

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Carmen Eurydice Calheiros Gomes Ribeiro

**A FORMAÇÃO SUPERIOR EM UMA ESTRUTURA DE REDE
DE COOPERAÇÃO: o curso de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas**

Maceió-AL
2009

CARMEN EURYDICE CALHEIROS GOMES RIBEIRO

**A FORMAÇÃO SUPERIOR EM UMA ESTRUTURA DE REDE
DE COOPERAÇÃO: o curso de Medicina da Universidade
Federal de Alagoas**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal de Alagoas, na linha de pesquisa História e Política da Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria das Graças Medeiros Tavares.

Maceió
2009

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

- R484f Ribeiro, Carmen Eurydice Calheiros Gomes.
A formação superior em uma estrutura de rede de cooperação : curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas / Carmen Eurydice Calheiros Gomes Ribeiro, 2009.
116 f.
- Orientadora: Maria das Graças Medeiros Tavares.
Dissertação (mestrado em Educação Brasileira) – Universidade Federal de Alagoas. Centro de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira. Maceió, 2009.
- Bibliografia: f. [110]-116.
1. Educação superior. 2. Universidade Federal de Alagoas – Curso de Medicina. 3. Organização em rede. 4. Políticas públicas. I. Título

CDU: 378(813.5)

Universidade Federal de Alagoas
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

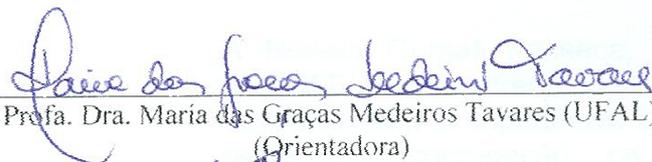


A formação superior em uma estrutura de rede de cooperação: o curso de medicina da Universidade Federal de Alagoas.

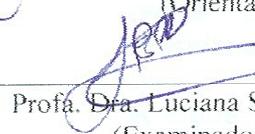
CARMEN EURYDICE CALHEIROS GOMES RIBEIRO

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 14 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:



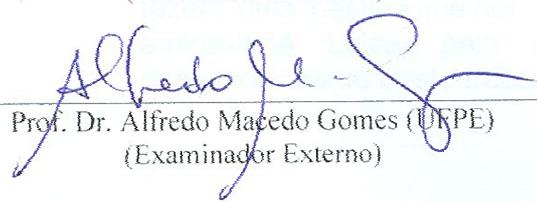
Profa. Dra. Maria das Graças Medeiros Tavares (UFAL)
(Orientadora)



Profa. Dra. Luciana Santa Rita (UFAL)
(Examinadora Interna)



Profa. Dra. Rosana Quintella de B. Vilela (UFAL)
(Examinadora Interna)



Prof. Dr. Alfredo Macedo Gomes (UFPE)
(Examinador Externo)

Minha gratidão e respeito

À Professora Dr^a Maria das Graças de Medeiros Tavares, pela dedicação, entusiasmo e carinho a mim dirigidos nesta construção;

À professora Msc. Cristina Camelo de Azevedo pelo muito que me ensinou na caminhada profissional, me incentivando a seguir nessa carreira acadêmica;

A Renata Gomes Fonseca, Diretora Técnica do SEBRAE/AL por acreditar em mim, e dessa forma contribuir com a experiência com organizações em redes de cooperação na Central Fácil de Atendimento ao Empresário;

A todos os companheiros da FAMED, pelo apoio e suporte neste curto período de convivência;

À minha família, meu esposo José Geraldo, pelo companheirismo e cumplicidade, meus filhos Gabriela, Laura e Renato, que me inspiram e me fazem uma pessoa melhor, e em especial à minha amiga-irmã Luiza, pelo apoio e estímulo no desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar a formação superior em uma estrutura de rede de cooperação através de um estudo de caso: a formação superior em uma estrutura de rede de cooperação: o Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, utilizando instrumentos metodológicos da pesquisa exploratória descritiva, pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Discute as teorias sistêmicas, pensamento complexo e processo de aprendizagem. Resgata historicamente a política de saúde pública no Brasil a partir da Constituição de 1988. Analisa a relação do Curso de Medicina da UFAL e seus Projetos Pedagógicos com o Sistema Único de Saúde. Investiga como ocorre o processo de troca entre as instituições de serviços e a Faculdade de Medicina da UFAL. Identifica as técnicas utilizadas para a viabilização das trocas de experiência entre as instituições. Concluí que houve interações entre as instituições de serviços da área de saúde e a Faculdade de Medicina que impactaram o currículo do Curso de Medicina em implementação e que as instituições organizadas em rede de cooperação favorecem o aprendizado coletivo de seus integrantes, possibilitando novas alternativas de respostas às necessidades sociais além de contraporem-se fortemente ao processo de exclusão social, própria do modelo capitalista neoliberal.

Palavras-chave: Política pública - Educação superior - Organizações em rede – Pensamento complexo – Curso de Medicina

ABSTRACT

This work has the purpose to do research on the higher education, in a cooperation net structure through a case study – The higher education in a cooperation net structure: the Course in Medicine in Federal University in Alagoas. It is specified as a qualitative research, using methodical instruments of the exploring describing research, documental research, bibliographic research and case study. This work argues the systemic theories, complex thinking and learning process. It recovers historically the Politics of Public Health in Brazil from 1988 Constitution. It analyzes the relation among the Course in Medicine in UFAL and its Educational Projects with the Public Health System. It does research on exchange process among the service institutions and University of Medicine in UFAL. It indentifies the methods which are used to exchange the experiences among the institutions It concludes there was interaction among the service institutions in health area in University of Medicine, which caused some impact in the resumé in the Course in medicine, in introducing, and the organized institutions in cooperation net favor the collective learning of their people, creating new possibilities to answer the social necessities and argue against the social excluding process, from neoliberal capitalism.

Key words: Public politics – Higher education – Net organization – Complex thinking – Course in Medicine

LISTA DE SIGLAS

- ABEM- Associação Brasileira de Educação Médica
- CEDSS - Centro de Desenvolvimento da UNIFESP
- PIBID - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação a Docência
- CIEPS – Comissão Interna de Educação Permanente para a Saúde
- CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
- CIES - Comissão Integração Ensino-Serviço
- ABNT – Associação Brasileira de Normas técnicas
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- PIB - Produto Interno Bruto
- IDH - Índice de desenvolvimento humano
- COSEMNS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
- CSAU - Centro de Ciências da Saúde
- DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
- EAPMC - Eixo de Aproximação às Práticas Médicas e à Comunidade
- FAMED - Faculdade de Medicina
- FAPEAL - Fundação Alagoana de Pesquisa
- FEPAFEM - Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
- HUPAA - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
- IDA - Integração Docente Assistencial
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOAS - Lei Orgânica da Saúde

MEC - Ministério da Educação

MPAS - Ministério de Previdência e Ação Social

NEMED - Núcleo de Educação Médica

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NUSP - Núcleos de Saúde Pública

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PPC - Projeto Pedagógico de Curso de Medicina

PPG – Projeto Pedagógico Global

PROGRAD - Pró-Reitoria de Graduação

PSF - Programa da Saúde da Família

RITS – Rede de Informações para o Terceiro Setor

SESAU/AL - Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas

SUDS - sistema único e descentralizado de saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UDUAL - União das Universidades da América Latina

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

UNCISAL - Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura da área da saúde da UFAL, no final da década de 80 e início da década de 90, no momento da homologação da Constituição de 1988.....	68
Figura 2 – Estrutura da área da saúde da UFAL, no final da década de 80 e início da década de 90, após Constituição de 1988.....	71
Figura 3 – Articulação entre os eixos do novo currículo médico da UFAL...	91
Figura 4 – Faculdade de Medicina com seu único Curso e o NUSP, com suas relações e interfaces.	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ESTRUTURAS SOCIAIS EM REDE DE COOPERAÇÃO: uma abordagem teórica.....	19
1.1 O declínio da segunda onda (era moderna) e o início da terceira (era pós-moderna).....	19
1.2 O pensamento sistêmico e o pensamento complexo.....	24
1.3 As organizações sociais em rede de cooperação.....	30
1.3.1 Tipos de redes sociais de cooperação.....	33
1.4 As organizações sociais em rede, como organizações de aprendizagem.....	37
CAPÍTULO II - A REDE DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: uma abordagem sistêmica	43
2.1 A Constituição de 1988 e a Rede de Saúde	46
2.1 As redes de saúde e a educação médica.....	56
CAPÍTULO III - ESTRUTURA EM REDE DE COOPERAÇÃO E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS: do Projeto Pedagógico Global ao Projeto Pedagógico do Curso.....	66
3.1. O início da mudança – Projeto Pedagógico Global da área da saúde	68
3.1.1 O Hospital Universitário da UFAL – o primeiro caminho de conexão.....	70
3.1.2 – O papel de agente de mudança do NUSP/UFAL – segundo caminho de conexão.....	71
3.1.3 – A construção do Projeto Pedagógico Global da Saúde – PPG/Saúde.....	74
3.1.4 – A Avaliação do Projeto Pedagógico Global - PPG	78
3.2. O Movimento NEMED e a Construção do Projeto Pedagógico do Curso - o terceiro caminho de conexão.....	80
3.2.1. A Faculdade de Medicina da UFAL – FAMED e suas interações.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS.....	109

INTRODUÇÃO

A história humana foi classificada em três “ondas” por Toffler (1999). Esses fenômenos atuam essencialmente como revoluções, através das quais *modos de vida* são inteiramente descartados e substituídos por outros novos. A primeira delas seria a era agrícola, quando a raça humana passou de uma civilização tipicamente nômade para uma civilização basicamente agrícola, sedentária. Isso se deu há cerca de 10 mil anos. Na segunda, a da industrialização, a sociedade passou de uma civilização predominantemente voltada para o plantio para uma civilização basicamente industrial. O início dessa mudança se deu há cerca de 300 anos, nos Estados Unidos e na Europa, mas muitas regiões do mundo ainda não atingiram esse estágio.

Para o autor, a terceira onda é um período revolucionário que tem como base a informação e é caracterizado por mudanças “tecnológicas, econômicas, sociais, culturais, políticas, religiosas, institucionais e até mesmo filosóficas ou, mais precisamente, epistemológicas. Uma nova civilização está nascendo e envolve uma nova maneira de viver” (TOFFLER, 1993, p.47). Ela se revela ainda “pelo aumento da oferta de empregos na área de serviços e informações, pela complexidade, velocidade e descontinuidade em que as mudanças ocorrem, envolvendo grande número de variáveis” (AGUIAR, 1992, p.54).

Diante da complexidade do mundo atual, no qual as pessoas são desafiadas a apresentar respostas para questões que surgem sem interrupção, numa velocidade nunca vista, a tendência natural é que se mudem significativamente os modelos cognitivos e comportamentais. Porém esse processo não acontece de forma instantânea, exigindo tempo para que se dê essa transformação. “O velho, como dizia Gramsci, não acaba de morrer e o novo não acaba de nascer” (GÓMEZ, 1998, p.22).

A forma fragmentada e compartimentalizada do conhecimento, que caracterizou a sociedade industrial, não corresponde ao modelo imposto pela atual lógica da terceira onda, a qual requer uma compreensão de um mundo integrado, com forças que convirjam num todo indissociável, tornando-se essa capacidade requisito indispensável para encontrar respostas que contribuam com as necessidades atuais.

[...] Não há natureza humana porque toda natureza é humana. É, pois, necessário descobrir categorias de inteligência globais, conceitos quentes que derretam as fronteiras em que a ciência moderna dividiu e encerrou a realidade. (SANTOS, 1998, p.44)

Buscando aprender novos caminhos para interagir com a mudança havendo menor perda possível de energia (CONNER, 1995, p.6), o ser humano tenta aumentar continuamente sua capacidade de criar, de construir o novo e de dar respostas adequadas aos problemas atuais. Trabalhar em cooperação surge como um processo natural de sobrevivência, contrapondo-se fortemente ao processo de exclusão social.

O fenômeno exclusão/cooperação interfere no mercado mundial, trazendo uma lógica que insere a associação de alguns grupos e a extinção de outros. Em função da competição, e pela necessidade de aumentar a produção com redução de custo, o referido mercado se atualiza e começa a unir interesses comuns, trabalhando de forma cooperativa. Empresas se fundem, barreiras políticas são superadas para a criação de blocos econômicos formados por associações de países.

Essas alianças são motivadas, ainda, pelo custo elevado das novas tecnologias, o surgimento acelerado de novos produtos e serviços, a complexidade crescente dos novos sistemas e a busca de novas soluções. Nesse cenário, além das alianças motivadas pelas questões econômicas, surgem outras formas de alianças de caráter social entre pessoas e instituições, na tentativa de encontrar outros caminhos de organização humana com responsabilidade social, visando à construção de uma “via” alternativa para os problemas atuais, para contrapor-se ao capitalismo desenfreado, onde a exclusão tornou-se uma consequência sem volta.

Motivadas pela necessidade de encontrar outras possibilidades, as diversas modalidades associativas tomam forma e novos vínculos são gerados por interesses

comuns, tendo como consequência a aprendizagem em grupo. Segundo Rodrigues (1998, p.31).o crescimento do Terceiro Setor no Brasil ocorre em virtude do modelo neoliberal do governo, onde o Estado (Primeiro Setor) reduziu de tamanho e os papéis até então desempenhados por ele passam a ser, muitas vezes exercidos por instituições não governamentais. Essas iniciativas vêm acontecendo em todas as áreas - educação, saúde, gerações de renda, entretenimento, esportes, muitas vezes com o apoio do próprio governo, de organismos internacionais e da iniciativa privada (Segundo Setor).

No que diz respeito às áreas da saúde e da educação, objetos de estudo do presente trabalho, essas transformações desafiam as revisões de suas práticas e a busca da efetividade de suas ações. Com a Constituição Brasileira de 1988 pretendendo assegurar, sem discriminação, a qualidade de vida de todos os brasileiros, as concepções de saúde são revistas, dando surgimento a uma reforma sanitária e à criação de um sistema integrado e único para dar sustentação as suas ações. O cumprimento dessas diretrizes estratégicas exigiu mudanças significativas em nível macro, que pretendiam garantir seu financiamento, ter uma política de remuneração e capacitação adequada do quadro de profissionais da saúde, além de sistemas de apoio e acompanhamento da gestão e dos serviços realizados no país. No âmbito mais local, pensando no município e na unidade de saúde, é necessário viabilizar a construção e a realização de um novo pensar da atenção básica, unindo uma boa formação dos profissionais com o treino da comunidade para a gestão democrática.

