SOCIEDADE DOS POETAS MORTOS. Produção de Peter Wein, 1989. 129 min. Son. color. Filme.

SOUZA SANTOS, Boaventura de. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000. v. 1

TESTA Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, Rio de Janeiro: Abrasco, 1992b.

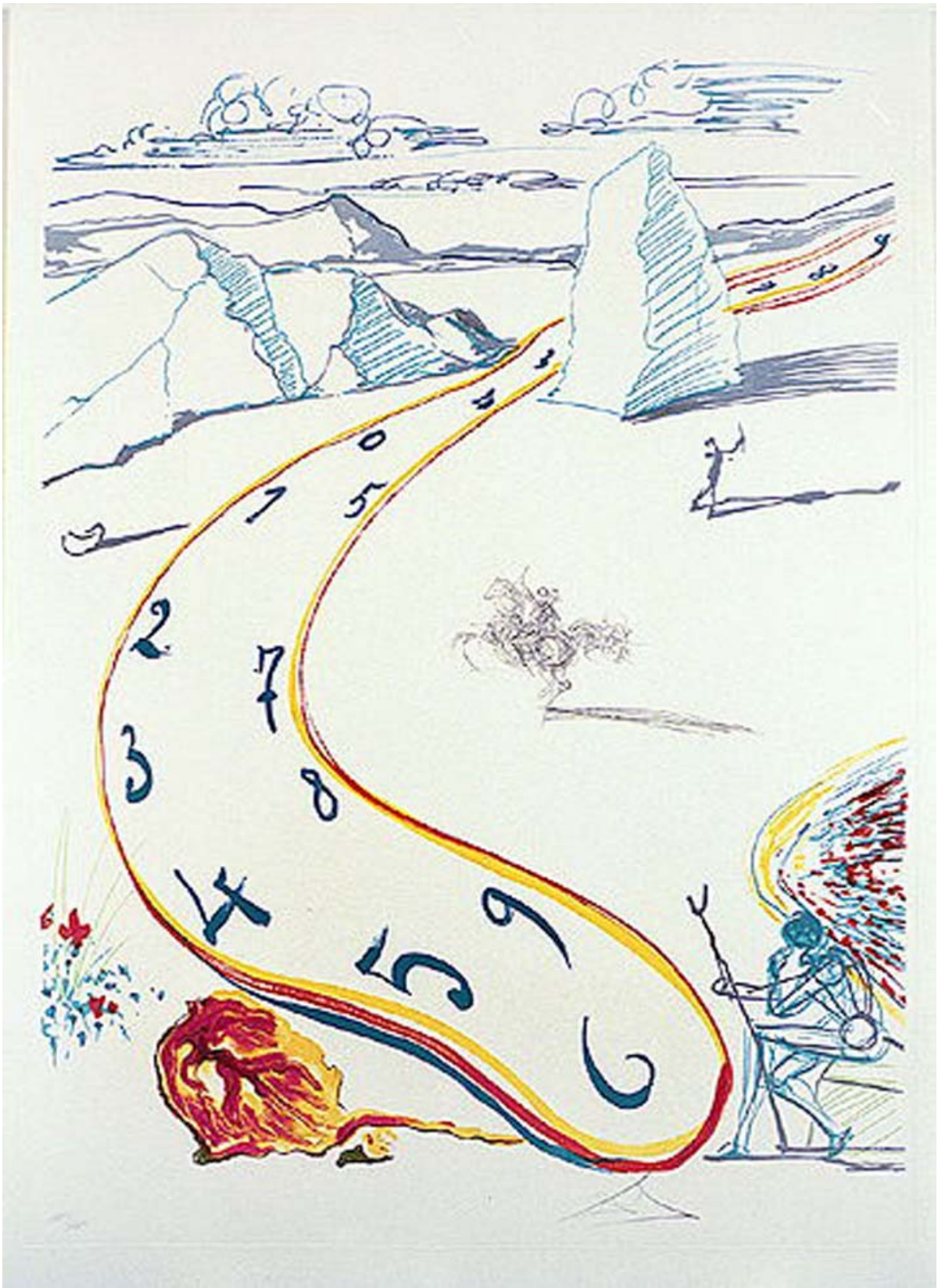
TESTA, Mário. Salud publica: acerca de su sentido y significado. In: OPS. **La crisis de la salud publica: reflexiones para el debate**. Washington: 1992a. (Publicación Científica, 540).

TETELBOIN, Carolina. Chile: políticas neoliberais e saúde. In: LAURELL, Asa Cristina (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução de Rodrigo Leon Conterá. São Paulo: Cortez, 1995. p.179-200.

TEXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 19-21, jul.,1996.

Yalom, Irvin D. **Quando Nietzsche chorou**. 4. ed. Tradução de Ivo Korytowski. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

WALT, Gill. **Health policy: An introduction to process and power**. London: Zed Books, 1994.



ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO DOS INFORMANTES QUALIFICADOS

- 1) **Assis Pedro Perin Piccini** – aluno do 11º CSP da ESP/RS, em 1985, coordenador e docente dos CSP no período de 1975 a 1977, docente e pesquisador da ESP/RS nos períodos de 1972 a 1977 e de 1984 a 1989.
- 2) **Carlos Dácio Pereira de Araújo** – aluno do 1º CSP, em 1975, diretor da ESP/RS no ano de 1989, pesquisador da ESP e docente do CSP desde 2000.
- 3) **Carmem Lúcia Degani Tschiedel** – aluna do 5º CSP da ESP/RS, em 1979; assessora técnico-pedagógica dos Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária da SES/RS e do Grupo Hospitalar Conceição, no período de 1983 e 1984; docente e pesquisadora da ESP/RS no período de 1980 a 1988.
- 4) **Cristianne Maria Famer Rocha** – pesquisadora, assessora de coordenação e planejamento da ESP/RS no período de 2000 a 2002, e docente do CSP de 2001 a 2004.
- 5) **Eunice da Rocha Fochi** – aluna do 21º CSP da ESP/RS, em 1997, coordenadora adjunta do CSP no período de 2000 a 2004; docente, pesquisadora da ESP e membro do corpo docente do CSP desde 1989.
- 6) **Ilaine Maria Schmidt** – aluna do 13º CSP da ESP/RS, em 1987, secretária dos CSP no período de 1978 a 1986, assessora administrativa dos CSP no período de 2001 a 2004.
- 7) **Lúcia Silva e Silva** - docente e coordenadora do 7º CSP, em 1981; docente, pesquisadora e diretora da ESP/RS no período de março de 1987 a janeiro de 1989.
- 8) **Marcos Breunig** – estudante de Medicina da Ufrgs, um dos precursores dos núcleos estudantis de educação na saúde coletiva e militante do Coletivo Saúdes.
- 8) **Roger dos Santos Rosa** – docente, pesquisador e coordenador do CSP, pelo Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina da Ufrgs no período de 1995 a 1997.
- 10) **Telma Rippol** - aluna do 4º CSP da ESP/RS, em 1988; docente e pesquisadora da ESP/RS no período de 1979 a 1991.

Base de Dados I

CRONOLOGIA DE EVENTOS MARCADORES DE TEMPO – 1975 a 2004

TEMPOS			
I	II	III	IV
De 1975 a 1979 (5 anos – 5 cursos)	De 1980 a 1989 (10 anos – 10 cursos)	De 1990 a 1999 (10 anos – 6 cursos)	De 2000 a 2004 (5 anos – 5 cursos)
<ul style="list-style-type: none"> - Criação Cebes (1976) - Piass (1976) - Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde/ Conf. de Alma Ata (1978) - Criação da Abrasco (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> - PrevSaúde (1980) - 7ª CNS (1980) - Plano Conasp (1982) - AIS (1984) - <i>Diretas Já</i> (1985) - Plenária de Entidades/Reforma Sanitária (1986) - 8ª CNS (1986) - 1ª CNRH (1986) - Lei nº 8.189/86 – cria o cargo de sanitaria no RS (1986) - SUDS (1987) - Ass. Nacional Constituinte (1988) - Criação do SUS (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamentação do SUS – Lei nº 8.080/90 (1990) - Lei nº 8.142/90 (1990) - Mestrado em Epidemiologia na Ufpel (1991) - 9ª CNS (1992) - <i>Impeachment</i> do Presidente da República (1992) - Extinção do Inamps (1993) - LDB – Lei nº 9.394/96 (1996) - 10ª CNS (1996) - NOB/93, NOB/96 - NOB-RH/ SUS (proposta na 10ª CNS) - Concurso público para provimento do cargo de sanitaria no RS (1994)* - PACS (decorrente do PISUS, não implantado (1991) - PSF (1994) - Doutorado em Epidemiologia na Ufpel (1999) - Criação da Anvisa (1999) 	<ul style="list-style-type: none"> - 11ª CNS (2000) - NOB/ RH/ SUS (aprovada na 11ª CNS) (2000) - Concurso público para cargo de sanitaria no RS (2000)* - Expansão PSF (B. Mundial) (2001) - Mestr/Dout.em Epidemiologia na Ufrgs (2001) - Saúde Solidária (1999 a 2002) - Formação Solidária (2001 a 2002) - 12ª CNS (2003) - Proesf (2003) - Criação da Sgtes e do Deges (2003) - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) - Mestrado em Saúde Coletiva na Unisinos (2002)

* Decreto 35.664 de 29/11/1994

Base de Dados II

DEMONSTRATIVO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Conferências Nacionais de Saúde			
Ano	Identificação	Local	Chamada/Título
1941	1ª Conferência Nacional de Saúde	Rio de Janeiro	Organização sanitária, ampliação e sistematização das campanhas contra a tuberculose e hanseníase, serviços básicos de saneamento e proteção materno-infantil.
1950	2ª Conferência Nacional de Saúde	Rio de Janeiro	Orientações e normatizações de sanitaristas para maior uniformidade às resoluções dos problemas de saúde do Brasil.
1963	3ª Conferência Nacional de Saúde	Rio de Janeiro	Situação sanitária do Brasil. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias, municipalização dos serviços de saúde, fixação de Plano Nacional de Saúde.
1967	4ª Conferência Nacional de Saúde	Rio de Janeiro	Recursos humanos para atividades de saúde.
1975	5ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Sistema nacional de saúde, programa de saúde materno-infantil, sistema nacional de vigilância epidemiológica, controle das grandes endemias e extensão da saúde às populações rurais.
1977	6ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Controle das grandes endemias, interiorização dos serviços de saúde e política nacional de saúde.
1980	7ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Reformulação do Sistema Nacional de Saúde
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Saúde - municipalização é o caminho
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde	Brasília	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social
2003	12ª Conferência Nacional de Saúde: Sérgio Arouca	Brasília	Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos

Fonte: Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, 2005

Base de Dados II

DEMONSTRATIVO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

(Continuação Base de Dados III)

Conferências Estaduais de Saúde do Rio Grande do Sul			
Ano	Identificação	Local	Chamada/Título
1991	1ª Conferência Estadual de Saúde	Passo Fundo	Saúde: municipalização é o caminho
1992	1ª Conferência Estadual de Saúde Mental	Tramandaí	Saúde mental
1993	1ª Conferência Estadual de Saúde Bucal	Farroupilha	Saúde bucal
1996	2ª Conferência Estadual de Saúde	Porto Alegre	SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida
2000	3ª Conferência Estadual de Saúde	Porto Alegre	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
2001	2ª Conferência Estadual de Saúde Mental	Pelotas	Reorientação assistencial: efetivando a reforma psiquiátrica
2002	1ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador	Porto Alegre	A saúde do trabalhador em debate
2003	4ª Conferência Estadual de Saúde	Caxias do Sul	Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos

Fonte: Conselho Estadual de Saúde (CES-RS), 2006

Conferências Regionais de Saúde – inovação do RS*			
Ano	Identificação	Local	Chamada/Título
2000	1ª Conferência Regional de Saúde (19 Regiões)	Sedes de 15 CRS	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
2001	1ª Conferência Regional de Saúde Mental (19 Regiões)	Sedes das 19 CRS	Saúde Mental

Fonte: Conselho Estadual de Saúde (CES-RS) e Centro de Informação e Documentação em Saúde (CEIDS) da ESP/RS, 2006

(Continuação Base de Dados II)

Conferências Municipais de Saúde – Município Sede da ESP/RS – Capital/RS			
Ano	Identificação	Local	Chamada/Título
1991	1ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre	Porto Alegre	A saúde tem pressa, uma questão de vida
1996	2ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre	Porto Alegre	Reafirmando o SUS e construindo uma cidade saudável
2000	3ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre	Porto Alegre	Aprofundando o controle social
2001	1ª Conferência Municipal de Saúde Mental	Porto Alegre	Saúde mental
2003	4ª Conferência Municipal de Saúde	Porto Alegre	Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos

Fonte: Conselho Municipal de Saúde, 2006

*As Conferências Regionais de Saúde no RS não substituíram as Municipais, o que significou um maior número de Conferências neste Estado.