Identificamos dessa forma uma relação direta entre a reforma sanitária e o modelo educacional praticado no país, o qual reflete uma baixa qualidade do ensino oferecido, projetos e programas desarticulados, conhecimento fragmentado, desconsideração da cultura e a emergência de conhecimentos locais. A Constituição Brasileira de 1988 assegura educação gratuita para todos e define o financiamento para a área, mas estamos longe de uma política que atenda às necessidades da população brasileira como um todo. Diante desse quadro, somos desafiados a superar esses limites históricos e construir mudanças, encontrando os caminhos de curto, médio e longo prazo.

[...] Todas as vezes que eu estiver dando uma cultura que não foi elaborada nacionalmente para ser ensinada, estarei prestando informações, não proporcionando educação. [...] A cultura realmente existente é a que estiver incorporada na sociedade em que eu estiver (TEIXEIRA, 1968, p.96).

O modelo educacional praticado no país reflete ainda a visão herdada de seu processo de colonização, o qual reproduziu a *cultura européia*, formou uma elite bem informada e extremamente conservadora, voltada para a busca da cultura geral e desconhecendo completamente a cultura local. Apesar de historicamente seus dirigentes privilegiarem uma educação de caráter utilitário e profissionalizante, o ensino no Brasil, inclusive o superior, formou uma elite de profissionais com uma cultura geral diferenciada. Formamos ilhas de excelência, elites, mas estamos longe de uma política de educação que atenda à população brasileira como um todo. Convivemos simultaneamente com todos os estágios do desenvolvimento educacional, agravado pela dimensão continental do País e por suas desigualdades econômicas e culturais. Estamos ainda preocupados em assegurar alfabetização para a população, ao tempo em que discutimos a educação necessária para a terceira onda – era da informação e conhecimento.

Em consequência, chegamos diante de um novo momento de mundo, com uma defasagem significativa de preparação da população para os novos desafios. A escola que temos, segundo Gómez (2001, p.11), tem sido uma instituição com uma cultura que reproduz a si mesma, independente das mudanças radicais que ocorrem ao redor. Sendo a educação a base para o desenvolvimento dos demais setores da sociedade, podemos afirmar que existe um comprometimento na capacidade de dar respostas no tempo e qualidade que o momento imprime.

Diante de mudanças constantes, o caminho tem sido buscar respostas alternativas para os desafios atuais. Acreditamos que nos diversos segmentos da sociedade o processo de instituições organizadas em rede de cooperação poderá favorecer o aprendizado coletivo de seus integrantes. Organizações em rede interagem com o ambiente externo, trocam com o meio, desenvolvendo formatos de gestão abertos. Esses modelos proporcionam aos seus participantes maior clareza da

interdependência das ações, onde o principal aprendizado é a compreensão de que iniciativas isoladas perdem em eficácia, de que todos os pontos estão conectados e que a cooperação fortalece suas unidades e singularidade. Quando uma instituição começa a se movimentar, ela descobre indubitavelmente que movimenta o entorno, o ambiente, ou, se qualquer outro ponto do ambiente muda, provoca movimento nela própria e nos demais. Não interagir com outros pontos da rede (instituições) significa o possível comprometimento no sucesso de suas estratégias.

Tais questões fazem parte da minha experiência profissional, especificamente nos últimos doze anos, quando venho observando e estudando modelos de estruturas em rede como psicóloga de grupos do projeto "Central Fácil de Atendimento ao Empresário de Maceió". Essa unidade organizacional reúne nove instituições públicas, das três esferas do governo, sob a coordenação do SEBRAE/AL para desenvolver um trabalho de forma interdependente, com o mesmo objetivo e num ambiente comum. Esse grupo de organizações representadas na Central forma uma rede de cooperação e cada uma delas em destaque está conectada a sua própria rede, formando uma "teia", que são redes dentro de redes. Sua característica é o intercâmbio, cooperação e busca de soluções conjuntas. Acompanhar essa experiência tem me possibilitado entender melhor como os vínculos se formam e se fortalecem, numa estrutura desse modelo, como ocorrem a comunicação e o processo decisório. Permite também conhecer sobre a formação de valores e os elementos culturais desse agrupamento de relações sociais. De certo, essa base de conhecimento possibilitou a compreensão de outras iniciativas de natureza similar.

Meu interesse tem sido o de conhecer o funcionamento dessas novas possibilidades de organização de trabalho, que surgem como alternativas de respostas à sociedade, e conhecer os fenômenos individuais e grupais decorrentes dessa nova relação. Interesse-me principalmente em compreender suas características de conectividade, junção, interdisciplinaridade, cooperação, integração e estruturas de funcionamento interligadas e o aprendizado resultante desse processo. Na mesma perspectiva da Central Fácil, que caracterizo como estrutura em "Rede de Cooperação", tenho procurado observar experiências que apresentem características

semelhantes, tais como: conexão, troca, cooperação, auto-organização, interdependência e aprendizado em grupo.

Nessa trajetória de estudo, encontramos na Faculdade de Medicina(FAMED) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) características que indicam conexão e relações sistêmicas. O fato de fazer parte da rede de educação pública federal, ligada ao Ministério da Educação (MEC), e sua crescente inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), seja através de seu Hospital Universitário Alberto Antunes (HUPAA) ou dos demais serviços de saúde local, que estão ligados à rede de saúde pública federal do Ministério da Saúde, nos dá fortes indicativos de rede, inspirando a escolha do tema desta dissertação de mestrado: a Formação Superior em uma estrutura de Rede de Cooperação: o curso de Medicina da UFAL.

Para o desenvolvimento deste estudo, o primeiro passo foi fazer um recorte nos quase sessenta anos de história do Curso de Medicina da UFAL, considerando os fatos a partir da Constituição de 1988, quando ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira e, com ela, uma nova ordem de atuação em saúde pública para o País. A partir desse momento, o curso de formação médica tem como desafio rever suas práticas educacionais e adequar a formação de seus alunos ao perfil focado na qualidade de vida do cidadão. Como resposta, encontramos dois movimentos de avaliação e elaboração de projeto pedagógico - o primeiro momento em 1991 junto com os demais cursos da área da saúde e o segundo momento em 2006, apenas para o Curso de Medicina, tentando se adequar às atuais políticas de saúde e de educação do país.

No contexto geral desta dissertação, objetivamos realizar um estudo de caso cujo objetivo geral é compreender a relação entre estruturas em rede de cooperação e a sua aplicabilidade na área da educação superior, especificamente na formação do profissional médico da FAMED da UFAL e sua inserção no SUS. De forma mais específica, definimos a realização de cinco objetivos:

1. Analisar como ocorre o processo de troca entre as instituições de serviços de saúde do Estado e a FAMED da UFAL;

2. Investigar o nível de diálogo e trocas exercidos entre as diferentes instituições da área da saúde e sua contribuição na melhoria dos processos em interfaces;
3. Identificar as técnicas que estão sendo utilizadas para viabilizar essas trocas de experiência;
4. Investigar se a participação de outras instituições nas discussões sobre a formação médica para o SUS, e na formação como um todo, manteve uma relação de troca e não de intervenção;
5. Identificar as influências dessas interações nas mudanças do currículo do Curso de Medicina da UFAL.

Trabalhamos com a hipótese de que instituições organizadas em rede de cooperação poderão favorecer o aprendizado coletivo de seus integrantes, possibilitando novas alternativas de respostas às necessidades sociais além de contraporem-se fortemente ao processo de exclusão social própria do modelo capitalista neoliberal.

O caminho que percorremos constou, num primeiro momento, de uma *pesquisa exploratória descritiva*, objetivando uma aproximação do ambiente da pesquisa, para maior esclarecimento dos conceitos e idéias que conduziram à formulação do problema e das hipóteses, bem como à validação dos procedimentos planejados.

Essa *pesquisa descritiva* procurou explicitar, a partir de um conjunto de dados, os fenômenos sociais, suas relações e fixações culturais, através da observação, descrição e interpretação dos significados que emergem deste processo de interação – pesquisador/pesquisado. Coletamos os dados através do relato das entrevistas semiestruturadas com a Reitora da UFAL (2004-), com a Diretora da FAMED (2006-) e a Coordenadora do NUSP (2002-), bem como a Médica Sanitarista do município de Arapiraca, representante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS (2004-) considerando a participação direta desses gestores nesse período histórico da FAMED da UFAL.

Num segundo momento, realizamos uma *pesquisa documental* onde analisamos os dados contidos nos arquivos da Universidade e da Faculdade de Medicina, bem como nas publicações dos órgãos públicos. Dentre as principais fontes de pesquisa podemos citar: Projetos Pedagógicos de Curso, Resoluções, Programas Nacionais de Formação Profissional em Saúde, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Medicina, Declaração de Alma Ata, Legislação estruturante e Atos Normativos do SUS, Relatórios, Portarias, Regimentos, dentre outros.

Através da pesquisa bibliográfica, serviram como base teórica para este trabalho os fundamentos e os estudos sobre a formação de estruturas organizacionais em rede, as teorias dos sistemas, o pensamento complexo, as teorias de aprendizagem, o comportamento organizacional e as teorias críticas e pós-críticas do currículo.

Organizamos este trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos as teorias sistêmicas, o pensamento complexo, e a influência no modelo de pensamento que prevaleceu na era moderna e o pensamento pós-moderno que surge no final do século XX, trazendo um novo paradigma científico. Ainda nesse capítulo, tratamos dos conceitos das organizações sociais em rede e das organizações como ambientes de aprendizagem, como fundamentos necessários para a compreensão do fenômeno da mudança.

No segundo capítulo, fizemos a descrição do ambiente da saúde no Brasil, a partir do período prévio à Constituição de 1988, os movimentos que a antecederam, assim como da construção da rede de saúde e seu entrelaçamento com a rede de educação.

Em seguida, no terceiro capítulo, relatamos o processo das mudanças curriculares do Curso de Medicina da UFAL, demonstrando como a educação médica se conecta à rede de saúde e sua influência na concepção dos Projetos Pedagógicos. Por fim, apresentamos os dados e as análises do nosso estudo, com a categorização das estruturas em rede de cooperação, sua natureza, propriedades e intercâmbio.

Apresentamos também as considerações finais, onde destacamos os resultados obtidos, e sua contribuição com novas soluções em gestão educacional, adequadas ao novo modelo constituído no formato de rede de cooperação.

CAPÍTULO I - ESTRUTURAS SOCIAIS EM REDE DE COOPERAÇÃO: uma abordagem teórica

A palavra rede é bem antiga e vem do latim *retis*, significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. (RITZ, 2008, 1)

1.1 O declínio da segunda onda (era moderna) e o início da terceira (era pós-moderna)

A revolução que ocorre nos últimos anos do século XX, acunhado de Terceira Onda por Toffler (1999), rompe drasticamente com a forma de se compreender e fazer as coisas em todas as áreas do conhecimento. O paradigma¹ tradicional que deu sustentação e modelou o comportamento da cultura ocidental e influenciou o restante do mundo, a partir do século XVII, via o universo como máquina, ou seja, formado por partes. Essa concepção fracionada de mundo tornou-se a metáfora dominante da era moderna, substituindo a visão de um “universo orgânico, vivo e espiritual da era medieval” (MORAES, 1992, p.33).

Essa perspectiva de pensamento passou a dominar a ciência moderna, com o método analítico criado por René Descartes onde o comportamento do todo é compreendido a partir das propriedades das partes. O pensamento cartesiano, também conhecido como mecanicista e reducionista, dá origem ao racionalismo científico, separando e tornando independentes mente e matéria. Segundo Vieira (2000, p.8), essa perspectiva defendia o pensamento por ordem, “começando pelos

¹Paradigma é uma constelação de crenças, valores e técnicas partilhada pelos membros de uma comunidade científica. (KUHN, 1995, p.225)

assuntos mais simples e mais fáceis de conhecer, para atingir, pouco a pouco, como que degrau por degrau, o conhecimento dos assuntos mais complexos [...]”.

A ciência moderna sistematizou o conhecimento contribuindo com grandes avanços na história das civilizações. Para Moraes (1998, p.42), através de técnicas de medição e quantificação na produção científica, tornou-se possível a sua validação pública, entretanto, ao retirar a qualidade da ciência, ela ignorou as vivências internas do indivíduo, seus significados, suas experiências e aprendizados.

[...] oferece-nos um mundo morto: extinguem-se a visão, o som, o sabor, o tato e o olfato, e junto com eles vão-se também as sensibilidades estética e ética, os valores, a qualidade, a alma, a consciência, o espírito. É improvável que algo tenha mudado mais o mundo nos últimos quatrocentos anos do que o audacioso programa de Galileu. Tivemos de destruir o mundo em teoria antes que pudéssemos destruí-lo na prática. (LAING apud CAPRA, 1996, p.34)

A idade moderna foi o período definido pelo Império da Razão, tendo como base o paradigma científico moderno com sua concepção de mundo positivista, ratificado com a criação de seu método analítico e com suas ideias de avanço e progresso linear, dando origem ao conhecimento especializado. Segundo Gómez (2001, p.24), a partir desse pensamento, a sociedade moderna constrói as grandes narrativas como modelo de comportamento único e ideal a ser seguido pela civilização ocidental e pelo resto do mundo. Existe, portanto, a crença em máximas universais de *verdade, bondade e beleza*, um modelo ideal e único de governo e de comportamento impostos às civilizações, promovendo uma hierarquia entre as culturas, tendo como consequência a discriminação e o desprezo pelas diferenças de raça, sexo, cultura.

Com a chegada do século XX, a história da humanidade coloca por terra os projetos e ideais do racionalismo moderno. Para Gómez (2001, p.24), a frustração substitui a esperança que prevaleceu do modelo ideal de civilização, diante de tantos fatos irracionais sucessivos: duas guerras mundiais; Hiroshima, Nagasaki; o nazismo; as guerras do Vietnã e do Golfo Pérsico; o desastre de Chernobyl; a fome; a greve; a imigração; o racismo e a xenofobia; as políticas totalitárias; a destruição

de alimentos para manter os preços; a corrida armamentista; as armas nucleares, entre tantos outros, tão desprovidos de razão.

Com o declínio da cultura moderna, os hábitos, interesses, formas de pensar e sentir do homem atual passam a ser resultados da “[...] consciência de sua relatividade, contingência e provisoriedade [...]” (GÓMEZ 1998, p.12), que passam a caracterizar o mundo pós-moderno. O esforço humano para apreender essa nova realidade é extremamente doloroso, alcançando proporções de uma intensa crise emocional, e poder-se-ia dizer, até mesmo existencial.

Sem o amparo do pensamento moderno, a humanidade vive uma das mais intensas transformações de sua história e busca entender esses fenômenos e suas consequências, no desafiante papel de ser simultaneamente sujeito e agente das mudanças. Caracterizada pela velocidade dos acontecimentos e pelo intercâmbio de natureza planetária e apresentando grande potencial de transformar relações econômicas, sociais, políticas e culturais, as mudanças têm impacto tanto no cenário mundial quanto no local, gerando incerteza e ambiguidade.

Em menos de uma década, por exemplo, diversas organizações desapareceram, outras sem alternativas se transformaram adaptando-se ao novo, bem como um número incomensurável de novas organizações foram criadas gerando outras necessidades e formas diferentes de fazer as coisas. Essas transformações são “amplamente reconhecidas nos sentimentos de perplexidade, inadequação, alienação e despersonalização do homem contemporâneo” (MOSCOVICI, 1975, p.13). Em resposta, surge de todas as áreas do conhecimento o empenho para construir e atualizar significados, buscando identificar como ocorrem essas relações nas organizações humanas e os efeitos em seus integrantes.

Com o surgimento da terceira onda, a vida do homem contemporâneo já não encontra solução nos fundamentos teóricos disponíveis, apesar de serem muitas as respostas dadas para tentar resolvê-los. A esse fenômeno de mudança Thomas Kuhn (1995, p.225) denominou de mudança de paradigma científico que consiste no declínio de “uma constelação de crenças, valores e técnicas partilhadas pelos

membros de uma comunidade científica” e que são utilizadas por essa comunidade para definir problemas e soluções legítimos. Em termos cognitivos, ocorre uma defasagem entre o modelo mental das pessoas, com suas experiências, história e aprendizados e um novo modelo mental que passa a ser necessário, mas ainda não foi desenvolvido.

Para substituir o que estava estabelecido vem a crise, tudo passa a ser questionado e já não existe consenso. A intensidade dessas crises tem dimensões revolucionárias, caracterizadas por uma ruptura com o velho e a ausência do novo que precisa ser construído. É um período no “qual se vive sem contar mais com o que o passado pode ensinar nem com o que o futuro pode nos oferecer” (ZAJDSZNAJDER, 1994, p.133).

A crise científica, apesar de sua dimensão e impacto sobre a ciência, representa apenas uma parte de uma crise cultural de proporções ainda mais amplas, afirma Capra (1996, p.25) se inspirando-se em Kuhn para construir o conceito de Paradigma Social.

[...] paradigma social [...] é uma constelação de concepções, de valores, de percepções e práticas compartilhadas por uma comunidade, que dá forma a uma visão particular da realidade, a qual constitui a base da maneira como a comunidade se organiza.

A crise decorre do rompimento com o paradigma que estava estabelecido provocando muita insatisfação, sinalizando a necessidade de renovar. A dificuldade, porém, está em transformar ideias cristalizadas que foram acunhadas no convívio com a cultura e baseadas numa visão de mundo fragmentada em um novo modelo de pensar a realidade e os fenômenos. Essas mudanças põem o homem diante de uma realidade estranha e inesperada, exigindo um extremo esforço para apreender a nova concepção, com implicações cognitivas, afetivas e existenciais na sua vida.

Portanto, o cenário contemporâneo, complexo e plural, demanda revisão de valores e construção de novos aprendizados. Esses valores são categorias que nascem no seio de uma determinada sociedade como pressupostos profundamente

arraigados, que influenciam nas percepções e na forma de agir das pessoas. Muitos deles não estão disponíveis à consciência, porém são tão ativos em guiar escolhas como outros racionalmente processados. Esses pensamentos cristalizados podem facilitar ou dificultar as mudanças; eles derivam da percepção de mundo dentro de uma determinada cultura e de uma determinada sociedade, passando a comandar o comportamento, as preferências e as escolhas das pessoas. Para Segre e Cohen (1995, p.19) “os valores podem expressar os sentimentos e os propósitos de nossas vidas, tornando-se muitas vezes a base de nossas lutas e de nossos compromissos”.

Na premissa cartesiana, os valores humanos estão separados da ciência na pretensão de garantir completa isenção entre o pesquisador, a observação e a análise dos fenômenos. A separação entre valores e ações não é factível por sua estreita interdependência; elas são indissociáveis e não podem ser percebidas como separadas do agir. Os valores presentes no indivíduo e em uma determinada sociedade funcionam como uma bússola apontando a direção que influencia as decisões, apresentando tendência nas escolhas dos comportamentos.

Capra (1996, p.27) classificou essas tendências de comportamento *em duas* grandes categorias – as tendências autoafirmativas e as tendências integrativas. Segundo o autor, elas são “aspectos essenciais de todos os sistemas vivos e nenhuma delas é, intrinsecamente, boa ou má.” A presença das duas tendências de forma simultânea proporciona o equilíbrio dinâmico ao modelo do ecossistema, entretanto o desequilíbrio decorrente da ênfase excessiva em uma delas em detrimento da outra pode ser bastante insalubre e mau.

O pensamento autoafirmativo é racional, analítico, reducionista e linear, e é caracterizado por valores de expansão, competição, quantitativo e dominador. Em contrapartida, o pensamento *integrativo* é intuitivo, sintético, holístico e não linear, e seus valores são a conservação, a cooperação, a qualidade e a parceria. (CAPRA, 1996, p.28)

A sociedade patriarcal, afirma Capra (1996, p.28) é um bom exemplo do desequilíbrio promovido pela utilização dos valores autoafirmativos de forma exacerbada, com direitos garantidos e recompensas políticas e econômicas. O poder exercido é o de dominação e controle, com estruturas sociais hierárquicas, da

família às grandes organizações. A posição nessa hierarquia começa a fazer parte da identidade das pessoas que tentarão preservá-la e ficarão inseguranças e com medo do desconhecido diante de qualquer ameaça de perdê-la.

Esse modelo de estrutura social torna-se inadequada para as complexas relações do mundo atual, onde a informação foi democratizada, favorecendo um modelo de relação mais horizontal. Para o autor, a estrutura ideal para exercer esse tipo de poder não é a hierárquica, mas a rede onde os valores preponderantes são os integradores e onde o exercício do poder é de “influência sobre os outros”, através do exercício da cooperação, da parceria e do intenso intercâmbio.

A existência social e suas segmentações no mundo pós-moderno dependem de nossa conexão em uma determinada rede. Existem inúmeras redes e estas, por sua vez, resultam de uma rede intrincada de relações [...] e seu estudo faz parte da chamada "ciência da rede". (SIQUEIRA, 2004, p.1)

Passamos agora a esclarecer sobre a concepção dessas redes sociais de cooperação, considerando como surgem, funcionam e como estão estruturadas no mundo contemporâneo. Procuraremos, sempre que possível associar esses fundamentos ao tema da saúde e educação, aproximando-nos do objetivo deste estudo de caso.

1.2 O pensamento sistêmico e o pensamento complexo

As redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições de uma forma democrática e participativa em torno de objetivos e/ou temáticas comuns. (MACHÍN e CHAGAS, 2008, p.19)

A crise que levou ao desequilíbrio e à incerteza, e, no ciclo histórico da humanidade, impulsionou o homem a buscar novas alternativas para seus problemas, tem nas teorias do pensamento sistêmico de autores como Fritjof Capra e na teoria da complexidade de Edgar Morin possibilidades de respostas. Essas teorias, ora tratadas como sinônimos, ora vistas como distintas e complementares,

despontam como referências e modelos de aprendizagem para o mundo pós-moderno. Na base de seus pressupostos, está a compreensão de que o pensamento que fracionou a realidade para entendê-la funciona como inibidor na percepção das conexões e contexto dos fenômenos. O aprendizado nessa perspectiva mecanicista ocorre através de experiências apresentadas de maneira reduzida, separada e sequencial e, como são iniciadas a partir de uma fase muito tenra do desenvolvimento humano, ficam acunhadas como modelo e padrão de organização da apreensão do mundo.

A perspectiva do pensamento sistêmico tem como metáfora os seres vivos que não podem ser entendidos pela análise, contrapondo-se ao pensamento linear, onde a perspectiva é extremamente reducionista, analítica e mecanicista, proporcionando uma visão parcial dos fenômenos, porque seu foco é especializado no estudo das partes. A metáfora do pensamento mecanicista é a máquina, onde o todo pode ser entendido inteiramente a partir das propriedades das partes.

O pensamento que prevalece no mundo atual é decorrente do paradigma cartesiano, e substituí-lo por uma outra forma de pensamento é uma tarefa que precisará ser desenvolvida. Segundo Capra (1996), para construir o pensamento sistêmico como condição principal para lidar com a complexidade dos fenômenos do nosso mundo pós-moderno, passa-se pelo entendimento de suas principais características, conforme passamos a descrever de acordo com o autor:

1. O pensamento sistêmico é uma nova maneira de pensar em termos de *conexidade, relações e contexto*. Para esse pensamento, todo sistema é composto de diversos subsistemas que se relacionam, estão interligados e são interdependentes.
2. O pensamento sistêmico ou holístico concebe que o todo é mais do que a soma das partes, e que tem qualidades próprias que somente emergem quando um sistema se constitui. Ao ser fracionado, esse todo perde as propriedades que nenhuma das partes possui em separado, muito embora possamos discernir partes individuais em qualquer sistema; essas partes não estão isoladas.

3. A visão sistêmica percebe as conexões entre os fenômenos vinculados num contexto, sendo a conexidade uma qualidade fundamental do pensamento complexo.
4. Quando o foco da atenção fica voltado para uma parte da estrutura do processo, a visão global das mudanças ocorridas fica comprometida, possibilitando apenas perceber partes isoladas, e as alternativas de respostas se tornam limitadas.

Descobertas e teorias do início do século XX demonstram a busca de uma nova perspectiva na comunidade acadêmica mundial. Podemos citar o surgimento na Alemanha, em 1910, de um movimento em protesto aos fundamentos da psicologia clássica e à ciência como um todo - os psicólogos da Gestalt, segundo Heidbreder (1981). Para a autora, eles estariam se opondo a uma poderosa tradição acadêmica, exigindo uma completa revisão da psicologia e dos próprios fundamentos da ciência que procuravam explicar os fenômenos em função dos elementos e de suas combinações.

Ainda, segundo Heidbreder(1981), Max Wertheimer, participante desse movimento, demonstra em seus estudos que os seres vivos apreendem padrões perceptuais integrados. O cientista estava impressionado pelo fato de que as explicações comuns não faziam justiça aos dados psicológicos na maneira em que são percebidos e que não levavam em conta a simplicidade, a inteireza, a desunião e a fluidez da experiência imediata.

A autora descreve também, que para esses teóricos alemães, nenhuma experiência real é apresentada como um conjunto de elementos ou como uma soma de partes. A percepção mostra um caráter de totalidade, uma forma, uma Gestalt, a qual é destruída na própria tentativa de ser analisada. Segundo essa teoria, começar pelos elementos é começar pelo lado errado, porque os elementos são resultantes da reflexão e da abstração, remotamente derivados da experiência imediata que se lhes pede para explicar. A psicologia da Gestalt tenta remontar à percepção ingênua, à experiência imediata “não corrompida pela aprendizagem” e insiste em

encontrar aí não uma montagem de elementos, mas conjuntos unificados; árvores, nuvens e céu, em vez de massas de sensações.

A palavra alemã Gestalt significa um todo e, na concepção teórica em questão, esse “todo” não é apenas a soma de suas partes. A Gestalt não pode ser imaginada como uma composição de elementos, declaração essa que os gestaltistas procuraram imediatamente provar pela evidência experimental. Toda a matéria da psicologia foi arrastada por esse movimento, e exigiu uma revisão completa dos princípios fundamentais da ciência, expandindo seus princípios até as ciências físicas.

De acordo com Capra (1996), outra importante e decisiva descoberta da década de 1920 ocorre na física no nível subatômico, demonstrando a natureza dinâmica da matéria, revelando que não existem partículas ou blocos sólidos isolados, mas feixes dinâmicos de energia, ou seja, processos intensos de conexões. Essas descobertas modificaram pressupostos cristalizados da física clássica, que acreditava até então, que todos os objetos físicos podiam ser definidos até a menor partícula sólida. A Física Quântica, em contraponto, traz uma perspectiva do mundo como uma complexa teia de relações dinâmicas caracterizadoras dos mais diferentes processos de um todo unificado. A Física Quântica substitui o pressuposto de partículas básicas por princípios de organizações básicas.

Esses fundamentos contribuíram para a construção da perspectiva sistêmica. Portanto, pensar de maneira sistêmica é apreender a complexidade das relações entre os elementos que formam o todo, apreendendo-os com suas características de interatividade e interdependência.

[...] se existe um pensamento complexo, este não será um pensamento capaz de abrir todas as portas (como essas chaves que abrem caixas-forte ou automóveis), mas um pensamento onde estará sempre a dificuldade, (MORIN, 1996, p. 274).

Outra contribuição teórica mais recente traz uma contribuição significativa para categorizar o pensamento sistêmico ou pensamento complexo. Morin (2000)

organiza as propriedades do pensamento complexo em sete princípios interdependentes e complementares, apresentando-os como diretivas para compreender os processos cognitivos do referido pensamento:

1 - O Princípio Sistêmico ou Organizacional – essa complexidade considera que nada está isolado no Universo e que tudo está em relação. Considera que no pensamento complexo há simultaneamente dificuldades empíricas e dificuldades lógicas.

2 – O Princípio Holográfico põe em evidência esse aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo como o todo está escrito na parte. [...] a totalidade da história do cosmos está em nós, que somos, não obstante, uma parte pequena, ínfima, perdida no cosmo. E sem dúvida somos singulares, posto que o princípio “O todo está na parte” não significa que a parte seja um reflexo puro e simples do todo. Cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, mas, de algum modo, contém o todo.

3 - O *Princípio do Circuito Retroativo*, introduzido por Nobert Wiener, permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Ele rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa. A homeostasia de um organismo vivo é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações. O círculo de retroação ou feedback tanto permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema, como pode ser um mecanismo amplificador. Inflacionárias ou estabilizadoras são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos sociais, políticos ou psicológicos.

4 - O Princípio do Circuito Recursivo é outra propriedade que tem formato circular, desencadeando um processo dialético - onde estamos, todos nós, inseridos num circuito em que os produtos e os efeitos são eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz.

[...] numa máquina, as partes apenas existem uma para outra, no sentido de *suportar* a outra no âmbito de um todo funcional. Num organismo as partes também existem por meio uma de cada outra, no sentido de *produzirem* uma a outra (KANT apud CAPRA, 1996, p.36)

Somos os produtos de um sistema de produção que só se reproduz se nós mesmos nos tornarmos produtores com o acasalamento. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.