Base de Dados III

PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO/PROGRAMA DOS 26 CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA – 1975 a 2004

Tempos	Anos	Instrumentos/Dispositivos														Quantitativos			
		Processo seletivo				Concepção pedagógica													
		Definição de critérios	Procedimentos metodol.			Organização dos conteúdos		Ementa de curso	Ementa de disciplinas	Refer. Bib.	Eixo longit. integrador	Metodologias ativas de ensino	Integração ensino/serviço	Avaliação		Nº inscritos	Nº matriculados	Nº concluintes	C/h total
			C. vitae	Prova	Entrevista	Disciplinas Nº	Áreas temáticas Nº							Aluno	Curso				
I	1975	S	S	N	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	50*	31	27	800
	1976	S	S	N	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	58	31	31	800
	1977	S	S	N	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	40	33	29	800
	1978	S	S	N	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	51	31	27	720
	1979	S	S	S	S	16	N	S	S	S	N	P	P	S	S	50*	34**	34	900
II	1980	S	S	S	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	94	37	37	1120
	1981	S	S	S	S	N	6	S	S	S	N	P	P	S	S	64	31	28	1008
	1982	S	S	S	S	N	6	S	S	S	N	P	P	S	S	74	30	30	1008
	1983	S	S	S	N	N	6	S	S	S	N	P	P	S	S	67*	32**	32	1224
	1984	S	S	S	S	N	4	S	S	S	S	P	P	S	S	79	30	26	691
	1985	S	S	S	S	N	4	S	S	S	S	P	P	S	S	60	30	30	870
	1986	S	S	S	N	N	4	S	S	S	N	P	P	S	S	53	32	31	960
	1987	S	S	S	S	N	4	S	S	S	N	P	P	S	S	48	30	29	860
	1988	S	S	S	S	N	4	S	S	S	N	P	P	S	S	47	30	27	770
	1989/90	S	S	S	S	12	N	S	S	S	N	P	P	S	S	88	43	40	820

(Continuação Base de Dados III)

Tempos	Anos	Instrumentos/Dispositivos														Quantitativos			
		Processo seletivo				Concepção pedagógica										Nº inscritos	Nº matriculados	Nº concluintes	C/h total
		Definição de critérios	Procedimentos metodol.			Organização dos conteúdos		Ementa de curso	Ementa de disciplinas	Refer. Bib.	Eixo longit. integrador	Metodologias ativas de ensino	Integração ensino/serviço	Avaliação					
			C. vitae	Prova	Entrevista	Disciplinas Nº	Áreas temáticas Nº							Aluno	Curso				
III	1992	S	S	S	S	13	N	S	S	S	S	P	P	S	S	44	33	28	590
	1993	S	S	S	S	14	N	S	S	S	N	P	P	S	S	38	30	21	590
	1994	S	S	S	S	10	N	S	S	S	N	P	P	S	S	41	30	20	585
	1995	S	S	S	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	45	31	24	765
	1996	S	S	N	S	9	N	S	S	S	S	P	P	S	S	63	37	31	587
	1997	S	S	S	S	11	N	S	S	S	S	P	P	S	S	46*	37	37	645
IV	1999/2000	S	S	N	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	180	40	29	640
	2001	S	S	N	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	71	35	35	640
	2002	S	S	N	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	168	35	33	640
	2003	S	S	N	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	146	42	32	640
	2004	S	S	N	S	10	N	S	S	S	S	P	P	S	S	140	47	40	640
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.905	882	788	-

Fonte: Secretaria Acadêmica da ESP/RS, 2002-2005

Legenda:

S – Sim

N – Não

P – Parcialmente

SD – Sem Dados

* Pela ausência de dados, considerou-se a média do número de candidatos do respectivo Tempo.

** Pela ausência de dados, considerou-se o número de concluintes do respectivo curso.

Observação: No ano de 1999 a ESP/RS comprou vagas no CSP da Ufrgs, como parte do projeto de retomada da oferta regular da formação de sanitaristas.

Base de Dados IV

**MONOGRAFIAS DE CONCLUSÃO DOS 26 CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/FORMAÇÃO DE SANITARISTAS
ESP/RS NO PERÍODO DE 1975 A 2004**

Tempos	Turmas	Anos	Instrumentos/Dispositivos											Nº de monografias	
			Modalidade		Temática							Avaliação			
			Trabalho individual	Trabalho de grupo	Avaliação de programa, serviço e/ou políticas	Diagnóstico de saúde	Promoção e educação em saúde	Formação e gestão de pessoal	Participação e controle social	Vigilância em saúde	Planejamento/ organização da atenção e/ou gestão em saúde	Banca	Critérios		
											Conceito	Vínculo a eixo integrador			
I	1ª	1975	N	S	3	-	-	-	-	-	-	SD	S	N	3
	2ª	1976	N	S	3	2	-	-	1	-	2	SD	S	N	8
	3ª	1977	N	S	-	2	-	-	-	-	-	SD	S	N	2
	4ª	1978	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
	5ª	1979	N	S	3	-	-	-	-	-	2	S	S	N	5
II	6ª	1980	N	S	1	-	-	1	2	-	-	S	S	N	4
	7ª	1981	N	S	-	-	1	-	1	1	-	S	S	N	3
	8ª	1982	N	S	1	-	-	-	2	1	1	S	S	N	5
	9ª	1983	N	S	-	-	-	1	-	3	-	S	S	N	4
	10ª	1984	N	S	-	3	-	-	-	-	1	S	S	S	4
	11ª	1985	N	S	1	-	1	-	3	2	1	S	S	S	8
	12ª	1986	N	S	-	-	-	-	2	4	-	S	S	N	6
	13ª	1987	N	S	-	-	-	2	-	2	-	S	S	N	4
	14ª	1988	N	S	1	-	2	-	-	1	2	S	S	N	6
	15ª	1989/90	N	S	-	-	4	1	2	-	-	S	S	N	7

(Continuação Base de Dados IV)

Tempos	Turmas	Anos	Instrumentos/Dispositivos												Nº de monografias
			Modalidade		Temática							Avaliação			
			Trabalho individual	Trabalho de grupo	Avaliação de programa, serviço e/ou políticas	Diagnóstico de saúde	Promoção e educação em saúde	Formação e gestão de pessoal	Participação e controle social	Vigilância em saúde	Planejamento/ organização da atenção e/ou gestão em saúde	Banca	Critérios		
										Conceito	Vínculo a eixo integrador				
III	16ª	1992	S	S	1	3	-	-	-	4	1	S	S	S	9
	17ª	1993	S	S	-	1	2	-	1	1	1	S	S	N	6
	18ª	1994	S	S	-	-	2	2	1	2	1	S	S	N	8
	19ª	1995	S	S	-	-	4	-	2	-	1	S	S	S	7
	20ª	1996	N	S	1	-	1	-	-	1	1	S	S	S	4
	21ª	1997	N	S	-	-	1	-	-	-	2	S	S	S	3
IV	22ª	1999/2000	S	S	2	-	1	1	-	3	1	S	S	S	8
	23ª	2001	S	S	-	1	6	-	1	3	5	S	S	S	16
	24ª	2002	S	S	2	1	6	1	1	3	1	S	S	S	15
	25ª	2003	S	S	1	1	7	-	-	5	2	S	S	S	16
	26ª	2004	S	S	-	1	15	4	1	5	4	S	S	S	30
TOTAL			-	-	20	15	53	13	20	41	29	-	-	-	191

Fonte: Secretaria Acadêmica da ESP/RS e Centro de Informação e Documentação em Saúde (Ceids) da ESP/RS, 2002-2005

Observação: No ano de 1999 a ESP/RS comprou vagas no CSP da Ufrgs, como parte do projeto de retomada da oferta regular da formação de sanitaristas.

Legenda:

S – Sim

N – Não

SD – Sem Dados

Base de Dados V

**PERFIL DE TITULAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CURSO,
DOS DOCENTES RESPONSÁVEIS E DA DIREÇÃO DA ESP/RS**

Tempos	Turmas	Anos	Função									
			Coordenadores			Docentes				Diretor (a)		
			Especialista	Mestre	Doutor	Especialista	Mestre	Doutor	Total	Especialista	Mestre	Doutor
I	1ª	1975	-	1	-	*	*	-	11****	-	X	-
	2ª	1976	1	1	-	*	*	-	14	-	X	-
	3ª	1977	1	1	-	*	*	-	12****			
	4ª	1978	1	1	-	10	3	1	14			
	5ª	1979	2	-	-	4	10	2	16	X	-	-
II	6ª	1980	1	2	-	*	*	*	14	-	X	-
	7ª	1981	-	2	-	*	*	*	6**			
	8ª	1982	1	1	-	*	*	*	6**			
	9ª	1983	1	1	-	1	4	1	6**	-	X	-
	10ª	1984	1	1	-	-	2	2	4**			
	11ª	1985	-	2	-	-	1	3	4**			
	12ª	1986	-	2	-	-	2	2	4**			
	13ª	1987	1	2	-	-	4	-	4**	-	X	-
	14ª	1988	-	2	-	-	4	-	4**			
	15ª	1989/90	-	1	-	1	5	4	10****	-	X	-
									X	-	-	

(Continuação Base de Dados V)

Tempos	Turmas	Anos	Função									
			Coordenadores			Docentes				Diretor (a)		
			Especialista	Mestre	Doutor	Especialista	Mestre	Doutor	Total	Especialista	Mestre	Doutor
III	16 ^a	1992	-	2	-	-	10	3	13	X	-	-
	17 ^a	1993	-	2	-	-	11	3	14			
	18 ^a	1994	-	2	-	-	5	4	9			
	19 ^a	1995	-	2	-	1	7	2	10			
	20 ^a	1996	-	2	-	1	5	3	9			
	21 ^a	1997	-	2	-	1	4	5	10***			
IV	22 ^a	1999/ 2000	-	2	-	3	4	3	10	-	-	X
	23 ^a	2001	-	2	-	-	9	1	10			
	24 ^a	2002	1	2	-	-	6	4	10			
	25 ^a	2003	-	2	-	1	6	3	10			
	26 ^a	2004	-	2	-	1	5	4	10			

Fonte: Secretaria Acadêmica e Ceids da ESP/RS, 2002-2005

Legenda:

* Não há registro

** Curso estruturado em áreas temáticas

***Não corresponde ao número total de disciplinas, porque alguns professores assumiam a coordenação de mais de uma disciplina.