5 - O Princípio da Autonomia/Dependência (auto-organização): os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência. É por isso que precisam ser concebidos como seres autoeco-organizadores.

Esse princípio vale especificamente, é óbvio, para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades - que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto chave da autoeco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a fórmula de Heráclito, “viver de morte, morrer de vida”; e as ideias antagônicas de morte e vida são, ao mesmo tempo, complementares e antagônicas.

É essa dialógica de ordem e desordem que produz todas as organizações existentes no Universo. Devemos, pois, trabalhar com a desordem e a incerteza, e damos-nos conta de que o pensamento que enfrenta a desordem e a incerteza é o verdadeiro pensamento.

6 - O Princípio Dialógico acaba justamente de ser ilustrado pela fórmula de Heráclito. Ele une dois princípios ou noções que deveriam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do Universo: a partir de uma agitação calorífica (desordem), onde, em certas condições (encontros aleatórios), princípios de ordem vão permitir a constituição de núcleos, átomos, galáxias e estrelas. Sob as mais diversas formas, a dialógica entre a ordem,

a desordem e a organização, via inúmeras inter-retroações, está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano.

A dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo. Niels Bohn, por exemplo, reconheceu a necessidade de conceber partículas físicas como corpúsculos e como ondas, ao mesmo tempo. De um certo ponto de vista, os indivíduos, na medida em que desaparecem, são como corpúsculos autônomos: dentro das duas continuidades que são a espécie e a sociedade - , o indivíduo desaparece quando se consideram a espécie e a sociedade -, e a espécie e a sociedade desaparecem quando se considera o indivíduo. O pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a excluir um ao outro.

7 - O Princípio da Reintrodução do Conhecimento em todo o Conhecimento realiza a restauração do tema e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo o conhecimento é uma reconstrução/tradução por um espírito/inteligência em uma cultura e em um tempo determinado.

O pensamento complexo, na concepção de Morin (1996, p.277), articula os princípios de ordem e de desordem, de separação e de junção, de autonomia e de dependência que estão em dialógica (complementares, concorrentes e antagônicos), no seio do universo. Em suma, o pensamento complexo não é o contrário do pensamento simplificador; ele o integra.

Em decorrência dessas mudanças paradigmáticas ocorre o surgimento natural de outras formas de organização social, que expressam as transformações de pensamento e de necessidades do homem contemporâneo. As novas formas de organização social substituíram as relações hierárquicas, de formato piramidal, por redes.

1.3 As organizações sociais em rede de cooperação

[...] o desempenho de determinada rede dependerá de dois de seus atributos fundamentais: conectividade, ou seja a capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes; coerência, isto é, a medida em que há interesses

compartilhados entre os objetivos da rede e de seus componentes (CASTELLS, 2009, p.232)

As organizações sociais em rede são estruturas dinâmicas onde os diversos nodos² que a constituem estão conectados entre si. Como todo sistema orgânico as redes são sistemas abertos que extraem continuamente do ambiente a energia de que precisam para sobreviver. Contribuiu para essa concepção a teoria geral dos sistemas elaborada por Bertalanffy apud Capra (1996, p.51) que classifica os sistemas em fechados ou abertos. Ao contrário do sistema fechado, que se estabelece num estado de equilíbrio e não de troca com o ambiente externo, o sistema aberto sofre interferência do meio e o influencia com suas ações. Essa dinâmica de intercâmbio entre um sistema e o ambiente externo apresenta uma dinâmica circular de entradas de dados, processamento e saída das informações e retroalimentação, adquirindo um caráter de dinamismo, relação, troca e movimento quando se trata das conexões entre redes.

“As redes são e serão os componentes fundamentais das organizações” (CASTELLS, 2009, p.225), possibilitando maior articulação e intercâmbio entre seus processos internos e externos. Portanto, enquanto sistema aberto, as organizações sociais em rede apresentam propriedades de contexto, conexão e relação como todos os sistemas abertos que se conectam a outros sistemas, formando redes dentro de redes, sem escalonamento ou grau de prioridade.

Essa perspectiva da inexistência de níveis de importância é extensiva também aos nodos, possibilitando relações menos hierárquicas, traço que as difere de um modelo de estrutura piramidal.³ Numa rede, afirma Capra (1996), os nodos de sua estrutura estão conectados entre si de maneira interdependente e horizontal e formam um conjunto de vínculos que é a sua principal característica e não a quantidade de nodos que ela possui.

²nodo é um *ponto de interseção* entre feixes de intercâmbio, foi utilizado por Capra em substituição do termo nódulo ou nó.

³Uma estrutura em pirâmide corresponde ao que seu próprio nome indica: as pessoas ou entidades se organizam em níveis hierárquicos, que se superpõem cada nível compreendendo menos integrantes do que o nível que lhe é inferior. Para maiores informações ver Whitaker (1993, p.1)

Como decorrência dessa propriedade, uma estrutura social em rede de cooperação precisa ser estudada pela identificação dos padrões de ligações estabelecidos entre seus nodos. Para Capra (1996), as redes não são estruturas estáticas; são estruturas dinâmicas, sua forma é mutante e, para entendê-la, é preciso identificar como foi construída e o que mantém seu padrão de interação.

As teias, redes e nodos são estruturas consideradas complexas. Tomemos como exemplo determinada organização que integra uma rede. Ela funciona como uma parte hologrâmica dessa rede – apresenta o mesmo padrão de interação entre suas unidades, numa relação mais horizontal de trabalho e tomada de decisão em equipe, próprias dos sistemas abertos. Suas unidades Interagem constantemente no processo circular de entrada-processamento-saída-retroalimentação entre seus componentes e grupos, gerando aprendizagem. Um nodo enquanto unidade funciona com os mesmos princípios de conectividade, relação e contexto da estrutura maior – a rede.

De acordo com Senge (1998, p.40), os vínculos estabelecidos entre os nodos de uma rede estão “amarrados por fios invisíveis de ações inter-relacionadas, que levam anos para desenvolverem plenamente os efeitos que uma exerce sobre a outra”. Essas estruturas em rede se conectam a outras redes, formando as teias, que são redes dentro de redes.

Esses subsistemas de uma rede nunca estão parados no tempo e no espaço, estando sempre em transformação. Sua natureza dinâmica interage constantemente com o ambiente, e seu processo de planejamento é também circular – planeja, implementa mudanças, acompanha e avalia, numa perspectiva de crescimento em formato de espiral, - circula, mas agrega conhecimento, portanto retorna em outro nível num processo contínuo de aprendizagem.

Para a Egger (2007), esse processo funcional, próprios dos sistemas dinâmicos e complexos, torna a estrutura em rede menos controlável do que qualquer outra organização, e seus resultados nem sempre são os esperados. A história das redes e de seus membros, suas experiências e seus conhecimentos,

bem como o ambiente onde se inserem, são elementos que influenciam tanto o seu estabelecimento quanto o seu gerenciamento.

1.3.1 Tipos de redes sociais de cooperação

Dessa forma a rede é uma comunidade de cooperação e conhecimento, onde a “aprendizagem em equipe” tornou-se vital, pois as equipes [...] “são a unidade de aprendizagem fundamental nas organizações modernas. Esse é o ponto crucial: se as equipes não tiveram capacidade de aprender, a organização não a terá. (SENGE, 1998, p.44).

A rede é uma prática antiga das sociedades humanas, e seu funcionamento independe do meio de comunicação empregado, seja ele telégrafo, telefone, telex, rádio, televisão, fax ou a rede mundial de computadores ou internet ⁴. Muitas vezes, perdendo sua dimensão mais abrangente, o conceito de rede é associado à rede mundial de computadores, sendo tratado como sinônimo desse veículo de comunicação, justificável por ser um instrumento com imensa e inesgotável possibilidade de formação de conexões.

Encontramos na literatura várias classificações dos tipos de redes sociais e a partir delas organizamos uma categorização composta de cinco conceitos apenas, por estarem mais próximos de nosso estudo de caso: redes temáticas, redes sociais e redes formais (Comunidades de prática e Redes formais de políticas)

1 - Redes temáticas

Apesar de entendermos que toda rede se organiza ao redor de um tema, seja ele mais abrangente ou mais definido, adotamos também essa classificação pela sua ampla utilização nos textos sobre redes. A Rede de Informações para o Terceiro Setor (RITS, 2008) define redes temáticas, como aquelas que se organizam em

⁴ internet – rede remota internacional de computadores, descentralizada e de acesso público, que proporciona transferência de arquivos e dados, juntamente com funções de correio eletrônico, para milhões de usuários ao redor do mundo. (MICHAELIS, 2008, p.:481).

torno de um tema, segmento ou área de atuação das entidades (ou indivíduos) participantes.

2 - Redes Sociais

Segundo Egger (2007, p.12), essa modalidade de rede forma a base na qual as redes formais são construídas. Elas não têm “um propósito deliberadamente definido” e se baseiam em “relações informais individuais pessoais entre empresários ou amigos, ou entre membros de uma família maior” e é “constituída para o benefício de todos os membros”. Normalmente, elas surgem e crescem espontaneamente, com um processo de afiliação bem livre, “sem regras explícitas” e “desempenham uma parte importante na administração do cotidiano privado e profissional: elas são recreativas, podendo produzir informações, prestar assistência em tempos de necessidade, fornecer acesso a outras pessoas ou recursos”.

3 - Redes Formais

Para Andrade (2008, p.90), quando grupos de várias instituições ou organizações independentes estabelecem acordos com um propósito ou necessidade específica, eles estão fazendo parte de uma rede formal. Egger (2007, p.12) esclarece que o processo de afiliação das redes formais tem caráter mais oficial, seus membros, independente do número, são representantes de organizações, especialistas, tomadores de decisão, uma rede como um todo. Os integrantes dessa modalidade de rede compartilham pontos de vista, objetivos e regras comuns e executam um conjunto de atividades comuns, como eventos regulares.

Para o autor, uma rede formal pode até mesmo ter um formato legal. Em comparação às comunidades de prática, as redes formais não se baseiam unicamente nas necessidades de seus participantes, mas em realizar mudanças em seus próprios contextos. Como o processo é de troca e relação, as redes formais também podem produzir comunidades de prática sobre um tema ou assunto

específico que seja de interesse para os participantes da rede ou outros interessados.

3.1 - Comunidades de Práticas

Elas fazem “parte das atividades das redes formais”, onde um grupo de pessoas se organiza “confiando umas nas outras e compartilhando um interesse comum em uma área específica de conhecimento ou competência”. A organização desses grupos é voluntária e muitas vezes informal, com o objetivo de “compartilhar e desenvolver conhecimentos, resolver problemas comuns e apoiar uns aos outros na busca de respostas”. Porém elas não devem ser confundidas com as equipes de projeto encarregadas de uma tarefa específica e com prazo para ser realizada. As pessoas participam de uma Comunidade de Prática pela busca do conhecimento, porque elas têm uma necessidade real de saber, têm um propósito em comum e valores compartilhados que mantêm o grupo unido.

3.2 - Redes formais de políticas

Essa modalidade de rede formal “envolve instituições de uma área geográfica e seu objetivo é mobilizar a atenção política, técnica e financeira promovendo mudanças estruturantes em um determinado contexto”, a partir da atuação nas agendas políticas nacionais, regionais e globais. Essa modalidade de rede é composta de uma variedade de organizações, públicas e/ou privadas e/ou Organizações Não Governamentais (ONG), com um objetivo em comum em volta de determinada política pública.

Para Andrade (2008, p.91), as redes formais de políticas são redes com grande capacidade de promover “transformações sócio-políticas”, entretanto, seu êxito implica a “construção de um profundo e sistemático processo de formação de consensos, gerenciamento de conflitos e mobilização de atores” e, por não ser uma tarefa fácil, demanda um maior tempo para estabelecer, por exemplo, “a construção de consenso entre instituições de diferentes dinâmicas e natureza, como a academia e a gestão, que buscam trabalhar em rede”.

Reconhecendo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar objetivos e superar desafios, essas redes formais de políticas identificam suas áreas de interfaces e buscam articular e promover suas agendas, evitando a duplicação de esforços, buscando intercambiar recursos financeiros, conhecimento, infraestrutura, tecnologia e recursos humanos. Um exemplo de Rede Formal de Políticas é a Central de Atendimento ao Empresário em Maceió – Central Fácil, onde oito instituições públicas juntas realizam o processo de desburocratização e agilização dos processos de abertura de empresas.

Podemos então considerar que a rede social de cooperação é uma tendência e uma alternativa contemporânea de modelo de gestão, que vem transformando os espaços de muitas organizações em ambientes favoráveis à aprendizagem coletiva. Com a imensa capacidade de promover alianças, as redes integram e democratizam informações, transformando-as em conhecimento, ações, convergência de agendas que integram governo, setor privado, sociedade civil, ONG, organizações internacionais e multilaterais, sem, entretanto provocar a perda da autonomia”.

Machín e Chagas (2008, p.20) consideram fatores limitantes ao funcionamento de qualquer rede social as excessivas expectativas de resultados imediatos, sem considerar o tempo de maturação e crescimento. Consideram também limitante a demasiada importância dada aos controles, ao excesso de estruturação e a formalidade e a tentativa de regulamentar a participação. Para eles, quando isso ocorre, inviabiliza o funcionamento porque rompe com a natureza flexível das redes. Pfeiffer (2008) defende uma posição contrária porque acredita que a informalidade pode ser responsável pela perda de informações relevantes, quando uma rede cresce e se torna mais complexa. “O desafio de uma rede é, portanto, encontrar o equilíbrio entre a formalidade e informalidade, entre organização e descentralidade, entre processos sistemáticos e processos espontâneos.”

Uma rede é um organismo vivo, é contextual, dinâmico e interativo, sua forma é volátil e multidimensional. Com esse entendimento, os instrumentos e técnicas avançadas do período industrial são utilizados numa perspectiva nova, sem o paradigma da estrutura, controles, hierarquia e relação piramidal. O princípio

fundamental da Gestalt de uma rede é a auto-organização; portanto ela não é anárquica, ela se movimenta dentro de um padrão, de tal forma que, ao entrar em desequilíbrio, ele troca com o ambiente externo, liberando ou retirando a energia de que precisa para se manter ou se transformar. As soluções encontradas para o funcionamento da rede, caminhos, acordos, procedimentos, devem ser vistos com um novo olhar, bem como, a utilização de instrumentos úteis e há muito validados, ganha uma nova perspectiva de natureza aberta e horizontal.