Observação: No ano de 1999 a ESP/RS comprou vagas no CSP da Ufrgs, como parte do projeto de retomada da oferta regular da formação de sanitaristas.

Base de Dados VI

IDENTIFICAÇÃO DOS COORDENADORES DOS 26 CSP E DOS DIRETORES DA ESP/RS NO PERÍODO DE 1975 A 2004

ANO	COORDENADOR(A)			DIRETOR(A)		
	NOME	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	NOME	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO
1975	Airton Fischmann	Médico	Mestre	Jorge Ossanai	Médico	Mestre
				Airton Fischmann	Médico	Mestre
1976	Lia Fanuck	Advogada	Especialista			
1977	Assis Pedro Perin Piccini	Químico	Mestrando			
1978						
1979	Lia Fanuck	Advogada	Especialista	Carlos Dácio Pereira de Araújo	Médico	Especialista
	Marta Graf Ranquetat	Bióloga	Especialista			
1980	Fernando Molinos Pires Filho	Odontólogo	Mestre	Fernando Molinos Pires Filho	Odontólogo	Mestre
	Marta Graf Ranquetat	Bióloga	Especialista			
	Celso Bitencourt dos Anjos	Méd. Veterinário	Mestre			
1981	Lúcia Silva e Silva	Socióloga	Mestre			
	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre			
1982	Fernando Molinos Pires Filho	Odontólogo	Mestre			
	Carlos Alberto Pimentel	Médico	Especialista			
1983	Aluí de Oliveira Barbisan	Odontólogo	Mestre	Aluí de Oliveira Barbisan	Odontólogo	Mestre
1984						
1985	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre			
	Soraya Vargas Côrtes	Socióloga	Mestre			
1986	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre			
	Vania Maria Aita de Lemos	Odontóloga	Mestre			

(Continuação Base de Dados VI)

1987	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre	Lúcia Silva e Silva	Socióloga	Mestre			
	Vania Maria Aita de Lemos	Odontóloga	Mestre						
	Áurea Jair Maciel	Socióloga	Especialista						
1988	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre						
	Soraya Vargas Côrtes	Socióloga	Mestre						
1989/90	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre	Marlow Kwitko	Médico	Mestre			
				Clovis Berchorner	Médico	Especialista			
1992	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre	Vera Catarina Degani	Enfermeira	Especialista			
1993	Sérgio Luiz Bassanesi	Médico	Mestre						
1994	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre						
	Vera Lúcia Mesquita Machado	Médica	Mestre						
1995	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre						
1996							Roger dos Santos Rosa	Médico	Mestre
1997									
2000	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre	Ricardo Burg Ceccim	Enfermeiro	Doutor			
	Eunice da Rocha Fochi	Economista	Mestre						
2001	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre						
	Zaléia Prado de Brum	Enfermeira	Mestre						
2002	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre						
	Eunice da Rocha Fochi	Economista	Mestre						
	Magda Denise Ramison	Assistente Social	Especialista						
2003	Teresa Borgert Armani	Pedagoga	Mestre	Mario Roberto da Silveira	Médico	Especialista			
2004	Eunice da Rocha Fochi	Economista	Mestre						

Observação: No ano de 1999 a ESP/RS comprou vagas no CSP da Ufrgs, como parte do projeto de retomada da oferta regular da formação de sanitaristas.

Base de dados VII

DISCIPLINAS, ÁREAS TEMÁTICAS E EIXOS LONGITUDINAIS INTEGRADORES DOS 26 CSP DA ESP/RS - 1975 A 2004

Tempo I

CSP/1976 – Disciplinas

Introdução à saúde pública	40h
Ecologia	40h
Ciências sociais	40h
Bioestatística	80h
Epidemiologia	64h
Ciências biológicas	24h
Saneamento	40h
Educação	32h
Ciências biológicas	24h
Epidemiologia	16h
Administração	64h
Administração	128h
Administração (Estágio)	160h
Seminário final	48h
Total	800h

Observação: esta estrutura foi mantida nos CSP de 1975 a 1980, com pequenas variações quanto ao nome, número e distribuição de carga horária das disciplinas, com exceção do CSP de 1980, que totalizou 1.120 horas-aula.

Tempo II

CSP/1984 – Áreas temáticas

Saúde e sociedade	80h
Quantificação dos problemas de saúde	225h
Ecologia e saneamento	160h
Planejamento e administração de serviços de saúde	226h
Total	691h

Eixo longitudinal integrador: Organização dos serviços de saúde

Observação: esta estrutura foi mantida nos CSP de 1981 a 1988, sendo que, os três primeiros, tiveram mais duas áreas temáticas: *Saúde, história e desenvolvimento e Atenção primária em saúde*. Houve, também, pequenas alterações de nomes e uma grande variação de carga horária (o CSP de 1983 extrapolou para 1.224 horas-aula).

Tempo III

CSP/1992 – Disciplinas

Educação em saúde	30h
Saúde e sociedade	45h
Metodologia do ensino	30h
Fundamentos bioecológicos das doenças transmissíveis	30h
Demografia	30h
Bioestatística	30h
Epidemiologia	45h
Metodologia da pesquisa	30h
Vigilância sanitária e saúde do trabalhador	45h
Saneamento	15h
Ecologia e meio ambiente	30h
Planejamento e programação em saúde	45h
Administração	30h
Área de concentração: planejamento, programação e gerência ou epidemiologia	155h
Total	590h

Observação: esta estrutura foi mantida nos CSP de 1989 a 1997, com pequenas variações quanto ao nome, número, distribuição de conteúdo e de carga horária destas disciplinas.

Tempo IV

CSP/2000 a 2004- Disciplinas

Educação e ensino em saúde	45h
Saúde e sociedade	45h
Abordagens metodológicas da pesquisa em saúde	60h
Epidemiologia, demografia e bioestatística	60h
Vigilância à saúde: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador	135h
História e informação em saúde	45h
Direito à saúde: controle social e Sistema Único de Saúde	45h
Estratégias tecno-assistenciais em saúde	45h
Planejamento e gestão das ações e serviços de saúde	45h
Ética em saúde	45h
Seminários integradores/estudo orientado e monografia	100h
Total	640h

Eixos longitudinais integradores: Estratégias de organização da atenção e gestão em saúde - Construção da qualidade de vida: promoção e vigilância em saúde

Base de Dados VIII

LISTA DAS MONOGRAFIAS DOS 26 CURSOS DE SAÚDE PÚBLICA DA ESP/RS

1975 a 2004

FORMAÇÃO DE SANITARISTAS⁶¹

Tema 1: Avaliação de Programas e Serviços

a) 1º CSP – 1975

Localização: CSP 16

VEDOLIN, Adriana Modesti; ARAÚJO, Carlos Dácio de; SCHUBERT, Catarina Aparecida; WEIMANN, Carmen Inês N.; LIMA, Clesia Azevedo; ACKERMANN, Darci; MARCELINO, Maria Luzia M.; SILVEIRA, Valmira T **Programa de vacinação contra o sarampo**. Porto Alegre, 1976. 81 f.

Localização: CSP 20

NUNES, Izana; BARBIERI, Rita Persch; PORTO, Helena; TEXEIRA, Sonia; PORTO, Marinon. **Programa de vacinação contra sarampo, na faixa etária de 6 meses a 5 anos incompletos, nas vilas Vicentina e São Miguel no município de São Leopoldo**. Porto Alegre, 1976. 56 f.

Localização: CSP 31

MEJOLARO, Ana Maria; CRUZ, Carmen Paraguassú Xavier da; ASSIS, Gesira de; PILLA, Rosita; KONRATH, Ricardo; RODRIGUES, Gelci Machado. **Campanha de vacinação contra o sarampo no município de Estância Velha**. Porto Alegre, 1976. 41 f.

b) 2º CSP – 1976

Localização: CSP 18

MOREIRA, Lurdes O.; FERREIRA, Maria Helena; DICKIE, Yvone B. **Estudo de um programa de saúde oral segundo a metodologia do SECAP**. Porto Alegre, 1976. 50 f.

Localização: CSP 25

MORELLE, Antonio Orsi; MARQUES, Lúcia Regina Côgo; CUNHA, Maria Bernadette Q. **Relatório de implantação do Programa de Vacinação Anti-sarampo no município de Cachoeirinha**. Porto Alegre, 1976. 23 f.

⁶¹Fonte: Centro Estadual de Informação e Documentação em Saúde da ESP/RS.

Nota: Cabe destacar que os autores aqui listados não representam a totalidade dos 788 alunos concluintes dos 26 CSP estudados. Isto porque, não há evidências de que todas as monografias, de fato, entraram no acervo do Ceids, e também porque, pode um aluno ter realizado a monografia, mas não ter concluído todo o CSP.

Localização:CSP 29

KUMMERLE, Brunhilde; FERRON, Clelia J.; WALLAU, Geraldo; VIAN, Inês; ROSA, Iris da. **Avaliação do programa de vacinação contra o sarampo, em Niterói - Canoas.** Porto Alegre, 1976. 22 f.

c) 5º CSP - 1979

Localização:CSP 1

LIMA FILHO, Bolivar Turki de; PETRUCCI, Carmem Lúcia do Prado Lima; ZAGOURY, Edmundo Lima; VIEIRA, Eliana; SCLIAR, Elizabeth Cutin; SCHWARCHE, Fernando; FONSECA, Maria Tereza Martins; TAUFER, Teresinha Maria Marques. **Análise crítica dos programas de prevenção de doenças cardiovasculares, desenvolvidos pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 1979. 65 f.

Localização:CSP 13

DUTRA, Clair Rejane Costa; TAGLIARI, Elizabeth; SALMON, Maria da Graça Guimarães; WOLFF, Marlete Luiza; BARBOSA, Pedro Machado; GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Avaliação da situação do 10º Distrito Sanitário de Cascavel, Pr: Relatório.** Porto Alegre, 1979. 90 f.