Para a RITS (2008), sem intencionalidade, uma rede não consegue ser um sistema vivo, mas apenas um amontoado de possibilidades (intencionalidade aqui não possui um sentido teleológico; muito pelo contrário, significa a declaração de suas intenções de rede). A comunicação e a interatividade se desenvolvem a partir dos pactos e dos padrões estabelecidos em comunidade. Uma rede é uma comunidade e, como tal, pressupõe identidades e padrões a serem acordados pelo coletivo responsável. É a própria rede que vai gerar os padrões a partir dos quais os envolvidos deverão conviver. É a história da comunidade e de seus contratos sociais.

1.4 As organizações sociais em rede, como organizações de aprendizagem

[...] o trabalho em rede como um grande desafio no campo pessoal e profissional [...]pressupõe o compartilhamento como uma estratégia fundamental de crescimento, o que implica transformar processos de desenvolvimento individuais em coletivos. (VICTORIA e CHAGAS, 2008, p.101)

É propósito explícito da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008, p.40) ser uma “organização de aprendizagem”, “a fim de assegurar e manter sua posição como uma fonte autorizada de conhecimentos e informação sanitária [...]”. Isso significa, segundo Senge (1998, p.37-38), que ela está se comprometendo, enquanto Organização de Aprendizagem, “com a cultura de construção coletiva de conhecimentos, onde as pessoas serão cultivadas a desenvolver suas capacidades de aprender em todos os níveis da organização”.

Para uma melhor compreensão do significado da adoção dessa perspectiva - Organização de Aprendizagem, estaremos, previamente, procurando diferenciar e conceituar o emprego de palavras como informação, conhecimento e aprendizagem pela sua larga utilização no estudo das redes. Os termos informação e conhecimento são utilizados frequentemente como sinônimos, mas as teorias da comunicação, as teorias que tratam da aprendizagem, gestão do conhecimento e gestão da informação os diferenciam em seus pressupostos, atribuindo às duas palavras níveis de saber e abstração diferenciados.

Para Miranda (1999, p.285), um dado é um conjunto de registros qualitativos ou quantitativos conhecido, que organizado, agrupado, categorizado e padronizado, adequadamente, transforma-se em informação. Dessa forma informação se refere ao resultado da organização de um conjunto de dados, ou seja, do processo de tratamento, dedução e inferências lógicas confiáveis. Enquanto conhecimento, por sua vez, trata da intervenção do sujeito na relação com o objeto e suas conseqüentes reflexões. O conhecimento é a compreensão das relações presentes num determinado objeto, situação ou contexto. Para Piaget (1974, p.140), o conhecimento não é resultado do acúmulo de informações, ele se constrói pela interação do indivíduo com seu meio ambiente.

Muitos desses conhecimentos são decorrentes de comunidades de pessoas que compartilham dos mesmos interesses e se comunicam em tempo real, facilitados pelas novas tecnologias da comunicação. As possibilidades de conexão são tantas que, segundo Banús (2006, p.11), no mundo contemporâneo, a produção do conhecimento científico é completamente renovada a cada quatro anos. Essas comunidades organizadas em rede “podem ser concebidas como um ambiente de aprendizagem, como um sistema de comunicação ou como um meio de integração”. (LUNA e VELASCO, 2006, p.15).

Mas, o que consideramos como aprendizagem?

Para a perspectiva construtivista, o pensamento está sempre em processo de transformação, decorrente da ação do indivíduo sobre o seu meio ambiente, onde mantém relações interativas e dialógicas. Nessa perspectiva, o mundo é percebido

como uma rede de “relações, interações e interdependências”, estando em contínua movimentação e transformação. Essa dinâmica de aprendizagem tem como base “o interesse e o prazer na produção do conhecimento”, que possibilita “a sistematização, transmissão, construção e reconstrução do saber acumulado”. (MORAES, 1998, p.100).

A aprendizagem ocorre através das relações estabelecidas entre os integrantes de um processo grupal, que segundo Senge (1998, p.43) passa a ser decisivo para o desenvolvimento intelectual dos próprios indivíduos. No contexto social, a construção não é apenas do indivíduo; são construções coletivas, pois também construímos o mundo balizados, controlados pela mente, pelas ideias, pelos valores e pelas construções dos outros.

Quando a verdadeira aprendizagem acontece, existe a possibilidade de nos recriarmos, tornando-nos capazes de fazermos o que nunca fizemos, de adquirirmos uma nova visão do mundo e da nossa relação com ele, de ampliarmos nossa capacidade de criar, de fazermos parte do processo generativo da vida. (SENGE, 1998, p.34).

Segundo Ribeiro (2009, p.32), a aprendizagem na concepção construtivista ocorre na construção de relações, através do seguinte ciclo: “o sujeito se depara com o problema, levanta hipóteses, que são testadas (através de ações físicas ou operativas/cognitivas), reelaboradas, submetidas a um novo teste, e assim continuamente, num processo recursivo”. Para o autor, esse ciclo é permeado pelos elementos sócio-históricos, que constituem a forma de perceber o mundo e conceber as alternativas de soluções que o sujeito construiu durante sua vida [,,,]

[...] a inteligência é a capacidade de adaptação a situações novas e sua função é expandir o meio para que o indivíduo sobreviva.[...] O processo de cooperação é um fator de desenvolvimento mental, o confronto das instituições obriga a mente a fazer autocrítica e reajustes de opiniões e regras, levando a operacionalização do pensamento. Portanto, todo o conhecimento está em processo de construção e reconstrução, de criação e recriação, através da relação do sujeito com o contexto, com a realidade, com a cultura em cooperação. (SANTOS, 1998, p.51)

Para Moraes (1998, p.219), estamos diante de novos paradigmas do conhecimento, que apontam para a “construção de ambientes de aprendizagem alicerçados em um modelo social menos dualista, tendo como princípio básico a responsabilidade individual e coletiva”. Uma nova concepção do homem é, portanto, suscitada. A Era das Relações suscita “ambientes de aprendizagem, que privilegiam a circulação de Informações, a construção do conhecimento, o desenvolvimento da compreensão e, se possível, o alcance da sabedoria objetivada pela evolução da consciência individual e coletiva”.

(...) Por isso, os docentes e a própria instituição escolar se encontram diante de um desafio de construir outro marco intercultural mais amplo e flexível que permita a integração de valores, ideias, tradições, costumes e aspirações que assumam a diversidade, a pluralidade, a reflexão crítica e a tolerância tanto como a exigência de elaborar a própria identidade individual e grupal. (GÓMEZ, 2001, p.46)

Para Moraes (1998, p.190), estando tudo interligado, interconectado, o homem é também um fio particular dessa teia, uma parte do todo, uma estrutura em interação com seu meio ambiente, um sistema aberto que tenta criar uma coerência e incorporar o novo, dentro de um contexto histórico-cultural. Numa rede, a visão do conhecimento se constitui num instrumento para a transformação do próprio conhecimento. A rede de conhecimento pressupõe flexibilidade, plasticidade, interatividade, adaptabilidade, cooperação, parceria, apoio mútuo e auto-organização.

[...] O conhecimento do paradigma emergente tende a ser um conhecimento não dualista, um conhecimento que se funda na superação das distinções tão familiares e óbvias que até há pouco considerávamos insubstituíveis, tais como natureza/cultura, natural/artificial, vivo/inanimado, mente/matéria, observador/observado, subjetivo/objetivo, coletivo/individual, animal/pessoa. (SANTOS, 1998, p.40)

A educação evoluiu para a compreensão de que seu processo e os dos demais fenômenos naturais são sistemas abertos e trocam energia e matéria. A educação, compreendida como um sistema aberto, implica a existência de

processos transformadores que decorrem da experiência, algo inerente a cada sujeito e que depende da ação, da interação e da transação entre sujeito e objeto, indivíduo e meio. Numa instituição de educação aberta, o conhecimento requer que os processos estejam em construção e reconstrução pela ação do sujeito sobre o meio ambiente, que ocorram trocas, relações interativas e dialógicas. Tudo é criado gradualmente, vivenciando a valorização processo, explorando conexões, relações e integrações.

As novas tecnologias têm nos colocado diante de possibilidades de maior contato entre pessoas, com outras culturas e etnias, o que significa mais convivência. Estamos interconectados pelo tempo, espaço e energia, o que exige uma nova postura e outros valores, fortemente ligados a processo de cooperação e conservação. As organizações sociais em rede tendo como base a relação, a conexão e o contexto, são ambientes potenciais de aprendizagem, considerando que podem atender às aptidões, denominadas por Senge (1998, p.390), como “disciplinas da organização que aprende”. Diante dessa perspectiva, os ambientes de aprendizagem são espaços construídos para favorecer o conhecimento de pessoas e grupos mediante o desenvolvimento desses cinco conceitos, tratados pelo autor, que passamos a apresentar:

A primeira disciplina é o Pensamento Sistêmico. Trata-se de “um quadro de referência que foi desenvolvido ao longo dos últimos cinquenta anos, objetivando esclarecer os padrões como um todo e ajudar-nos a modificá-los efetivamente”. Essa disciplina integra as demais. Sem desenvolver essa disciplina, a tendência é perceber fragmentos da realidade de que fazemos parte.

O Domínio Pessoal é caracterizado pela busca do desenvolvimento emocional e espiritual do indivíduo. “É a disciplina que continuamente busca esclarecer e aprofundar nossa visão pessoal, de concentrar nossas energias, de desenvolver paciência e de ver a realidade objetivamente.” Essa segunda disciplina é a preparação e o desenvolvimento da capacidade de o organismo manter a homeostase, definida como a capacidade do ser humano de enfrentar os desafios, com reposição imediata da energia despendida.

A disciplina Modelos Mentais exerce influência sobre o nosso comportamento, conflitando com as mudanças porque se choca com as aprendizagens tácitas e poderosas. “Modelos mentais são pressupostos profundamente arraigados, generalizações ou mesmo imagens, conscientes ou não, que influenciam nossa forma de ver o mundo e agir.” Os espaços de aprendizagem constituídos precisam criar possibilidades de as pessoas entrarem em contato com seus modelos e serem desafiadas a superá-los, modificando-os para construir o novo.

O Objetivo Comum refere-se a objetivos, valores e compromissos que sejam compartilhados em conjunto pelos membros de um grupo como um todo. O objetivo claro e legítimo tem a capacidade de envolver as pessoas, que passam a dar o máximo de si, porque decidem contribuir, tornando-se mais abertas a aprendizagem do novo.

Aprendizagem em equipe é a quinta disciplina a ser desenvolvida nesses espaços. Quando o aprendizado ocorre nas equipes, elas são capazes de resultados extraordinários em conjunto, e seus integrantes desenvolvem-se com maior rapidez no sentido individual. O diálogo destaca-se como a capacidade primeiramente precisa ser cuidada e consiste em levantar ideias preconcebidas, visando e participar de um raciocínio em grupo. A prática do diálogo leva o grupo a reconhecer os padrões de interação que contribuem para os resultados obtidos, e que se forem detectados, poderão facilitar a aprendizagem em equipe.

Considerando que a aprendizagem pode ser construída através da interação e do diálogo, os ambientes de aprendizagem precisam ter formatos abertos, para permitirem a troca. Portanto, diante dessa categorização proposta por Senge (1998), podemos afirmar que as organizações sociais em rede de cooperação são “organizações de aprendizagem” em potencial, visto que, são sistemas, têm objetivo comum, favorecem o intercâmbio, portanto funcionam em equipe e podem promover o domínio pessoal pela constante presença de retroalimentação no diálogo com outros participantes da rede. Os membros de uma estrutura em rede de cooperação têm enormes chances de aprender em grupo.

CAPÍTULO II - A REDE DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL: uma abordagem sistêmica

Um dos aspectos mais desafiantes da mudança é compreender o impacto que ela produz sobre indivíduos, grupos, organizações... (CONNER, 1995, p.33)

A década de 80 foi palco dos anseios dos profissionais e governantes de várias áreas, destacando-se entre elas a área da saúde, no sentido de construir uma atenção mais justa, racionalizada e integral à maioria da população. Um marco nessa reflexão ocorreu em 1978, com a iniciativa da OMS, realizando uma Conferência Internacional sobre a Atenção Primária da Saúde na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, Rússia, onde os países representantes de todo o mundo conclamaram a meta “Saúde para Todos no Ano 2000 e assinaram uma declaração denominada “Declaração de Alma Ata”, reconhecendo universalmente a necessidade de uma mudança no paradigma da saúde pública e convocando a comunidade mundial a apoiar o compromisso com os cuidados primários, através da construção de sistemas integrados, funcionais e mutuamente apoiadas. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a “promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial”. É importante assinalar que o Brasil não esteve presente em Alma Ata.

De forma heterogênea, segundo as diferentes conjunturas socioeconômicas e políticas de cada país, a partir dos anos 1980 se iniciam processos de reforma do setor da saúde em vários países. As reformas se desenvolvem por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, por intermédio de debates e iniciativas da sociedade civil organizada. (PAGLIOSA e DA ROS,, 2008, p.497).

Por ocasião da chegada do ano 2000, com a necessidade de construir novos consensos e promover alianças globais e regionais tendentes a contribuir com o fortalecimento dos sistemas de saúde, foi realizada uma Reunião de Cúpula Mundial, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), assegurando o cumprimento de objetivos para o ano 2015 conhecidos como “As Metas do Milênio”. Em decorrência dessas metas, os países do MERCOSUL celebram um acordo em 2007 na Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento: direitos, feitos e realidades – Buenos Aires: de Alma Ata à declaração do milênio, cujo principal objetivo é precisamente realizar e propiciar os consensos e promover as alianças mencionadas para 2015.

Esses acordos demonstram as intenções sobre a saúde da população, no cenário de reflexão mundial. O Brasil, no mesmo período histórico, vive o processo de transição do regime militar para o início de um processo de democratização, marcado por problemas sociais fortemente agravados pela crescente disparidade econômica da população. As questões referentes à saúde da população tomam destaque, associando a elas o debate sobre a qualidade do ensino nessa área do conhecimento.

Segundo Almeida (1999, p.123–132) os dilemas do “ensino médico fazem parte das preocupações dos organismos internacionais, não sendo uma realidade somente brasileira”. Na década de 80, “o Brasil e os outros países da América Latina constituem cenário de importantes acontecimentos e processos, sobre educação médica”, dentre eles: a) estudos de avaliação da proposta Integração Docente Assistencial (IDA), com ênfase para o realizado pela Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM/OPS/Kellogg); b) aplicação de uma nova proposta, desenvolvida pela OPAS, denominada Análise Prospectiva das Profissões de Saúde; c) convocação, pela União das Universidades da América Latina (UDUAL), de uma Conferência Integrada de Ciências da Saúde e a realização de debates preparatórios.