Localização:CSP 14

VIEIRA, Eliana; TAGLIARI, Elisabeth Maria; SCLIAR, Elizabeth Cutin; PINHEIRO, Elmir Oliveira; TEIXEIRA, Jane Borges; FLORES, Oviomar; GONZALES, Rosa Maria Braccini; CARDOSO, Rosa Maria Dewelles. **Diretrizes governamentais face os problemas de desnutrição no Brasil.** Porto Alegre, 1979. 14 f.

d) 6º CSP - 1980

Localização:CSP 22

ARAUJO, Tania Katia G. et al. **Determinantes na distribuição dos serviços de saúde: avaliação do Programa de Extensão de Cobertura de Assistência Primária da 1. Região de Saúde (PIASS).** Porto Alegre, 1980. [Nº de folhas não informado nos registros catalográficos do Ceids e o trabalho está desaparecido].

e) 8º CSP - 1982

Localização:CSP 38

SILVEIRA, Maria Machado. **Avaliação de um serviço de saúde com base nos instrumentos disponíveis na Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente.** Porto Alegre, 1982. 33 f.

f) 11º CSP - 1985

Localização:CSP 52

REGO, Ana Maria Boiczuk; PICCINI, Assis Pedro Perin; MACHADO, Cilúlia Rodrigues de Freitas ; PRYTOLUK, Liane Belardinelli; MARTINS, Raul Henrique Duarte; REHM, Ricardo

Celetino; BESSIL, Tereza Cristina Haupt. **Análise de um programa de saneamento em vila periférica de Porto Alegre**. Porto Alegre, 1985. 188 f.

g) 14° CSP – 1988

Localização:CSP 69

RODRIGUES, Altiva dos Santos; VIANNA, Beatrice Dreher; MENEZES, Circe; FRANCESCHINI, Cláudia. **Avaliação diagnóstica sobre o planejamento e implantação do programa de controle da doença diarreica a nível de Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente e sua operacionalização junto ao setor 4 de Porto Alegre**. Porto Alegre, 1988. 57 f.

h) 16° CSP – 1992

Localização:CSP 88

SANT'ANNA, Ana R.; ROCHA, Cizino Risso; TONDING, Letícia Vasconcellos; MAIA, Maria de Lourdes C. Maia; DREHER, Maria Luiza. **Estudo de dois tipos de prestação de serviços em odontologia frente às exigências do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre, 1993. 129 f.

i) 20° CSP – 1996

Localização:CSP 123

FREITAS, Luciane Derem; SILVA, Sonia Maria Barbosa da; MARQUEZ, Terezinha de Jesus. **Como está a qualidade do preenchimento das declarações de óbito em Porto Alegre?** Porto Alegre, 1995. 21 f.

j) 22° CSP – 2000

Localização:CSP 147

SIMON, Ana Paula Frantz; VASQUEZ, Cláudia Ronconi; SBERSE, Loremare; TEIXEIRA, Luciene dos Santos. **Proposta de reformulação do modelo de requisição do exame citopatológico preventivo da câncer de colo uterino**. Porto Alegre, 2000. 41 f.

Localização:CSP 143

UGLIONE, Angela; GONÇALVES, Beatriz Regina Duarte; MARCOLLA, Glória Regina Schultz. **Evolução do estado nutricional de crianças inscritas no Programa Pré-Crescer, no primeiro semestre de 1999, no Centro de Saúde Escola Murialdo, Porto Alegre**. Porto Alegre, 2001. 40 f.

l) 24° CSP - 2002

Localização:CSP 215

SILVA, Clécio Homrich da. **Avaliação e tendência do baixo peso ao nascer no município de Porto Alegre (RS) e seus fatores de risco**. Porto Alegre, 2003. 53 f

Localização:CSP 216

TURA, Lurdes Maria Toazza. **Análise da qualidade das informações do pré-natal no município de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2002. 76 f.

m) 25º CSP – 2003

Localização:CSP 240

TAVARES, Cleusa Maria Leal; LUNARDI, Jane Maria de Araujo Dias. **Avaliação dos serviços odontológicos prestados pelo Sistema Único de Saúde em uma unidade básica de saúde no município de Candiota e no município de São Leopoldo, RS.** Porto Alegre, 2004. 53 f.

Tema 2: Diagnóstico de Saúde

a) 2º CSP – 1976

Localização:CSP 19

TEDESCHI, Ana Mary; D'AVILA, Clélia Juracy Ferron; SILVA, Edman Regina da; ROHRBACHER, Lígia Martins; VENÂNCIO, Marilene Castilho; AZEVEDO, Rita Kruger; NANNI, Thais Cutin; PORTELA, Thereza Marlene; DICKIE, Yvone Barrisco. **Relatório do trabalho de campo realizado em Alvorada.** Porto Alegre, 1976. 50 f.

Localização:CSP 32

BARBIERI, Nair Barazzeti; DANILEVICZ, Nelson; BONAMIGO, Yuçara. **Relatório do trabalho de campo realizado no município de Gravataí.** Porto Alegre, 1976. 21 f.

b) 3º CSP – 1977

Localização:CSP 23

CASTELLAN, Anita A. de B.; VAZ, David da S.; LOVERA, Maria Elisabeth; MAGRO FILHO, João B.; GRILLO, José Paulo; ROS, Marco A. da; QUEIROZ, Neide de; BLANK, Nelson; GOMES, Teresinha S.; RODRIGUES, Zéa. **Diagnóstico de saúde de Esteio.** Porto Alegre, 1977. 52 f.

Localização:CSP 62

ALBA, Anadir Lourdes; SCHUCH, Célia; COSTA, Cleide; PINTO, Elba Virgínia Martins; CASTIEL, Luiz David; TARGA, Maria Beatriz Mostardeiro; HIPÓLITO, Neltomar; BAUER, Rosvita Ana; BASSANESI, Sérgio Luis; BAPTISTA, Laura Bernardes. **Diagnóstico da situação de saúde.** Porto Alegre, 1977. [Nº de folhas não informado nos registros catalográficos do Ceids e o trabalho está desaparecido].

c) 10º CSP - 1984

Localização:CSP 45

BEVILACQUA, Antonieta Maria ; LIMA, Carlos Armando Ulrich; KMETIZSCH, Claudete Iris; SARTORI, Élcio Vicente; CASSOL, Jorge Luiz; ZANOL, Kira Maria Rocha; DOBKE, Rosane Maria. **Diagnóstico do Sistema de Saúde no município de Cachoeirinha**. Porto Alegre, 1984. 164 f.

Localização:CSP 47

THOME, Denise Maria; OLIVEIRA, João Carlos F. de; SCHUH, Liane Teresinha; KELBERT, Lisarb; FAVARINI, Mariza Ochoa; PRESS, Regina Lender; GUINDANI, Sara Renata. **Diagnóstico de saúde no município de Alvorada**. Porto Alegre, 1984. 204 f.

Localização:CSP 48

IOCHPE, Ana Beatriz Lewgoy; MEDEIROS, Ana Maria Brito; HEXEL, Angela Maria; NASCHOLD, Beatriz; MELGAREJO, Carmen Suzana Franke; SCALCON, Nadia Regina; HAMESTER, Nubia Elosabeta. **Análise das condições de saúde do setor 2 do município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 1984. 91 f.

d) 16º CSP – 1992

Localização:CSP 89

CENTENO, Araci Luiza Moreira; SILVA, Edson Luis da; DIAS, Helena Morel; LABRÊA, Maria da Graça Alves; JOBIM, Rita Dalla. **Diagnóstico sócio-sanitário do município de Esmeralda - RS**. Porto Alegre, 1993. 121 f.

Localização:CSP 91

SEVERO, Cristina Zarif; CAMPOS, Daniza Damasceno; SIMÕES, Elisabeth Sasso; OLIVEIRA, Maria Salete; SOILO, Rejane Catarina G. **Perfil da mortalidade infantil das crianças nascidas em 1991, residentes em Uruguaiana - RS**. Porto Alegre, 1993. 122 f.

Localização:CSP 93

SCHWARZBACH, Jaqueline; REOLON, Marcia Goeth P. **Diagnóstico de saúde da comunidade Jardim Itu**. Porto Alegre, 1993. 101 f.

e) 17º CSP - 1993

Localização:CSP 96

MARIOTTO, Irineu. **Situação sócio-sanitária do município de Ivorá - RS**. Porto Alegre, 1994. 143 f.

f) 23º CSP – 2001

Localização:CSP 154

MATTE, Sandra Lenhardt; FLUCK, Thaís Ariane. **Conhecendo mortalidade infantil em lajeado**. Porto Alegre, 2003. 59 f.

g) 24° CSP - 2002

Localização:CSP 217

BERNO, Marisélia Teresinha; RODEGHERI, Dinorá M. F. **Estudo da mortalidade neonatal em dois municípios do Rio Grande do Sul (Marau e Santo Antônio da Patrulha) em 2001.** Porto Alegre, 2002. 53 f.

h) 25° CSP - 2003

Localização:CSP 229

Marchi, Jusceli Seidler De. **Mortalidade infantil da 6a. Coordenadoria Regional de Saúde no ano de 2003.** Porto Alegre, 2004. 74 f.

i) 26° CSP - 2004

Localização:CSP 243

LIPPOLD, Kátia Jobim; KUEHN, Mirna Marisa Mardero; KUSTER, Noemi Saraiva. **Diagnóstico da situação dos resíduos sólidos na aldeia indígena do Irapuã:** produção e destino. Porto Alegre, 2004. 111 f.

Tema 3: Promoção e Educação em Saúde**a) 7° CSP - 1981**

Localização:CSP 125

STENZEL, Ana Cecília Bastos; ATHAYDE, Carmem Vera Saraiva de; SCHMITT, Ismael Geraldo Vallandro; BRAESCHER, Lígia Maria; FISCHER, Maria de Fátima Bueno; REINERT, Maria Inês Fernandes; PARISE, Maria Salet; MOTA, Nadja Naira Ribeiro; CUNHA, Sonia Maria Rodrigues da. **Concepção de saúde: doença na classe operária.** Porto Alegre, 1981. 47 f.

b) 11° CSP - 1985

Localização:CSP 54

ABREU, Alba Valéria Dias; SANTOS, Aleiza Quites Ordovás; DIAS, Sebastiana Amerolinda; MULLER, Suyen Aster Machado. **O nutricionista como agente de atenção primária em saúde.** Porto Alegre, 1985. 147 f.

<i>c) 14º CSP – 1988</i>

Localização:CSP 70

CAMPORESE, Fulvia Elena Lopes; SOUZA FILHO, Geraldo de Azevedo e; MOTTIN, Lucia Maria; TRAJANO, Lúcia; SILVA, Tânia Heller da. **Turnos de revezamento**: repercussões sobre a vida do trabalhador e proposta de negociação dos metroviários do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1988. 85 f.

Localização:CSP 73

WURDIG, Jairo Costa; BARCELLOS, Janete Teresinha da Silva; OLIVEIRA, Mara Rosângeles de; MORAIS, Maria José Sartor; FRÖELICH, Nadia Helena Canfid; MIRANDA, Regina da Silva; GOLÇALVES, Tânia Elisabete. **A relação entre o trabalho e a queda da fecundidade de quarenta operárias da têxtil Renner e Vicunha**. Porto Alegre, 1988. 111 f.

<i>d) 15º CSP - 1989</i>

Localização:CSP 81

SPIER, Alba Maria Neves; SUDBRACK, Aline Winter; LEMOS, Cristina Padilha; MATTOS, Luis Felipe Cunha. **Pacientes freqüentes**: um estudo da relação médico-paciente em uma Unidade de Medicina Comunitária de um hospital público de Porto Alegre. Porto Alegre, 1989. 60 f.

Localização:CSP 77

ANDREOLA, Carmen Isabel; SILVA, Ceci Iracema Braga da; GOZZANA, Eliane Regina; MICHEL, Glauco Correa; ARAÚJO, Hélius Dias de; GRILLO, José Augusto; ROSA, Roger dos Santos. **Desenvolvimento urbano e acidentes de trânsito**: Porto Alegre, RS, 1970-1989. Porto Alegre, 1990. 96 f.

Localização:CSP 79

BINOTTO, Maria Helena; IOP, Marilene Hartmann; SILVA, Ruth Sant´Helena da; ALSCHER, Sônia. **Informação científica e tecnológica**: uma abordagem em saúde pública, contexto do XV Curso de Saúde Pública da Escola de Saúde Pública - SSMA/RS. Porto Alegre, 1990. 157 f.

Localização:CSP 80

SPERB, Alethéa Fagundes; BECKEL, Denise Peixoto; COSTA, José Antônio Valente da; RIGONI, Lia Maria Neves; GONÇALVES, Maria de Lourdes Quevedo. **Óbitos infantis domiciliares por doença respiratória aguda no município de Porto Alegre, em 1989: poderiam ser evitados?** Porto Alegre, 1990. 48 f.

<i>e) 17º CSP - 1993</i>

Localização:CSP 94

ARAUJO, Edmar Padoan de; BARROS, Magaly Vidal; WEBER, Sônia Rosane; ARAÚJO, Tânia Regina Callegaro. **A experiência de um programa de educação e prevenção do câncer cérvico-uterino, no município de Salto do Jacuí**. Porto Alegre, 1994. 130 f.

Localização:CSP 98

PEDROSO, Rejane Pereira. **Deficiência visual não-corrigida e desempenho escolar de alunos matriculados na 1. série do 1. grau da rede de ensino municipal de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1994. 39 f.

f) 18º CSP – 1994

Localização:CSP 100

ROSA, José Antônio Rodrigues da; RAMIRES, Marly; SILVEIRA, Neusa Maria da; SARATE, Tânia Regina Scheck. **Educação e saúde e a pedagogia libertadora.** Porto Alegre, 1994. 112 f.

Localização:CSP 128

DOMINGUES, Alveny Aida E.; BEDIN, Cleonara; VAZ, Dilse Tetour de O.; FARINA, Joice Menna Barreto. **Percepção do processo saúde-doença e apropriação da saúde no assentamento Capela, Nova Santa Rita, RS, Brasil.** Porto Alegre, 1995. 81 f.

g) 19º - CSP - 1995

Localização:CSP 106

ROSO, Adriane; GUÉ, Rosa Maria; NORA, Sandra Mara. **Campanhas de prevenção da AIDS na mídia televisiva: um estudo sobre a campanha "Bráulio" (versão apelidos).** Porto Alegre, 1995. 155 f.

Localização:CSP 108

LOURENÇO, Gisséia; SANTOS, Jandira; FONSECA, Nádia. **O educador frente ao abuso físico praticado contra a criança e o adolescente na família.** Porto Alegre, 1995. 16 f.

Localização:CSP 109

SCHMIEDT, Rosane; JAQUET, Desirée Belmonte; MALERBA, Helena. **Alguns fatores que influenciam na má postura sentada de alunos adultos em sala de aula.** Porto Alegre, 1995. 39 f.

Localização:CSP 111

MEDEIROS, Cláudia Souza de; MOLINARI, Juarez Monteiro; ARENT, Marion. **Saúde mental e trabalho em empresa familiar: um estudo de caso.** Porto Alegre, 1995. 105 f.

h) 20º CSP – 1996

Localização:CSP 118

MALLMANN, Beatriz; VON ZEIDLER, Gisela; MIRANDA, Márcia Jacobsen de; QUEIROLO, Maria Tereza; SIMÕES, Maria Valéria. **Identificação do comportamento e das medidas preventivas adotadas pelos profissionais de saúde frente a AIDS, na rede pública de saúde de Novo Hamburgo, RS.** Porto Alegre, 1996. 78 f.

i) 21ª CSP - 1997

Localização:CSP 115

GARCIA, Ana Maria G.; MAFIOLETI, Beno R. S.; FOCHI, Eunice R.; RODRIGUES, Fabiana R.; ARMANI, Luciara; OLIVEIRA, Mara R.; RODRIGUES, Rosclair L. **Cotidiano violento: um estudo de promoção à saúde com famílias do bairro Partenon.** Porto Alegre, 1997. 34 f.

j) 22ª CSP - 2000

Localização:CSP 146

FARIAS, Adir Guedes; ROSA, Cilon Vitorino da; SPEROTTO, Deise Ferrazza; BOLZAN, Maria Beatriz Souto; SOBIESZEZANSKI, Rosângela. **Vigilância sanitária, uma questão de informação e educação:** proposta de ação pela vida. Porto Alegre, 2001. 66 f.

l) 23ª CSP - 2001

Localização:CSP 148

MÜLLER, Cristine. **Ambulatório de adesão - avaliação de propostas de aprimoramento: alternativas de estímulo à adesão ao tratamento anti-retroviral junto à pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Porto Alegre, 2001. 59 f.

Localização:CSP 151

SANTOS, Denise Loureiro Chaves dos; SUPERTI, Lourdes; MACEDO, Maria Saete. **Acolhimento:** qualidade de vida em saúde pública. Porto Alegre, 2001. 53f.

Localização:CSP 153

SCAPINELLO, Eliane; VIECELI, Margot T.; SILVA, Rosemeri T. da. **Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em escola públicas de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2001. 50 f.

Localização:CSP 158

ANDRADE, Rodrigo da Rocha. **Promoção da saúde na vigilância sanitária de alimentos: um projeto para Alvorada/RS.** Porto Alegre, 2001. 92 f.

Localização:CSP 164

FUMAGALLI, Ângela; PAULA, Clarice de; LOEFF, Edi Terezinha; DANIEL, Hedi Berwaldt; CAMPELO, Paula Beatriz. **Educação e saúde:** disciplinas do corpo saudável: uma reflexão crítica. Porto Alegre, 2001. 67 f.

Localização:CSP 152

PANZENHAGEN, Crystina Elizabeth; CORRÊA, Eliane Scolari; MASERA, Maria Laetitia. **Construindo a integralidade na saúde mental.** Porto Alegre, 2002. 73 f

m) 24ª CSP - 2002

Localização:CSP 213

UEBEL, Ana Cristina. **A lógica da atenção à saúde da criança no 1º ano de vida:** uma experiência. Porto Alegre, 2002. 73 f.

Localização:CSP 222

GIRON, Karina Couto; MONDINI, Ludia Goulart; IKEDA, Maria Letícia Rodrigues; LENZ, Marília Corrêa. **Uma estratégia de atenção em HIV/AIDS: centro de testagem e aconselhamento.** Porto Alegre, 2002. 55 f.

Localização:CSP 221

ROCHA, Carolina Medero. **Incentivo ao aleitamento materno na atenção primária: percepções e reflexões.** Porto Alegre, 2002. 57 f.

Localização:CSP 225

MELLO, Vania Roseli Correa de. **Grupo como dispositivo de promoção de saúde.** Porto Alegre, 2002. 51 f.

Localização:CSP 223

FERREIRA, Maura Regina Aquino. **Atendimento aos doadores de sangue com sorologia reagente em Porto Alegre.** Porto Alegre, 2003. 55 f.

Localização:CSP

NUNES, Paulo Ricardo Santos. **Estudo da transversalidade do ensino do tema saúde no currículo das séries iniciais.** Porto Alegre, 2002. [Realizada a avaliação e a apresentação pública, mas não foi entregue a versão final].

<i>n) 25° CSP – 2003</i>

Localização:CSP 232

Oliveira, Rosinei Fatima Dariva de. **Dependência de drogas: pensando modelos de tratamento na abordagem do usuário de drogas na unidade básica de saúde.** Porto Alegre, 2004. 47 f.

Localização:CSP 233

Menezes, Alexandre Gamba. **Informação "em" ou "para"saúde: distintas concepções dos profissionais da área.** Porto Alegre, 2004. 69 f.

Localização:CSP 235

BATEZINI, Helana Tams; COCCO, Marta; DOMINGUES, Patrícia Bianchessi; MELLO, Rosane Liliane Guerra de. **O Agente comunitário de Saúde como facilitador no aleitamento materno.** Porto Alegre, 2004. 59 f.

Localização:CSP 238

TSCHIEDEL, Liliane. **Percepções sobre adolescência e sexualidade de adolescentes do município de Senador Salgado Filho, RS.** Porto Alegre, 2004. 62 f.

Localização:CSP 241

HAAG, Cristina Beatriz. **Orientação sobre a sexualidade em escolas estaduais da zona norte do município de Porto Alegre, RS.** Porto Alegre, 2004. 52 f.

Localização:CSP 228

FERREIRA, Silvia Regina. **Educação em serviço: a percepção dos enfermeiros do Hospital Nossa Senhora da conceição sobre as práticas educativas.** Porto Alegre, 2004. 72 f.

Localização:CSP 242

D DIEHL, Ana Maria; FUENTES, Clarice Maciel da Silva. **Agente comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família: um olhar no município de Cerro Branco, RS.** Porto Alegre, 2004. 53 f.

o) 26° CSP – 2004

Localização:CSP 257

SILVA, Mônica Porto da. **Uma reflexão sobre a ação:** o papel do núcleo regional de educação em saúde coletiva como articulador dos processos de educação em saúde na 8ª CRS (Cachoeira do Sul/RS). Porto Alegre, 2004. 64 f.

Localização:CSP 258

KESSLER, Lucenira Luciane. **Vem comigo!** no caminho eu explico. Porto Alegre, 2004, 73 f.

Localização:CSP 262

BRANDÃO, Cleber Silva. **Projeto biossegurança:** protegendo vidas. Porto Alegre, 2004. 30 f.

Localização:CSP 249

CALVETTI, Prislá Ücker. **Avaliação do aconselhamento coletivo na prevenção e enfrentamento das doenças sexualmente transmissíveis:** humanização na saúde da mulher. Porto Alegre, 2004. 23 f.

Localização:CSP 265

BEZERRA, Daniele Borges. **(Re) forma:** percepções de um artista plástico no contexto da reforma psiquiátrica. Porto Alegre, 2004. 75 f.

Localização:CSP 244

GUSMÃO, Renata Castro. **A incidência do aleitamento materno e os determinantes para o desmame nas unidades básicas do Centro de Saúde-Escola Murialdo.** Porto Alegre, 2004. 84 f.

Localização:CSP 263

PROENÇA, Emanuele Luiz. **Promovendo a compreensão e o enfrentamento à violência na atenção básica à saúde:** desenvolvimento de uma pesquisa-ação. Porto Alegre, 2004. 90 f.

Localização:CSP 259

MAGALHÃES, Dennis Guedes; MAGALHÃES, Lia Conceição Mineiro de Souza. **O papel da comunicação social em sustentação das campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil, de 1980 a 1994.** Porto Alegre, 2004. 38 f.

Localização:CSP 256

RESENDE, Vera Lúcia Sobral. **Morada São Pedro:** a produção de sentido na exterioridade do olhar. Porto Alegre, 2004. 37 f.

Localização:CSP 247

SOUZA, Ana Paula Ferreira dos Santos. **Depressão em pacientes soropositivos atendidos no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul:** conhecendo e enfrentando. Porto Alegre, 2004. 56 f.

Localização:CSP 253

SCHWERZ, Cláucia Ivete. **Internação domiciliar para dependentes químicos**: uma nova alternativa em saúde pública. Porto Alegre, 2004. 23 f.

Localização:CSP 254

BITTENCOURT, Mayara Argenti. **Comissão Especial de políticas de promoção da igualdade racial do Grupo Hospitalar Conceição CEPPIR-GHC**: relato de uma experiência. Porto Alegre, 2004. 75 f.

Localização:CSP 267

ANSOLIN, Adriana Leopoldino; COSTA, Franciele da; AULER, Sonimari Gralha. **Saúde**: também uma questão espiritual? Porto Alegre, 2004. 50 f.

Localização:CSP 255

ROSA, Simone Meyer. **Inventando o morada**: a experiência de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Porto Alegre, 2004. 49 f.

Localização:CSP 271

BOLZAN, Helen Lúci Taschetto. **A comunicação médico-paciente em Jaguari, RS**: a percepção dos médicos. Porto Alegre, 2004. 54 f.