O debate sobre essa realidade social e o debate em torno da democratização da saúde, bem como a melhoria na formação profissional, vinham sendo

aprofundados e amadurecidos, há “quase duas décadas pelo chamado "movimento sanitário" formado por profissionais da área, sindicatos, instituições de ensino, movimentos de base, enfim, pela sociedade civil organizada. Essa movimentação social e política culminou com a bandeira de consenso “Saúde, Direito do Cidadão e Dever do Estado”, aglutinando mais de 4000 representantes da sociedade civil e do governo na histórica 8ª Conferência Brasileira de Saúde de 1986 realizada em Brasília, com a coordenação do Ministério da Saúde, dados registrados no documento do Projeto Pedagógico Global - PPG/UFAL (1991, p.60). Nessa conferência foi elaborado um conjunto de princípios e diretrizes extraídos não da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma nova lógica organizacional que veio a se tornar a principal fonte para as formulações do texto constitucional de 1988, quando surge um sistema único e descentralizado de saúde (SUDS), de acordo com Pinheiro, Westphal e Akerman (2005).

O manifesto de Alma Ata integra conceitos antagônicos em que saúde e doença constituem estados de um mesmo processo, numa perspectiva dialógica que permite a convivência e a “inseparabilidade de noções contraditórias” (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1998, p.12), diante do mesmo fenômeno complexo. Dessa forma, o nível de atenção primária se propõe a “integrar os fatores biológicos, psicológicos e sociais” (DE MARCO, 2006, p.64), como partes de um todo, onde a compreensão da saúde e da doença não pode ser dissecada para serem compreendidas. As condições presentes na vida do cidadão são identificadas para o planejamento de uma assistência que considera a cultura e os níveis de necessidades.

A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Em muitos casos, essa abordagem foi bem-sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo (KOIFMAN, 2001, p.54)..

Os sucessivos eventos sobre o tema da saúde que marcaram as décadas de 70 e 80 exerceram o papel de gerar conhecimento, capazes de serem transformados em políticas públicas, com base na cooperação. As alianças e pactos

entre governos pretendiam transformar o modelo de assistência à saúde praticado até então, numa nova perspectiva de trabalho integrado e sistêmico. Outra demonstração do pensamento sistêmico é a compreensão de que os fenômenos não estão isolados; os problemas de uma região afetam o planeta como um todo, portanto a questão da saúde é vista como um padrão de relações interligadas: “[...] saúde dos povos [...] qualidade de vida e paz mundial” (Declaração de Alma Ata).

2.1 A Constituição de 1988 e a Rede de Saúde

[...] a Constituição de 1988 [...] não foi uma outorga. Foi fruto de lobbies, de diferentes tendências e setores organizados da sociedade civil e política [...]. Geraram e demarcaram novos espaços e novas formas de agir dos grupos organizados. (GOHN, 2001, p.99)

A Constituição Brasileira de 1988 completou vinte anos. É também chamada de “Constituição Cidadã”, título que lhe é atribuído pelos avanços sociais expressos em seu texto, como resultado das negociações e pressões da sociedade civil organizada, a qual participou ativamente durante o processo da constituinte. Num período de transposição de um cenário político autoritário para a retomada da democracia, vale ressaltar que a concepção de constituinte proposta pelo governo de transição, ainda sob a forte influência de um modelo autoritário, controlador e hierárquico, não refletia nenhuma intenção prévia de participação direta. Um grupo de notáveis daria conta do recado, representaria os interesses dos brasileiros, os quais, provavelmente, ainda não tinham sido preparados para contribuir, segundo Fávero (2001, p.284).

A história, entretanto, relata a participação intensa do povo brasileiro, através das mais diversas estratégias de pressão exercidas durante a Constituinte - documentos e projetos foram entregues às bancadas, às lideranças e aos grupos de trabalhos; visitas sistematizadas de determinado grupo social aos representantes das comissões temáticas de seu interesse, num “corpo a corpo” de influência habilmente articulada. Em virtude dessa movimentação surgiram novos espaços de debates entre grupos originários de todas as regiões do País. Portanto o processo

fechado definido para a construção da nova Lei Magna do País foi na prática transformado em palco ampliado de participação social.

Esses movimentos e associações populares, que surgiram nos anos 80, imbuídos de restaurar a democracia no País, conseguiram aprender num ambiente hostil, e transformar o restrito território da constituinte num espaço de mudanças. Dessa forma, a Constituição de 1988, para Gohn (2001, p.8), traz, em seu bojo, avanços nos direitos coletivos e sociais, apesar da distância entre sua concepção e sua efetiva garantia. Esse o arranjo legal, que será gradativamente regulamentado, pela primeira vez coloca à disposição do indivíduo mecanismos jurídicos correspondentes a esses direitos.

A assimilação desses direitos deve-se, em parte, à mobilização popular que punha esperanças renovadas em uma constituição democrática e aberta a sua participação. Inovando em relação a qualquer outro processo já havido [...]. (FÁVERO, 2001, p.22)

Ao analisarmos o texto constitucional, no que se refere à área da saúde, verificamos a tradução dessa mobilização interna da nação e os debates gerados em torno do tema. Considerando o cenário da época, o texto é bastante avançado e garante, o direito de todos os brasileiros à saúde, deixando de existir a categoria de “indigentes” que eram os brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho. As conquistas eram tão audaciosas e distantes da realidade vivida pelos brasileiros que o pessimismo e ironia estavam presentes nos discursos dos críticos de todo o Brasil, que se reportavam aos constituintes como visionários ao terem construído algo utópico, impossível de ser alcançado. Diz o texto magno:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, art. 196)

Dessa forma passa a ser dever do Estado Brasileiro zelar pela saúde de toda a população. Em consequência, o desafio, a partir de então, seria o planejamento e a consolidação da proposta de um novo modelo de gestão da saúde pública para o país. A estratégia adotada em primeiro lugar foi a de reunir todos os esforços de

assistência à população, dispersos nas três instâncias de governo - federal, estadual e municipal - numa única rede de atuação conjunta, integrada e interdependente. Estava, portanto, criado o SUS, o qual incluía todas as ações e serviços de saúde realizados pelos diversos órgãos da Administração direta e indireta dos governos, pelas fundações mantidas pelo Poder Público, bem como, pela iniciativa privada, em caráter complementar, conforme reza a Lei Orgânica da Saúde (LOAS, 1990, Art. 4º).

O SUS, ao ser oficializado como um sistema, traz na sua concepção a perspectiva de uma rede integrada, regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde. Tem ainda a perspectiva de uma gestão descentralizada, com uma direção única em cada esfera do governo e a participação ativa da comunidade na gestão através dos Conselhos de Saúde. É de sua competência assegurar à população o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas conforme a Constituição Federal (1988, art. 198) devendo ser financiado, segundo o artigo 195, dessa Constituição, através de recursos da seguridade social, ficando, entretanto, indefinido o percentual orçamentário a ser disponibilizado para esse fim.

O SUS começa estabelecendo princípios claros que servirão de direção às ações da rede de saúde como um todo. Tais princípios buscam refletir os valores de “conservação, cooperação, qualidade e a parceria” (CAPRA, 1996, p.28), próprios do pensamento integrativo que estão expressos na Lei Orgânica de Saúde, 1990, com base no art.198 da Constituição Federal de 1988.

Eis os princípios estabelecidos:

1. Princípios ideológicos ou doutrinários:

Universalidade - A saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso a atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.

Equidade - É um princípio de justiça social porque busca diminuir desigualdades, o que significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde há maior carência;

Integralidade - Significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. Engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

2. Princípios Organizacionais:

Descentralização e comando único - Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas de saúde;

Resolutividade - É a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o para onde possam ser atendidas, suas necessidades, conforme o nível de complexidade;

Regionalização e hierarquização - A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde, enquanto a hierarquização é a expressão dessa lógica, buscando, entre outros objetivos, a economia de escala;

Participação popular - Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas - municipal, estadual e federal.

Esse último princípio é traduzido na prática através da formação dos Conselhos de Saúde que passam a representar um importante instrumento de gestão e participação da sociedade na “proposição de estratégias, controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Formados por “representantes do

governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários, sendo a representação dos usuários paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos”, esses Conselhos constituem órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, “existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

É mais uma iniciativa no processo democrático que caracteriza o SUS com propriedade das estruturas em rede - relações mais horizontais, bem como instrumentos que favorecem a troca e o intercâmbio entre os integrantes. Cada nodo da rede funciona aplicando o princípio hologrâmico, estabelecendo, com a formação dos Conselhos de Saúde, o mesmo padrão de interação em cada esfera de governo, com sua composição e atribuições. Como toda estrutura social aberta, esses Conselhos, apresentam um conjunto de processos reguladores, que, numa dinâmica de retroação, reduzem desvios e, assim, estabilizam o sistema nos fenômenos políticos e sociais – é o princípio do Circuito Retroativo do Pensamento Complexo de Edgar Morin, citado no capítulo 1.

Vale a pena chamar a atenção para a definição do SUS como uma rede hierarquizada, termo aparentemente contraditório considerando o conceito de estruturas horizontais como são as organizações em rede. Ao considerar o SUS uma rede hierárquica, esse princípio não se refere ao grau de submissão de um nível em relação a outro, e sim à natureza e ao agrupamento de seus produtos e de suas ações e serviços – nível da atenção básica, nível dos serviços de média complexidade e de alta complexidade.

Para a concepção do pensamento complexo de que estamos tratando, o nível da atenção básica tem as propriedades de uma teia pelas possibilidades de conexões necessárias a seu funcionamento – educação, água e esgoto, habitação, alimentação, lazer, equipes multidisciplinares, formação generalista, etc. Os outros dois níveis também apresentam as propriedades sistêmicas, mas caminham para a especialização, afunilando as competências.

Desde a sua criação, o SUS, enquanto rede formal de políticas, tem a preocupação em construir possibilidades de conexões que viabilizam uma ampla discussão sobre as práticas e a construção de políticas de saúde, bem como sobre a preparação de pessoas para trabalhar dentro dessa nova perspectiva ou paradigma.

Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. [...] Deverão ser criadas *Comissões Permanentes de integração* entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. (Arts. 12 e 14)

Dessa forma, as políticas de governo vão integrando as áreas da saúde e educação em volta de um tema comum, com ações planejadas e compartilhamento de agendas, como toda rede formal de política. Existem, entretanto, possibilidades de construção espontâneas, formadas dentro da estrutura formal. Esse lado não regulado dos intercâmbios ocorre conectando pessoas e grupos em volta de um tema de interesse comum, num determinado contexto histórico. Dessas relações surgem novas ideias e aprendizado pela simples existência de conectividade. É interessante registrar que o fato de surgirem de forma livre, pode não assegurar que as transformações ocorram de forma sequenciada e contínua, sem impedimentos, entraves e resistências às mudanças, assim como nos processos formais.

No processo constituinte houve uma movimentação dos grupos, desestabilizando as regras explícitas e construindo um movimento tácito, que foi sendo legitimado, à proporção que as regras instituídas eram flexibilizadas. Esse fato, denominado por Capra (2002, p.110–139) de fenômeno emergente, nasce no processo dinâmico dos grupos, dando origem ao novo, ao inusitado, que é uma propriedade dos sistemas abertos, onde existe a “tolerância [às] atividades marginais: experimentos e excentricidades que dilatam a sua margem de conhecimento”. Ora, o cenário era de abertura política e construção da democracia, e o grupo se movimenta e constrói uma participação não planejada, mas emergente, criando espaços, tempo e necessidades.

O conjunto de eventos das décadas de 70 – 80 trazem um pensamento novo, que vem sendo engendrado pela ação de vários agentes em níveis nacional e internacional, na busca de encontrar alternativas para os problemas da saúde num cenário de mundo superpovoado e marcado por graves problemas sociais. O pensamento necessário para o mundo atual é o pensamento integrativo e sintético, com base em valores de conservação e destaque para a cooperação, a qualidade e a parceria.

A visão desarticulada das ações reativas da área da saúde é então substituída por uma proposta sistêmica, que admite a natureza fracionada de suas práticas e quer corrigir o que concebe como o “mal maior”, construindo agendas em comum entre os nodos. Os diversos pontos de interseção dentro da própria rede de saúde e suas conexões com outras redes passam a ser melhor identificados, ao tempo em que são criados novos espaços formais de conversa e planejamento conjunto, focando os esforços do País, com possibilidades de minimizar a superposição de ações e duplicidade de recursos. Assim, o maior desafio e a grande possibilidade das denominadas redes de políticas são a articulação e a integração entre suas agendas.

Um exemplo de conexão entre as duas redes em construção (Saúde e Educação) acontece por iniciativa do Ministério de Previdência e Ação Social (MPAS), com a função de fazer com que a Universidade cumpra seu papel e se aproxime mais da sociedade. Cria, já em 1988, os Núcleos de Saúde Pública (NUSP), que objetivam desenvolver atividades de cooperação permanente e sistemática com as instituições de saúde componentes do SUS. Trataremos, em outro momento deste trabalho, sobre a importância desse Núcleo. Entretanto, para o estudo de redes, vale a pena destacar que esse “nodo” foi criado antes do SUS, como estratégia conjunta com a Rede OPAS, porém seus objetivos e missão são naturalmente absorvidos pelos valores do novo sistema.

A construção desse sistema articulado de saúde vem, ao longo desse período (1988–2009) através de medidas estruturantes (Legislação do SUS, 2003, p.19–419), sendo avaliado, corrigido, complementado, inovado, ampliado, instrumentalizado com novas tecnologias científicas e de gestão, aumentando a

agilidade nas interfaces entre os diversos serviços e instituições. Algumas dessas medidas estruturantes ocorreram de forma tardia no atendimento à Constituição. Podemos citar, como exemplo, a questão dos recursos financeiros: apenas seis anos após a criação do SUS, ela é finalmente definida e descentralizada das ações, através do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, art. 1, o qual “dispõe, então, sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do distrito federal, e dá outras providências”.

Em 1996, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, do Ministério da Saúde, através da Portaria nº2.203, redefinindo o modelo de gestão do SUS, procurando voltar-se, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse Sistema.