Tema 4: Formação e Gestão de Pessoal

a) 6º CSP – 1980

Localização:CSP 11

AZEVEDO, Antonio Endres de; DEL PIÑO, Egomar Scapini; FELIPPE, Ernani; AYUB, José Silva; MELO, Maria Nazaré. **Estudo sobre variáveis que influenciam no desempenho funcional de servidores de Unidades Sanitárias: um levantamento de opinião entre os funcionários**. Porto Alegre, 1980. 45 f.

b) 9º CSP - 1983

Localização:CSP 60

HARTSTEIN, Alba Terezinha Schultz; MIRON, Claudio Fernando; GOMES, Eliana Picada; VALÉRIO, José Salvino; PACHECO, Leonice Barboza; HENKIN, Renato; CARVALHO, Yolanda da Silva. **Estudo preliminar para diagnóstico do Curso de Saúde Pública do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 1983. 66 f.

c) 13º CSP - 1987

Localização:CSP 66

JACQUES, Marilene Cabral; DUTRA, Elisabetha Anna; OSTROWSKI, Ivani Regina; SCHMITZ, Ilaine Maria. **Reforma Sanitária**: um estudo de caso com técnicos, auxiliares e usuários da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente nos municípios de Canoas e Porto Alegre. Porto Alegre, 1987. 70 f.

Localização:CSP 68

RAUBER, Aladia Isabel; OLIVEIRA, Denise Maria Sarti de; GOLDONI, Jacira Conceição dos S.; LEONARDO, Jane; SCHLINDWEIN, Roberto Soares; WILLIG, Valéria. **Situação institucional e profissional do especialista em saúde pública formado pela Escola de Saúde Pública/SSMA/RS: período de 1975 a 1986.** Porto Alegre, 1987. 86 f.

d) 15° CSP - 1989

Localização:CSP 75

CARTELL, Jane Maria Nadotti; GNIESLAW, Lia Rothfeld; FERRETI, Tania Mara. **A necessidade de educação permanente do pessoal auxiliar de nível médio e elementar em serviço: um estudo preliminar.** Porto Alegre, 1990. 91 f.

e) 18° CSP – 1994

Localização:CSP 105

KLEY, Cristina; OLIVEIRA, José Camilo Giorgi de; MARKS, Maria Inês; MELLO, Marinez Souza; PRITSCH, Marisa. **Situação profissional do especialista em saúde pública formado pela Escola de Saúde Pública da SSMA.** Porto Alegre, 1994. 71 f.

Localização:CSP 103

STREIT, Izaura do Amaral; D'AVILA, Lenise; SCHAURICH, Rosangela; MICHELS, Zeneida.. **Os profissionais da área de saúde perante a municipalização de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1994. 81 f.

f) 22° CSP – 2000

Localização:CSP 149

HOENISCH, Júlio César Diniz; DINIZ, Neila. **Representação social do SUS para o psicólogo em unidades de saúde: repercussões na provocação da cidadania.** Porto Alegre, 2001. 32 f.

g) 24° CSP - 2002

Localização:CSP 218

SIGAUD, Ana Lúcia Leonhard; ALMEIDA, Carmen Nunes de; DIETER, Danilo; VARISA, Isabel; DEBONI, Sandra Cristina. **Analisando uma equipe de trabalho em saúde, numa perspectiva interdisciplinar.** Porto Alegre, 2002. 52 f.

h) 26° CSP – 2004

Localização:CSP 272

ROSSI, Elida de Pellegrini. **Relacionamento dos anestesiológicos com o Sistema Único de Saúde:** relato de experiência profissional no serviço de Alegrete. Porto Alegre, 2004. 45 f.

Localização:CSP 264

VASCONCELOS, Cátia Beatris Voltolini; ALVES, Cristiane de Almeida Silva; ZAGO, Renata; GNOATTO, Rita Marizete. **Relação processo de trabalho e sofrimento mental:** a percepção dos profissionais de enfermagem de Unidades Básicas de Saúde. Porto Alegre, 2004. 62 f.

Localização:CSP 270

CARVALHO, Adriana Machado Maestri. **A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde:** reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Porto Alegre, 2004. 45 f.

Localização:CSP 251

BRITTO, Aline Porto. **Atenção farmacêutica:** a dedicação do farmacêutico à saúde coletiva. Porto Alegre, 2004. 28 f.

Tema 5: Participação e Controle Social

a) 2º CSP – 1976

Localização:CSP 36

FUMEGALLI, Delci; SILVA, Lúcia Silva e; MUNIZ, Maria Schirlei. **Utilização de voluntários em programas de saúde pública.** Porto Alegre, 1976. 13 f.

b) 6º CSP – 1980

Localização:CSP 8

MACIEL, Aurea Jair; OLIVEIRA, Carmen S. de; FIGUEIREDO, Isolde B. de; OTT, Katia; OLIVEIRA, Maria Ceci M. de; BORGERT, Teresa; GOTTSCHALD, Ursula; MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Expectativa da população do distrito de Glória - Torres - com relação aos serviços de saúde.** Porto Alegre, 1980. 111 f.

Localização:CSP 7

ARAUJO, Cora Luiza Pavin; ALENCAR, Heloisa Helena Rousselet de; GONÇALVES, José Eduardo Martins; CARVALHO, Lourdes Celeste Ligocki; BORBA, Marco Antonio; ROSA, Miriam Suzete de Oliveira; VELASQUES, Tania Regina Flôres. **Expectativas da população cliente com relação aos serviços de saúde prestados pela Unidade Sanitária Vila 1. de maio.** Porto Alegre, 1980. 94 f.

c) 7º CSP - 1981

Localização:CSP 9

SILVA, Bernardete Reinert Neves da; NUDELMANN, Carmem Regina Martins; ALMEIDA, Cláudio Omar de; SALVAGNI, Édila Pizzato; HAUSEN, Eduardo Lima; HALLAL, Iná dos Santos; ORELLANA, Mariângela Rigon; SARTORI, Maria Salette; PICOLLI, Terezinha; DACANAL, Vera Regina. **Expectativa da população em relação aos serviços de saúde e atenção primária na Vila Cai do Céu - Gravataí, RS.** Porto Alegre, 1981. 66 f.

d) 8º CSP –1982

Localização:CSP 39

COUTO, Cláudio Mendes; SANTOS, Jussara Maria Mendes dos; TORRES, Maria Amélia; SILVEIRA, Mário César Duarte da; FEDRIZZI, Virgínia Silveira. **A supervisão em atenção primária à saúde na rede prestadora de serviços da SSMA num município da grande Porto Alegre.** Porto Alegre, 1982. 44 f.

Localização:CSP 40

TASCA, Eliana Maria; GAVA, Elisabeth Händel; BERLIM, Flávio José; FARIAS, Maria Eloisa; BRUST, Suzane. **Determinação da situação de saúde no Rio Grande do Sul: um estudo de dados de mortalidade 1970 e 1980.** Porto Alegre, 1982. 66 f.

e) 11º CSP - 1985

Localização:CSP 50

PIOVESAN, Deyse Leana Bottin; PEIXOTO, Eliane Duarte; ASSUNÇÃO, Juracema Antunes de; CHIODELLI, Luzana Carvalho; FINGER, Mara Ligia R.; MARTINI, Sandra Regina. **A percepção e participação das comunidades no setor saúde: um estudo de caso na 16ª Delegacia Regional de Saúde - Lajeado - RS.** Porto Alegre, 1985. 143 f.

Localização:CSP 51

FLORES, Denise Teixeira; PINTO, João Paulo; SGANDERLA, Maria Tereza Bianchi. **Estudo sobre o conhecimento e importância das vacinas, por parte da população de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1985. 50 f.

Localização:CSP 53

FERREIRA, Marcos Artêmio Fischborn; LIMA, Maria Odete Lacerda; VIRMOND, Tarso da Cunha Lopes. **Proposta de participação dos trabalhadores na gestão da política de saúde.** Porto Alegre, 1985. 151 f.

f) 12º CSP - 1986

Localização:CSP 57

VARGAS, Gilberto Padilha de; SILVA, Guaraci da; MORLIM, José Paulo; CASTRO, Marta Santiago Monteiro de; SPINATO, Neide Ana; MERG, Rosângela de Franceschi; BONFADA, Sonia Tassinari; ANDRZEJEWSKI, Terezinha. **Participação dos trabalhadores rurais na gestão dos serviços de saúde de Ronda Alta.** Porto Alegre, 1986. 88 f.

Localização:CSP 61

SCHEFFEL, Claudia Maria; MACHADO, Eloiza Helena dos Santos; STRINGHINI, Ema Mercedes; OLIVEIRA, Valderes Corrêa de. **Estudo sobre a necessidade de creche do tipo assistencial e a participação da mulher no mercado de trabalho na vila Santa Rosa - Bairro Rubem Berta - Município de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1986. 90 f.

g) 15º CSP - 1989

Localização:CSP 76

BERND, Bárbara; SOUSA, Clarice Barcellos de; LOPES, Cristina Barcellos; LISBÔA, Isabel Cristina; CURRA, Leda Chaves Dias; SOUZA, Lígia Neumann Strauch; PIGNONE, Oscar Antônio. **Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do valão.** Porto Alegre, 1990. 96 f.

Localização:CSP 82

CECCIM, Ricardo Burg; DETONI, Maria Célia; DURO, Sônia Maria M.; GIACOBO, Silvana T.; PAVANELLO, Marta; RIGATTI, Fátima; SOUZA, Patrícia. **Participação popular na saúde: a ótica do usuário na CLIS 04 de Porto Alegre.** Porto Alegre, 1990. 151 f.

h) 17º CSP - 1993

Localização:CSP 95

CHAMIS, Alberto; ARRUDA, Magda Denise Ramison; SHAMA, Solange de F. N. S.; PORTO ALEGRE, Anor. **Vila Palmeira: quais as percepções e expectativas de saúde de seus moradores migrantes?** Porto Alegre, 1994. 61 f.

i) 18º CSP - 1994

Localização:CSP 117

SOUZA, Eduardo Campos de. **A saúde e o direito.** Porto Alegre, 1993. 53 f.

j) 19º - CSP - 1995

Localização:CSP 107

SILVA, Julio Cesar Oliveira; CABEDA JÚNIOR, Rafael; SANTOS, Sílvia Cleide dos. **As perspectivas e expectativas de usuários e trabalhadores em saúde de uma Unidade Sanitária.** Porto Alegre, 1993. 92 f.

Localização:CSP 112

MOLINA, Carla Cristina Kommers; SOUZA, Lucia Helena de; MARCANTONIO, Marta. **Envolvimento de usuários: Associação e Posto de Saúde Jardim Leopoldina II.** Porto Alegre, 1995. 36 f.

l) 23º CSP - 2001

Localização:CSP 163

DAVID, Clarete Nespolo de; SOUZA, Vildete Loreni Ribeiro de. **Participação popular em saúde: interação da representação usuária do CMS com sua base social em municípios da 8ª CRS.** Porto Alegre, 2001. 98 f.

m) 24º CSP – 2002

Localização:CSP 220

MEIRELLES, Geisa Costa; NUNES, Jonas André Bueno; WILLMS, Roseclair de Fátima. **A percepção do papel do conselheiro usuário de saúde, da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde**. Porto Alegre, dez. 2002. 46 f.

n) 26º CSP – 2004

Localização:CSP 268

BERGMANN, Jaqueline. **Um olhar sobre a participação dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Igrejinha, RS**. Porto Alegre, 2004. 37 f.