A NOB 1/96 é um avanço interessante na consolidação dos princípios do SUS, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente, pois os poderes públicos estaduais e federais são sempre corresponsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, como adverte a referida norma, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

A NOB 1/96 define três grandes campos de atuação da saúde, portanto, três redes interligadas, formando a teia da saúde: o Campo da Assistência, onde as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente o domiciliar; o Campo das Intervenções Ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e

outros); e, por último, o Campo das Políticas Externas referentes ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes as questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Dessa forma, a NOB 1/96 mais uma vez confirma os princípios constitucionais de promoção, prevenção e recuperação nos três campos da saúde, mantendo a perspectiva do caráter preventivo, como essência do SUS. Esse último campo demonstra as redes que deverão ser conectadas pela teia de saúde, não mais como estruturas à parte, justapostas, mas como padrão único de relação. As conexões entre esses campos retratam a influência que um tem sobre o outro, de tal forma que um produz o outro, ao tempo em que são causadores do que o outro produz. Esse princípio retroativo do pensamento complexo apresenta as organizações humanas como células que produzem umas as outras.

De acordo com o manual *Distritos sanitários: concepção e organização* (1998:XII), as ações de promoção, por exemplo, envolvem ações de áreas como habitação, meio ambiente, educação, da mesma forma que pensar em ações de prevenção da saúde, envolve medidas de saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, enquanto, as ações de recuperação, implicam em atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde [...] sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (NOGUEIRA, 2006, p.224).

A história do SUS vem demonstrando que os valores constitucionais e os princípios definidos em sua decorrência mantêm-se em processo de construção contínua, apesar de os resultados conquistados ainda estarem por demais distantes de sua proposta (CUTAIT, 1998, p.XIII). Os princípios constitucionais vão sendo

aprofundados através de novas estratégias e instrumentos, que objetivam operacionalizar o SUS, sem, entretanto, se perder de seu “espírito”. A NOB 1/96 muda a concepção focada na clínica, que se baseava, principalmente, na relação individual do médico com seu paciente, para constituir um novo modelo de atenção com a perspectiva do coletivo. Dessa forma, é incentivada a associação dos enfoques clínicos e epidemiológicos, não apenas como partes que devem caminhar justapostas, mas como um todo integrado e indissociável. No novo modelo ou paradigma da saúde, os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida.

Um desses instrumentos técnicos, é o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, aprovado em 1998, pelo Ministério da Saúde, numa tentativa de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela NOB do SUS 01/96.

[...] atenção básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (Norma Operacional Básica do SUS 01/96)

A estratégia da atenção básica está centrada na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente e não na doença, na busca de dar forma à Constituição/88, assegurando-lhe a perspectiva sistêmica. O principal programa dessa diretriz é o Programa da Saúde da Família (PSF), o qual, fortalecido pela sua capacidade de disseminação, resolutividade e humanização, motivam as Unidades Básicas de Saúde que passam a funcionar de acordo com os princípios do PSF. Na prática, implica acompanhar permanentemente a saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram ou trabalham no espaço territorial próximo. Com essas estratégias, acredita-se que a rede de atenção básica possa resolver em torno de 85% as demandas de saúde de uma comunidade, sendo as demais necessidades contempladas pelos serviços de média e alta complexidade, de acordo com a referida NOB 01/96.

Diversos instrumentos de gestão vão sendo construídos e disponibilizados para os representantes legais, a que se associam, mecanismo de acompanhamento e avaliação com seus indicadores de desempenho. A rede formal de políticas em saúde vai tecendo novos instrumentos e, como rede, definindo um padrão de relações, através de mudanças políticas, técnicas e financeira. Essa construção ocorre através da democratização das informações e a disponibilização de várias ferramentas como: o Cadastro Nacional do SUS, o Cartão SUS, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o Medicamento Genérico; o incentivo à Assistência Farmacêutica; o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, o Programa de Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental. Em 2001 é criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) com as seguintes finalidades: ampliar as responsabilidades dos municípios no tocante à Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; e criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de assistência.

2.1 As redes de saúde e a educação médica

Múltiplas forças sociais, [com perspectivas] diversas, constituem o espaço dinâmico e complexo que é o campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, constituído por dois componentes fundamentais e estreitamente relacionados: o da formação e o do trabalho em saúde (SISSON, 2009, p.1).

A rede de educação superior, especificamente a vinculada à área médica, apresenta-se como um sistema dotado de grandes interfaces com o sistema da saúde, formando redes dentro de redes, em que há uma intensa e clara interdependência. Podemos observar a importância que lhe foi atribuída quando da análise da LOAS, ao demonstrar claramente sua estreita relação com o sistema educacional nos três níveis de governo. Destacamos três momentos em que fica expressa, neste texto legal, a participação da educação, principalmente a de nível superior:

Primeiro, “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.” (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988 - TÍTULO IV - DOS RECURSOS HUMANOS, Art. 27. Parágrafo único).

Segundo, reza a Lei supracitada que as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, a que se acrescentam recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988 - TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO, Capítulo I - Dos Recursos Art. 31. § 5º).

E ainda fica definido que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. ((CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988, DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS - Art. 45º).

Todavia, o fato de essas obrigações do Estado e de o direito do cidadão estarem previstos numa Lei maior, não é garantido seu fiel cumprimento, o que obrigatoriamente vai exigir um processo de construção de conexões, formação de alianças, projetos integrados e compartilhamento das agendas organizacionais, bem como a capacitação e organização dos envolvidos, podendo levar anos para serem tecidas e engendradas. Não se trata de tarefa simples, entretanto; são iniciativas e práticas complexas que trazem possibilidades de ações articuladas, cooperação e aprendizagem grupal.

O Art. 200 da Constituição de 1988 atribui ao Sistema Único de Saúde, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Isso decorre da preocupação com a formação desses profissionais, conforme já citamos anteriormente neste capítulo, o qual é tema de debate no Brasil e nos outros países da América Latina. Essa perspectiva põe em contato os dois ministérios

responsáveis pela gestão da saúde e educação, pela necessidade de construir políticas convergentes, que não se excluam, e estejam respaldadas nas mesmas crenças e valores.

Essa relação mais horizontal da perspectiva sistêmica que os textos legais apresentam, implica o exercício do diálogo na formação de parceria e na integração entre esses sistemas brasileiros. O perfil do profissional que o SUS precisa para desenvolver os três níveis de atenção é o mesmo que a academia precisa traduzir em sua formação – um sujeito crítico e reflexivo, que reconhece a “relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, orientação ética, humanística e qualidade de vida) em equilíbrio com a excelência técnica (especialização, alta tecnologia, [...] e supervalorização do saber técnico” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - PRÓ-SAÚDE, 2007, p.13).

Entretanto esse é um desafio que implica em substituir a competição pela cooperação, a luta desenfreada na busca do poder pela visão de conjunto e a hierarquia pelo exercício da democracia. Diante das ameaças em comum, os dois sistemas, em crise e profundamente questionados pela sociedade, procuram se reconstruir, usando toda a energia, informação e organização que conseguem extrair do ambiente, ao tempo em que responde o meio externo com novas ideias e propostas – “sua autonomia é inseparável de sua dependência” (princípio da Autonomia/Dependência (auto-organização).

As redes de saúde e a de educação são redes formais de políticas que adquirem uma natureza dinâmica porque tem a perspectiva de interação e formação de vínculos – a mais importante característica sistêmica, diferente da concepção hierárquica, montada em controles. As redes formais têm grande capacidade de promover transformações sóciopolíticas, afirma Andrade (2008, p. 91), entretanto, alerta o autor, implica uma hábil e desafiadora tarefa de formar consensos, gerenciar conflitos e mobilizar pessoas, grupos e/ou organizações.

Tratando especificamente do ensino médico, o assunto voltou a ganhar vida com o processo de democratização do Brasil na década de 80, começando a sair “da letargia que o acometia desde os anos 70”. Entretanto, a resposta ao ambiente

vem no início da década de 90, com a criação do SUS, quando “as debilidades do ensino médico brasileiro e o questionamento mais incisivo do perfil dos produtos das escolas médicas adquirem uma visibilidade social”, de acordo com Almeida (1999, p.127).

Essa movimentação nasce das cobranças da sociedade, insatisfeita com o desempenho desses profissionais formados por escolas médicas completamente despreparadas para as “novas práticas profissionais, sociais e institucionais que passam crescentemente a ser exigidas pelo novo Modelo Assistencial” (id,1999, p.127). É nesse contexto que a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) é revigorada e com ela estruturada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

O grande desafio, especialmente no âmbito do SUS, tem sido o fomento dos debates acerca dos processos de reformulação curricular, de modo a permitir a formação de profissionais com uma visão mais abrangente do processo de promoção, prevenção e assistência à saúde. (REGO; GOMES; BATISTA, 2007, p.1).

Almeida (1999) relata ainda em seu texto que, ao longo de debates sucessivos, foi sendo construído o perfil dos egressos dos Cursos de Medicina, existindo consenso quanto à dotação de “competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possibilitem sua integração e atuação multiprofissional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiam indivíduos e comunidades. A dificuldade está, contudo, nos “modelos acadêmicos”, seus limites e possibilidades de inovação e de reforma da “educação médica”.

Essas dificuldades começaram a ser identificadas na década de 70, quando a OPAS apoiou os estudos realizados por Garcia sobre os problemas da “educação médica na América Latina”, incluindo escolas brasileiras, nas quais Bueno e Pieruccini (2005, p.1), perceberam os seguintes entraves:

A incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde ao processo de formação dos profissionais da área; a falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da população; e o número de candidatos muito acima do número de vagas. No plano acadêmico, denunciava as rígidas estruturas administrativas; a divisão em departamentos, gerando uma formação com enfoque especializado; a escassez de professores e de recursos

materiais; o ensino fundamentalmente teórico, com transmissão vertical de conhecimentos; e a inadequada comunicação entre docentes e alunos.

Para minimizar essas dificuldades, a ABEM junto com a Comissão de Ensino Médico do MEC, criada em 1971, recomendavam algumas mudanças e melhoria no ensino médico, tais como:

Criação, supressão ou transformação de disciplinas; Reorganização curricular, com alterações na seriação, no conteúdo e na carga horária das disciplinas; Ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social; Preparo didático-pedagógico dos docentes; Definição dos objetivos educacionais; Aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação; Integração das disciplinas dos ciclos básico e profissional, com antecipação da experiência clínica do estudante; Utilização dos ambulatórios no ensino e criação do internato. (FERREIRA, 2006, p.42)

Ainda nessa perspectiva, a ABEM, segundo Ferreira (2006, p.43.) considera que a “formação do profissional em medicina deveria ser orientada para a resolução dos principais problemas de saúde da população e para a capacidade de atuar nos diversos níveis da cobertura de atendimento”. É nesse processo de inquietação e propostas que o debate sobre a importância da estrutura da assistência à saúde para a formação do médico se apresenta.

Em 1974, pela primeira vez, um documento da Comissão de Ensino Médico do MEC trata do tema. Num cenário de crescimento da rede ambulatorial de assistência, na XII Reunião da ABEM, começa a se admitir “o ensino do internato realizado fora da escola médica”, segundo Cury e Melo (2006, p.46–48). No aspecto assistencial, a participação do estudante pode representar, “maior extensão de cobertura, a custos menores” e, no aspecto educacional, possibilita “que o estudante viva a realidade do sistema de saúde, percorrendo, no aprendizado, seus diversos níveis.” (CURY e MELO, 2006, p.48).

O processo avança em nível nacional quando, em 1976, o MEC “reconhece as dificuldades e as distorções existentes na educação médica brasileira” e o Ministério da Saúde elabora dois projetos: o primeiro objetivando o funcionamento de dez regiões docente-assistenciais e o segundo a interiorização das ações de

saúde e saneamento. E ainda em 1979, o governo cria o Programa de Integração Docente-Assistencial. “Em nível internacional alguns eventos marcaram a trajetória da Integração Docente-Assistencial [...], como a “Trigésima Assembleia Mundial de Saúde, em 1977; a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata no mesmo ano” (CURY e MELO, 2006, p.47).

Esse “modelo de integração docente-assistencial pressupõe profundas mudanças no currículo médico, [...] que passa a ser constituído por módulos e não por disciplinas especializadas” e sua “organização passa também a ser definida pela organização do sistema de saúde do País [...]”.(CURY e MELO, 2006, p.47).

A necessidade de mudanças no ensino médico continua se intensificando, num paralelo constante com as mudanças na área da saúde como um todo. Em 1988, a Federação Mundial de Educação Médica organiza a Conferência Mundial de Saúde em Edimburgo, quando é formulada uma declaração estabelecendo diretrizes com quatro níveis de ação: global, regional, nacional e institucional, ao tempo em que propõe: ambientes educacionais relevantes; currículos baseados nas necessidades de saúde; aprendizagem ativa e duradoura; aprendizagem com base na competência; professores treinados para serem educadores; integração da ciência com a prática clínica; seleção de alunos por atributos intelectuais e não cognitivos também; coordenação da educação médica com os cuidados de saúde; formação equilibrada de tipos de médicos; treinamento multiprofissional e educação médica continuada. (Recomendações da Segunda Conferência Mundial de Educação Médica – 1993.)

As conexões não param de ser construídas, de tal forma que o MEC, ao elaborar as DCN para a área da Saúde, tem sua agenda de planejamento aproximada das metas do Conselho Nacional de Educação ao emitir seu ponto de vista sobre a interação entre os Ministérios da Saúde e da Educação:

A formação geral e específica dos egressos/profissionais da área da saúde, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

(DESPACHO DO MINISTRO em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131.)

A comissão responsável pela elaboração das referidas diretrizes é, portanto, subsidiada e incorpora aspectos fundamentais expressos nos documentos estudados – a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 19/9/1990; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394 de 20/12/1996; a Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 10.172 de 9/1/2001; o Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; o Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997; o Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e os Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

É importante destacar, quando da formulação das DCN para o Curso de Graduação em Medicina, que a “comunidade acadêmica, organizada em torno da ABEM, discutiu e encaminhou propostas que vieram a ser incorporadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina - DCNs, do Ministério da Educação em 2001” (AGUIAR, 2006, p.1).

Percebe-se novamente a tentativa de diálogo, de entendimento sistêmico através do qual a educação é vista de forma integrada com os anseios sociais, com o contexto histórico de mundo. Houve nesse momento a reflexão transformadora a partir da crise nas duas áreas, a da educação e a da saúde. Os projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde deveriam ter como bússola os novos paradigmas científicos e educacionais, com a perspectiva do estudante como um ser ativo, ator, protagonista, capaz de ir além dos conteúdos e um professor que rompe com o modelo hierarquizado de dono do saber e passa a ser um facilitador de ambientes de aprendizagem, um facilitador do conhecimento. O papel de repassador de informações é substituído pelo modelo problematizador, que desestabiliza o conhecimento já posto, possibilitando a informação com valor agregado, cheia de significados, gerando conhecimento.