Tema 6: Vigilância em Saúde**a) 7º CSP - 1981**

Localização:CSP 5

MOREIRA, Ana Maria Martins; PIMENTEL, Carlos Alberto; ATHAYDE, Carmem Vera Saraiva de; MARRONE, Egídio Franco; DALEIRO, Maria Lilia; CASSAL, Sônia Teresinha Barros. **Relatório sobre as indústrias de Canoas: módulo II**. Porto Alegre, 1981. 85 f.

b) 8º CSP –1982

Localização:CSP 41

SCHILING, Ana Zoé; NAZÁRIO, Antonio de Medeiros; SCHIAVO, Elba de Meneses; VECCHIETTI, Elisabete Costa de; TRICERRI, Fernando José; COLTRO, Flávio Agamenon Pinto; MIRANDA, Greta Carla Graf de; BORTOLUZ, Inês Maria; PACHECO, Maria Célia; ARAÚJO, Rejane Beatriz de Oliveira; LINDEN, Sônia Lizette Rodrigues; COSTA, Terezinha Ayres. **Investigação de reações colaterais associadas a administração da vacina tríplice (DPT)**. Porto Alegre, 1982. 40 f.

c) 9º CSP - 1983

Localização:CSP 43

OLIVEIRA, Beatriz Ferreira de; MACHADO, Edson Prado; RENCK, Elisabeth Paula; BORDIN, Eluisa Leocádia; NUNES, Julci Garcez; SUDBRACK, Maria Elisabeth. **Implicações no uso de praguidas a saúde pública e ao meio ambiente**. Porto Alegre 1983. 119 f.

Localização:CSP 44

TROGER, Anne Lore Martha; VON MUHLEN, Denise Goldani; BELO, Eleonora Dobner; MARINS, Maria Cristina Pedreira; ZANCHI, Maria da Graça Floriani ; SILVA, Maria de Fátima Marques da; NOTARI, Marisa; LUESKA, Sonia Domingues. **Poluição do ar e a doença**

respiratória: um projeto de estudo exploratório no município de Sapucaia do Sul. Porto Alegre, 1983. 64 f.

Localização:CSP 132

ARONIS, Mara Przechyleniec; SHIMON, Meiko; FONSECA, Daltro Fernandes da; VIEIRA, Beatriz Elizete Mendes; SAFIR, Joel. **Acidentes do trabalho: pesquisa sobre acidentes de trabalho realizada na cidade de Porto Alegre, no ano de 1982.** Porto Alegre, 1983. 47 f.

d) 11º CSP - 1985

Localização:CSP 55

SANDER, Angela Maria Lopes; VICENTIN, Berenice A. Pereira; LAWISCH, Berenice; DIAS, Juarez Pereira. **Subsídios para a avaliação da eficácia e eficiência do serviço de vigilância epidemiológica.** Porto Alegre, 1985. 101 f.

Localização:CSP 56

DUARTE, Angela. **Uma alternativa de pesquisa em saúde pública.** Porto Alegre, 1985. 58 f.

e) 12º CSP - 1986

Localização:CSP 58

KUNDE, Lorete; DEL GRANDE, Lúcia Alimena; GUETHS, Neusa; LAZZAROTTO, Noeli; TESSER, Rosani. **A supervisão no serviço de vigilância epidemiológica:** Programa de Imunização e no serviço de tuberculose da SSMA de março de 1984 a junho de 1986. Porto Alegre, 1986. 99 f.

Localização:CSP 59

COSTA, Marcelo Generali da; CONTE, Marta; BLANK, Regina Loureiro; RIBEIRO, Rita Mara Chagas. **A saúde dos funcionários da SSMA lotados nas Unidades Sanitárias de Porto Alegre:** análise do perfil patológico e da determinação social da doença. Porto Alegre, 1986. 63 f.

Localização:CSP 78

PICHLER, Ana Paula; VALERIO, Delfina Maria Pereira; GRASSI, Elaine Seibel; LORENZINI, Gisele Zanetti Carli; CASSEL, Verena Christina. **Estudo sobre o lixo hospitalar em Porto Alegre.** Porto Alegre, 1986. 54 f.

Localização:CSP 83

OLIVEIRA, Estevão Santos de; CARDOSO, Artur Renato Albeche; KIRCHNER, Maria Helena; CARDOSO, Iara Eluza de. **A importância da notificação compulsória das intoxicações por agrotóxicos.** Porto Alegre, 1986. 44 f.

f) 13º CSP - 1987

Localização:CSP 63

SCHMITT, Ana Maria; SCHMIDT, Angela Maria; LEWGOY, Bernardette; SORDI, Dagmar Rosana; PORTO, Mariana Aparecida; BERCINI, Marilina Assunta. **Um estudo sobre a relação entre a mortalidade e a inserção do indivíduo no processo produtivo.** Porto Alegre, 1987. 67 f.

Localização:CSP 64

HEEMANN, Ângela Dinah; HAUSMAN, Cláudia König; PRESOTTO, Luiz Antônio; BASSANESI, Odete; ROSA, Rosângela Michel; CZERMAINSKI, Silvia Beatriz Costa; GUIMARÃES, Suzete. **O sistema de vigilância epidemiológica no Rio Grande do Sul e a municipalização dos serviços de saúde: uma contribuição para a reforma sanitária.** Porto Alegre, 1987. 81 f.

g) 14º CSP – 1988

Localização:CSP 65

CARVALHO, Lenine Alves de; COZZATTI, Luiz César; HOEFEL, Maria da Graça; KRONBAUER, José Fernando Dresch; PRIMO, Antônio Carlos; ZANELLA, Maria Helena. **Concepção dos operários da comissão de fábrica de uma indústria metalúrgica de Porto Alegre a respeito do processo de trabalho e do padrão de desgaste como causadores de doenças e de acidentes do trabalho.** Porto Alegre, 1988. 176 f.

h) 16º CSP – 1992

Localização:CSP 84

ROCHA, Antonio Cesar Cassol da. **Pesquisa epidemiológica do triatoma rubrovaria no município de Caçapava do Sul, 1991.** Porto Alegre, 1993. 54 f.

Localização:CSP 86

PEREIRA, Claudia Costa; ABREU, Izabel Berta Brusque de; CANTO, Sônia Portella do; VALENTINA, Vítor Hugo Della. **Estudo dos resíduos sólidos hospitalares em Porto Alegre.** Porto Alegre, 1993. 87 f.

Localização:CSP 87

SILVA, Rosangela Gomes da; SILVA, Tânia R. Vieira. **A questão da saúde dos trabalhadores da UFRGS: perfil epidemiológico do 1. semestre de 1992.** Porto Alegre, 1993. 90 f.

Localização:CSP 90

TESCH, Lenira Cunha; MACHADO, Maria Élide; CARVALHO, Rodney Fonseca. **Configuração epidemiológica dos nascidos vivos do município de Cachoeira do Sul: um estudo a partir do SINAC.** Porto Alegre, 1993. 81 f.

i) 17º CSP - 1993

Localização:CSP 92

DECIMO, Denise; TORRES, Jacqueline; LOSEKANN, Luiz Alberto; CASTRO, Rosa. **Aspectos do cotidiano da desinfecção em domicílios, em Porto Alegre, RS.** Porto Alegre, 1994. 147 f.

j) 18º CSP – 1994

Localização:CSP 101

LIVI, Fernando Pohlmann. **Correlação entre poluição atmosférica e atendimentos de emergência no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul em Porto Alegre.** Porto Alegre, 1994. 34 f.

Localização:CSP 102

BACIN, Nemora Dri; SCHIRMER, Jaqueline Marta Textor; VARNIERI, Urânia Maria Leal. **Estudo das condições de vida e trabalho dos trabalhadores das indústrias de beneficiamento de arroz do município de Jaguari (RS).** Porto Alegre, 1994. 82 f.

l) 20º CSP – 1996

Localização:CSP 124

GONÇALVES, Paulo Renato Oliveira. **Perfil técnico dos manipuladores de alimentos de Alegrete.** Porto Alegre, 1994. 89 f.

m) 22º CSP – 2000

Localização:CSP 145

TEIXEIRA, Rosina Ferreira. **Atuação da vigilância sanitária no porto do Rio Grande - Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2000. 22 f.

Localização:CSP 141

ALVES, Angela Venturella; MALLMANN, Inês Pereira; SCHNEIDER, Marestela Huppés; LIMA, Marli Inês Kretschmann. **Uma abordagem da água de lastro como introdutora de organismos invasores exóticos, nocivos e patogênicos no porto de Porto Alegre.** Porto Alegre, 2001. 61 f.

Localização:CSP 150

RODRIGUES, Carlos Joaquim Alves da Fontoura; OLIVEIRA, Elizabete de Souza de; BASSO, Gilmar Norberto; PRITSCH, Mirian Wunderlich; MENDES, Roselle Davesac Senna; MUNIMIS, Sérgio. **Animais domésticos de pequeno porte em Gravataí/RS: possibilidades e limites da propriedade ecologicamente responsável de cães e gatos.** Porto Alegre, 2001. 63 f.

n) 23º CSP – 2001

Localização:CSP 156

ROSALINO, Demarino; BILHALBA, Maria Graciana; MOURA, Rita Gomes de. **Estudo da potabilidade das águas de poços profundos na zona urbana de Alegre - RS.** Porto Alegre, 2001. 113 f.

Localização:CSP 157

SENA, Adelmira Neves Cabral de; FERREIRA, José Carlos; JOBIM, Marta Bañolas. **Esquistossomose: aspectos epidemiológicos e ambientais no município de Esteio, RS.(1997 a 2001).** Porto Alegre, 2001. 71 f.

Localização:CSP 155

FERREIRA, Patrícia Aleixo. **Saneantes domissanitários**: legislação, riscos e conhecimentos dos profissionais de vigilância sanitária/SES-RS. Porto Alegre, 2001. 56 f.

o) 24° CSP - 2002

Localização:CSP 227

LAMBERTI, Marcíria Pintos; BREYER, Vivian Gehrke. **Estudo das formas de contaminação da tuberculose nos municípios de Alegre e Uruguaiana**. Porto Alegre, 2002. 32 f.

Localização:CSP 226

SILVA, Delvair Fátima Zortéa da; BALK, Juliana; FAVRETTO, Marli; RUTKOWSKI, Paulo César. **Descrição dos casos de leptospirose registrados no SINAN, no Rio Grande do Sul, no período de 1999 a 2001**. Porto Alegre, 2002. 52 f.

Localização:CSP 224

BRACK, Dóris Bercht; GRECELLÉ, Marta Araújo; WILHELMS, Tânia Marli Stasiak. **Melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2002. 68 f.

p) 25° CSP – 2003

Localização:CSP 231

CASTIGLIONI, Dirseu Emilio. **Implantação do Sisagua: Sistema de informação da Vigilância da qualidade da água para consumo humano na cidade de Santa Maria, RS**. Porto Alegre, 2004. 68 f.

Localização:CSP 236

FRANCO, Luciane Rampanelli. **Perfil epidemiológico das mortes maternas do município de Porto Alegre no período de 1999 a 2003**. Porto Alegre, 2004. 37 f

Localização:CSP 237

GAZOLA, Angela Marchioro; DIAS, Elira Pereira. **O olhar da vigilância na qualidade da água para consumo humano no município de Santa Cruz do Sul, RS, em 2003**. Porto Alegre, 2004.74 f.

Localização:CSP 239

LIMA, Maria Jussara de. **Saúde do trabalhador, um direito de todos: notificar para prevenir, doenças e acidentes de trabalho**. Porto Alegre, 2004. 40 f.

Localização:CSP 214

SAUER, Lúcia Aparecida. **Saúde do trabalhador: implicações no trabalho e na saúde mental**. Porto Alegre, mar. 2003. 76 f.

q) 26° CSP – 2004

Localização:CSP 248

MENDONÇA, Elizeu Carneiro de. **Conforto ambiental em saúde pública**. Porto Alegre, 2004. 83 f.

Localização:CSP 245

SCHNEIDER, Candice; SANTOS, Dalmir Mendes dos. **Análise das condições de saneamento em microrregião no município de Estância Velha, RS**. Porto Alegre, 2004. 42 f.

Localização:CSP 246

EIDT, Letícia Maria. **Comunicantes que adoeceram de hanseníase**: estudo em um centro de referência. Porto Alegre, 2004. 60 f.

Localização:CSP 269

FERNANDES NETO, Cincinato. **Prevalência da transmissão materno-infantil em pacientes portadoras do HIV atendidas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, no período de 2004, Porto Alegre, RS**. Porto Alegre, 2004. 42 f.

Localização:CSP 266

RAMPELOTTO, Geraldo; MARCON, Marcos Antônio. **Saneamento ambiental com o apoio de Sistema de Informação Geográfica**: estudo de caso município de Paraí, RS. Porto Alegre, 2004. 67 f.

Tema 7: Planejamento, Organização da Atenção e/ou Gestão em Saúde

a) 2° CSP – 1976

Localização:CSP 17

SILVA, Edman Regina da; AZEVEDO, Rita Krieger; BUENO, Niaia Sarubbi. **Avaliação do desempenho das Delegacias Regionais de Saúde em 1975**. Porto Alegre, 1976. 50 f.

Localização:CSP 34

VENÂNCIO, Marilene Castilho; GUIMARÃES, Marlene Teixeira; NANNI, Thais Cutin. **Material permanente e equipamentos necessários para diferentes setores de Unidades Sanitárias Polivalentes**. Porto Alegre, 1976. 46 f.

b) 5° CSP - 1979

Localização:CSP 4

SETTI, Antônio Carlos; DOI, Aurora Fumie; SCHNEIDER, Elisabeth Margrit T.; WILLRICH, Ilton Oscar; CUÉLLAR, Lorgio Cuéllar; GAZDA, Silvio José. **Relatório do trabalho de campo realizado na 5ª Delegacia Regional de Saúde - RS**. Porto Alegre, 1979. 115 f.

Localização:CSP 10

MACHADO, Angela; PIRES, Denise Elvira Pires de; PINHEIRO, Elmir Oliveira; CAMARGOS, José Laercio Mialaret; MARQUES, Luiz Fernando Severo; FLORES, Oviromar; BORGHETTI, Vera Lúcia Machado. **Proposta de atenção à saúde para a população da Fazenda Santo Antônio, município de São José, SC.** Porto Alegre, 1979. 71 f.

c) 8º CSP –1982

Localização:CSP 37

CHMELNISTKY, Cleide Starosta; KORNDÖRFER, Elena Müller; ZIEGELMANN, Luiz; VALENZUELA, Maria Cristina Illanes; FREITAS, Mônica Trindade; SOUZA, Régis Alves de; POZZOBON, Vera Lúcia. **Uma pesquisa exploratória em três postos avançados da rede de atenção primária à saúde da SSMA: considerações acerca dos aspectos equipes-equipamentos-medicamentos próprios e acessibilidade.** Porto Alegre, 1982. 116 f.

d) 10º CSP - 1984

Localização:CSP 49

FIGUEIREDO, Denise Maria da S.; OLIVEIRA, Lúcia Helena de; CALVETE, Maria Alice Pilla de G.; MOSCHETTI, Norah Helena Pilla; RANIERI, Tani Maria S. **Coordenação Interinstitucional no setor 4 da RMPA: reflexo de uma realidade nacional.** Porto Alegre, 1984. 114 f.

e) 11º CSP - 1985

Localização:CSP 67

SILVEIRA, Elaine da; PIVA, Maria da Graça. **Análise dos programas de saúde pública, dos cursos de enfermagem, da UFRGS e UNISINOS - RS.** Porto Alegre, 1985. 105 f.

f) 14º CSP – 1988

Localização:CSP 71

ROSA, Isabel Cristina H. da; PEREIRA, Jussara Difini Marques; SILVA, Neli Costa da; HÄNDEL, Rose. **Avaliação de um sistema de referência e contra-referência entre órgãos da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do estado do Rio Grande do sul.** Porto Alegre, 1988. 97 f.

Localização:CSP 72

SALLES, Ana Lúcia S.; CATTANI, Ana Margarida C.; AINHOREN, Léa. **Distribuição espacial dos serviços de saúde no município de Porto Alegre:** identificação dos fatores que determinam o processo. Porto Alegre, 1988. 95 f.

g) 16º CSP – 1992

Localização:CSP 85

CHAMIS, Niva Maria Almeida. **A reforma sanitária e a municipalização:** análise do discurso. Porto Alegre, 1993. 37 f.

h) 17º CSP - 1993

Localização:CSP 97

ROSA, Marilda Tereza Mar da; LIMA, Scheila Ernestina de. **Saúde, integração e Mercosul: teoria e prática.** Porto Alegre, 1994. 74 f.

i) 18º CSP - 1994

Localização:CSP 104

GARCEZ, Marlize Motta; SILVA, Tania Maria G. **Aspectos da integralidade das ações de saúde através da interação dos serviços de saúde com a comunidade.** Cachoeira do Sul, 1994. 84 f.

j) 19º - CSP - 1995

Localização:CSP 110

SANTOS, Fátima Teresinha; BAVARESCO, Flávia Pereira; FELL, Márcia Elisa Krahl. **O poder legislativo e a municipalização da saúde: o caso de Taquari - RS.** Porto Alegre, 1995. 38 f.

l) 20º CSP - 1996

Localização:CSP 113

PAHIM, Adriana Siqueira; ABICHEQUER, Aline Marie Dabdab; BRONDANI, Artur José; LÄMMERHIRT, Célia Beatriz; ASCARI, Cleusa Maria de Barros; AREND, Denise Freitas; SILVA, Florinda Maraschin da; SANTETTI, Gilberto; THILMANN, Gladis; ALMEIDA, Homero Diaz de; SILVEIRA, Irene Terezinha Heim Veloso; WELLICKS, José Ricardo; LIMA, Joseleine Machado de; SILVA, Letícia Rodrigues da; PIRES, Lourdes Terezinha dos Santos; ROCHA, Maria Cristina; MAYER JÚNIOR, Manoel; DIAS, Marília Quinzio; SUZIN, Rosa Lopes; ROVEDA, Sara Luiza Guazzelli; GRANJA, Simone Zinn; GUTKOSKI, Simone Barcelos; RIBEIRO, Stella Maria Feyk; SANTOS, Tania Esther Herc Holmer dos; PÜNDRICH, Vera Lúcia Pereira; SOUZA, Yara Regina Rosado de; ROSA, Zaida Regina Centeno. **Perfil de morbidade hospitalar no RS, no Sistema Único de Saúde, em 1995.** Porto Alegre, 1996. 69 f.[CSP que realizou somente uma monografia].

m) 21º CSP - 1997

Localização:CSP 114

WEIS, Catarina Maria Pereira; COELHO, Denninson Silveira P.; VOGT, Elias; NUNES, Izabel Michelin; BERNHARDT, José Eduardo; MENDES, Leda Maria Peres; PINTO, Liane Fani Cotliarenco; SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da; PIOVESAN, Márcia Franke; GRINGS, Regina Maria; NUNES, Rita de Cássia; BRIDI, Roseli; DACHERRY, Salete. **Estudo da qualidade de informação sobre a morbidade através da Ficha de Atendimento Ambulatorial em unidades públicas de municípios selecionados no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 1997. 65 f.

Localização:CSP 116

LOPES, Aline Bizarro; ANTONELLI, Cleusa Cardoso; SILVA, Eleni Raquel; CASTRO, Estela de Oliveira; MARTINS, Giselda Maria Silveira; PIRES NETO, João Batista de Simões; SILVA, Julce Clara da; SILVEIRA, Leda Maria Lazzaretti; DIEDRICH, Loiva Beatriz; THEISEN, Margit Elena; OLIVEIRA, Marly Lima de; BAULER, Maria da Glória dos Santos; VON MUHLEN, Verlaine Margareth; MARTINS, Zilda de Moraes. **Fundos municipais de saúde: novos instrumentos de gestão.** Porto Alegre, 1997. 61 f.

n) 22º CSP – 2000

Localização:CSP 144

RAMALHO, Adriana Belardinelli; SILVEIRA, Cynthia da; FERREIRA, Iara Cristina Lopes; ROCHA, Joceli Pilar dos Santos; LEONHARDT, Lydia Maria Ribeiro. **O colegiado gestor como facilitador da socialização da informação entre os trabalhadores da informação em saúde do município de Viamão.** Porto Alegre, 2001. 41 f.

o) 23º CSP – 2001

Localização:CSP 142

BARICHELLO, Gilberto; POSSA, Lisiane Bôer. **A regionalização da gestão da saúde no Estado do Rio Grande do Sul: 1970 à 2000.** Porto Alegre, 2001. 26 f.

Localização:CSP 160

KUNRATH, Ângela A.; KANTORSKI, Iara C.; BORGES, Rosane dos Anjos. **Organização regional da coordenação de atenção integral à saúde.** Porto Alegre, 2001. 49 f.

Localização:CSP 161

ZIS, Renato Luis. **Repasse estadual fundo a fundo: indução à participação no planejamento local.** Porto Alegre, 2001. 104 f.

Localização:CSP 162

PERUCHINI, Neiva Teresinha. **A administração das ações intersetoriais de saúde do SUS: a busca da qualidade de vida pelos municípios da 15ª CRS.** Porto Alegre, 2001. 70 f.

Localização:CSP 159

RIECK, Elisa Brust. **Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde do Estado do Rio Grande do Sul: análise dos indicadores de avaliação do plano estadual de assistência farmacêutica básica.** Porto Alegre, 2002. 98 f.

p) 24º CSP - 2002

Localização:CSP 219

DUMMEL, Izoete Anna de Souza; AZEVEDO, Sandra Maria Zulian de. **Indicadores de avaliação e acompanhamento do plano estadual de assistência farmacêutica básica: análise e discussão da aplicação e sua relação com o processo de descentralização da gestão e com o controle social.** Porto Alegre, 2003. 68 f.

q) 25º CSP – 2003

Localização:CSP 234

LOVATO, Maria Helena; PEREZ, Silvia Maria Santos. **Avaliação das políticas municipais de saúde para efetivação do SUS: um olhar dos gestores municipais da 14 Coordenadoria regional de saúde Santa Rosa, RS.** Porto Alegre, 2004. 85 f.

Localização:CSP 230

BIFFIGNANDI, Vânia Kober. **Histórico da política de assistência farmacêutica no estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2004. 74 f.

r) 26º CSP – 2004

Localização:CSP 260

KUCHARSKI, Alessander Rodrigues. **O Programa de Saúde da Família em dois distritos rurais no município de Três de Maio:** registros de sua história. Porto Alegre, 2004. 79 f.

Localização:CSP 261

RITTER, Denise Lopes. **Programa Saúde da Família:** a implantação no município de São Leopoldo, RS. Porto Alegre, 2004. 103 f.

Localização:CSP 250

BECKER, Hilda Rosene; GOMES, Janice Castilhos; MAYER, Rose Teresinha da Rocha. **As Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de implementação do Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre, 2004. 65 f.

Localização:CSP 252

WISSMANN, Vanderlei Vontobel. **Conselhos de Saúde e o relatório de gestão:** dificuldades na análise dos recursos financeiros em Ajuricaba, Catuípe e Ijuí, municípios da 17ª CRS no período de 2004/2005. Porto Alegre, 2004. 38 f.