Para a reforma sanitária, nada se compara à educação, pelo nível de importância que representa, destacando-se dos demais sistemas de níveis diversos. A essa característica sistêmica, Capra (1996, p.46) denominou de propriedade “emergente”. Dessa forma, o sistema de educação emerge como figura, destacando-se de um fundo por sua importância e complexidade dentro desse nível da rede. A rede de educação é o sistema emergente dado a seu grau de influência na teia da saúde – sem a formação, o desenvolvimento e a mudança de pensamento dos atores que compõem a rede de saúde, não são viáveis quaisquer implantações de sistemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população. As duas redes - os sistemas de saúde e a educação do país - identificam suas profundas interfaces, sem ignorar, entretanto, as demais redes que formam o “arranjo” para a promoção da saúde, como a habitação, distribuição de alimentos, medicamentos, saneamento.

A transição do modelo de saúde até então praticada para o novo paradigma torna-se mais difícil por exigir a expansão da forma de perceber e pensar o mundo, bem como, a expansão de valores dos profissionais e gestores envolvidos. As duas redes, Saúde e Educação, com seu intenso feixe de conexões, precisam incorporar novas atitudes para promover as mudanças que são necessárias.

O Ministério da Saúde define políticas de preparação de um profissional da saúde voltado para a prevenção, portanto, generalista, capaz de resolver os problemas da atenção básica de saúde, através da integralidade das ações, humanização e mudança da concepção de doença para a saúde.

O MEC se alia ao MS e, juntamente com ele, define a formação desse profissional da saúde, construindo o perfil do egresso dos cursos da saúde, tendo como consequência a necessidade de mudança da concepção dos projetos pedagógicos dos cursos, com ênfase no ensino na prevenção e nas questões sociais, bem como na preparação dos docentes para o aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação, capacitando-os para trabalhar com disciplinas integradas e orientadas para a resolução dos principais problemas de saúde da população.

O contexto universitário, entretanto, é de crise, em decorrência do “surgimento de teorias Pós-modernas sobre a Universidade, difundindo a crença de que a sociedade de hoje transformou-se e que vivemos na era da informação onde o conhecimento é fragmentado [...]” (MOROSONI, 2005, p.19). Até então a Universidade tratava da construção da narrativa totalizante, porém hoje “é reconhecido o declínio do monopólio do conhecimento na universidade e de suas antigas funções e [...] a existência atual de uma diversidade de modelos de universidades e tipos de conhecimento.”.

A terceira onda traz para o ensino superior o desafio de preparar suas instituições para atender às demandas sociais, daí a necessidade de um projeto de educação inovador, abrangente e que vá ao encontro das necessidades da educação nesse cenário de mudanças intensas.

Para Morosini (2005, p.31), a universidade no Brasil passou por dois momentos de crescimento. O primeiro ocorreu quando foram superados “os passos e traços do desenvolvimento tardio e subalterno” do período colonial, conseguindo recuperar o descompasso em relação aos hispano-americanos, e o segundo “quando da criação da USP, da UDF, das primeiras IFES, da UnB e das demais Estaduais, Comunitárias ou Privadas, e de entidades como a SBPC, o CNPq, a CAPES e a FAPESP”. Contudo, diante das necessidades de desenvolvimento do país, os resultados apresentaram-se pouco promissores.

A Reforma Universitária de 1968, Lei 5.540/68, defendia um modelo único de instituição de ensino superior, porém, em virtude da expansão de faculdades isoladas na década de 70, houve um fracasso desse projeto. O período que se segue, na década de 1980 até 1995, o ensino superior experimentou um crescimento “meramente vegetativo”, com o aumento de 1,36% do número de instituições e com uma taxa anual média de matrículas na ordem de 1,65%. (MOROSINI, 2005, p.32).

Assim, como na área da saúde, a Carta Magna de 1988, em seu artigo 205, assegura que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família. Ainda define os princípios da Autonomia universitária, da indissociabilidade do

ensino-pesquisa-extensão (art. 207) e fixa as normas básicas da participação do setor privado na oferta de ensino (art. 209). Foi uma “segunda [e] intensa fase de crescimento do sistema de ensino superior brasileiro”, “não apresentando mais a afirmação de um modelo único, no caso das federais, mas a possibilidade de formalização de diversos modelos institucionais” (MOROSONI, 2005, p.23). Entretanto, o setor público do sistema teve sua participação continuamente reduzida advinda das dificuldades de investimento estatal.

Em consonância com a Constituição de 1988, a nova LDB, Lei 9394/96, promoveu, [...] “uma ampla diversificação do sistema de ensino superior, com novas modalidades de cursos e estabeleceu os fundamentos para a construção de um sistema nacional de avaliação da educação superior”. (MACEDO, 2005, p.132).

O ensino superior começa a se expandir a partir de 1995, tendo no ano seguinte, sido aprovada a nova LDB: Lei nº 9394/96, a que se vincula uma expansão de 32% do número de instituições e 53,1% de crescimento do número de matrículas. Já entre “2000 e 2005 o total de instituições de ensino superior” apresentou um “incremento de 91,5%,” e “entre 2000 e 2003 o número total de matrículas aumenta 42,3%”. Apesar dos números, a década de 90 não consegue realizar uma verdadeira reforma na educação superior, segundo Macedo (2005, p.141).

A NOB da saúde e a LDB da educação são aprovadas, respectivamente nos anos de 1995 e 1996. Esses instrumentos legais, mesmo incompletos, definem as estratégias necessárias para atender aos princípios constitucionais. Com a perspectiva de inclusão e democratização da saúde e da educação, possibilitam todo um aprendizado de construção coletiva, com maior disseminação da informação, menos controle das ações, melhores condições de acompanhamento e tomada de decisão.

CAPÍTULO III - ESTRUTURA EM REDE DE COOPERAÇÃO E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS: do Projeto Pedagógico Global ao Projeto Pedagógico do Curso

O capítulo anterior apresentou o cenário de mudanças nacionais e as transformações ocorridas em duas grandes Redes Formais do País – a Rede de Saúde e a Rede de Educação Médica, onde sobressaem as questões referentes ao ensino superior. Enquanto Redes Formais de Políticas, elas buscam definir mudanças estruturantes na área de saúde e na área da educação médica, articulando e mobilizando as agendas das organizações envolvidas nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal, bem como as organizações privadas e o terceiro setor. Ampliar as relações e o diálogo com diversos tipos de organizações é o propósito dessas duas redes temáticas, as quais se vinculam ao Ministério da Saúde e/ou ao MEC, estruturas sociais filiadas ou estruturas complexas, dispersas territorialmente.

Nessa ampla zona de interface entre as duas redes, o Curso de Formação Médica se localiza e também vivencia um processo de transformação, ora como instituição de ensino superior ligada diretamente às políticas do Ministério de Educação, ora como instituição de formação em saúde, diretamente ligada às políticas de saúde, considerando que cabe ao Ministério da Saúde, através do SUS, ordenar a formação de recursos humanos dessa área (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A UFAL como um todo participa dessa transformação nacional, através da revisão e elaboração de suas práticas pedagógicas. Sua área de saúde, diante

desse ambiente interno, da mobilização da sociedade civil organizada e fortemente impulsionada pelas políticas da Reforma Sanitária, inicia um processo de mudança, procurando adequar a formação profissional às necessidades das novas políticas.

Nas duas últimas décadas de história (1988–2009), o Curso de Medicina da UFAL fez parte de dois grandes movimentos de construção de projetos pedagógicos que atendessem aos princípios de mudança dessa nova ordem:

- O Projeto Pedagógico Global – PPG em 1991 e
- O Projeto Pedagógico de Curso de Medicina (PPC Medicina) em 2006

Este Capítulo 3 estará voltado para descrever o processo de construção desses projetos, destacando o *contexto* e identificando os canais de comunicação, ou seja, *as conexões* entre a UFAL/Curso de Medicina e as duas redes de políticas, a de saúde e a de educação, bem como procurando entender como se deram as *relações* entre os diversos nodos da teia. Portanto, ele trata de três propriedades das redes de cooperação, ou seja, ele apresenta três categorias de análise – *conexão, relação e contexto*.

A UFAL, no contexto das mudanças das políticas de saúde e educação, pós-constituição de 1988, desenvolve três caminhos de conexão com o ambiente externo, além da rede interna de intercâmbio com os demais nodos, principalmente os da saúde. A descrição desses caminhos e de como foram abertos, suas características e de certa forma um pouco de sua história foram organizados de forma cronológica, segundo relato das atuais gestoras da UFAL, a Reitora (2004-), a Diretora da FAMED (2006-) e a Coordenadora do NUSP (2002-), bem como a Médica Sanitarista do município de Arapiraca, representante do COSEMS (2004-) que esteve presente nos debates de elaboração do PPC Medicina. Todas as entrevistadas tomaram parte desses acontecimentos, em cargos de liderança, e puderam descrever com detalhes suas visões e percepções dos fatos e do contexto das mudanças.

3.1. O início da mudança – Projeto Pedagógico Global da área da saúde

Em 1991, a UFAL como um todo promoveu um movimento interno de mudança, no sentido de construir um PPG que superasse a fragmentação do saber e estabelecesse um processo de ação -reflexão- ação, acompanhando as transformações da sociedade. O grupo de coordenadores dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Medicina que formavam o Centro de Ciências da Saúde (CSAU) foi responsável pela elaboração do PPG da Saúde, juntamente com seus professores e os Conselhos de Centro, sob a liderança de sua Diretora.

A fig. 1 ilustra uma primeira fase do período pós-Constituição de 1988, quando a estrutura física da área da saúde da UFAL era composta pelo CSAU e pelo HUPAA, órgão suplementar vinculado ao Gabinete da Reitoria. Naquele momento, o hospital universitário já estava inserido nas políticas do novo SUS.

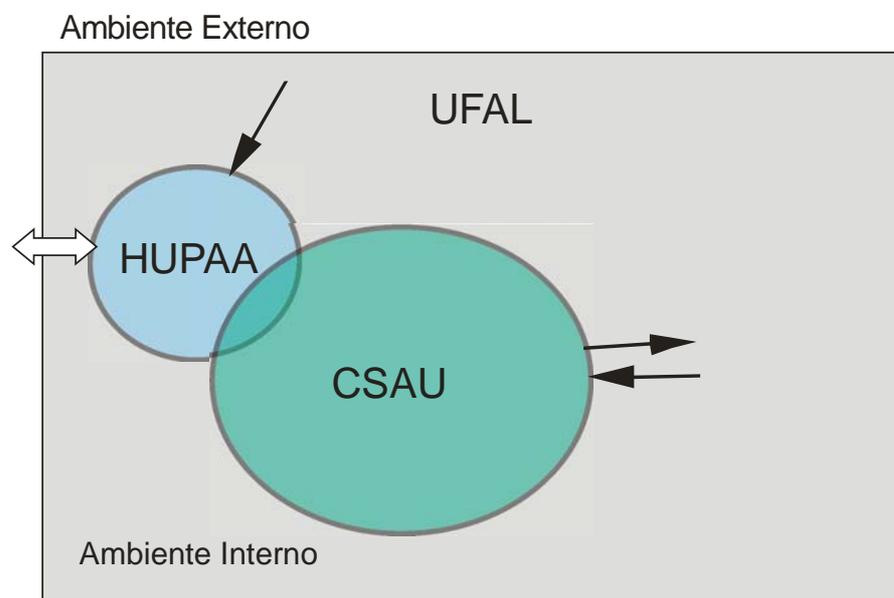


Figura 1 – Estrutura da área da saúde da UFAL, no final da década de 80 e início da década de 90, no momento da homologação da Constituição de 1988.

O grupo responsável pela elaboração do PPG da área da saúde foi institucionalizado e começou a funcionar com o formato de colegiado, assessorado pela área jurídica da UFAL e, tecnicamente, por sua Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD). O processo de construção do novo projeto ocorreu a partir de debates sobre a reforma curricular, observando as mudanças das políticas nacionais de saúde. Participaram desses fóruns a Escola de Ciências Médicas e a Secretaria de Saúde do Estado (SESAU), visto que à época o município não tinha secretaria de saúde.

Trabalhamos juntos, porque a perspectiva do Sistema Único da Saúde era a equipe de serviços, portanto a formação tinha que trabalhar em equipe - da atenção básica ao hospital. Para haver coerência, a formação tinha que ser compartilhada. (DIRETORA DO CSAU, 1988-1992/ COORDENADORA PPG/SAÚDE, 1990)

Os instrumentos norteadores dos debates foram as diretrizes da Reforma Sanitária e os estudos foram subsidiados também pela Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde e todo o processo de implantação do novo SUS. A realização de seminários e a vinda de consultorias financiadas pelo Ministério da Saúde tornaram-se freqüentes, no sentido de, através do fortalecimento da formação, consolidar o projeto que acabara de ser homologado.

Embasada nos grandes debates nacionais sobre a educação médica, a UFAL repensa sua prática de educação e aponta as premissas que deverá perseguir para formar o profissional de que a sociedade precisa, o qual, segundo PPG/UFAL (1991:72), deverá conhecer a realidade sanitária de sua região, ter como referência o SUS, ter conhecimento generalista, devendo “sua especialização ser completada através de curso de pós-graduação.”

A área de saúde da UFAL estava em repleto e intenso movimento. Enquanto internamente ela participava junto com a UFAL do processo de reflexão com relação às suas práticas pedagógicas e procurava construir um desenho de formação consonante com as políticas de saúde pública do país, simultaneamente, ela ampliava sua inserção no ambiente da saúde local de duas formas. A primeira, através do histórico hospital de ensino, que começava a fazer parte da rede de saúde do SUS, atendendo dentro de uma lógica integrada, e a segunda, através de

seu NUSP, onde ela passou a atuar de maneira estratégica, tendo um papel significativo nas mudanças das estruturas de saúde do Estado.

3.1.1 O Hospital Universitário da UFAL – o primeiro caminho de conexão

O curso de Medicina começou a prestar assistência à população de Alagoas através do hospital-escola HUPAA, fundado oficialmente em outubro de 1973. O HUPAA é um órgão suplementar da UFAL, voltado prioritariamente para a formação e capacitação de recursos humanos da área de saúde e área o atendimento da população. Atualmente disponibiliza aos alunos, sob a supervisão da Direção de Ensino, atendimento em áreas de média e alta complexidade; pós-graduação stricto sensu; programa de Residência Médica, Curso de Mestrado em Saúde da Criança e atividades de pesquisa.

A Universidade era um outro mundo! Não havia cultura de interação entre a academia e o serviço, até hoje, parece não ficar clara a importância da formação nesses espaços de práticas, tanto para os gestores quanto para os profissionais dos serviços. (DIRETORA DA FAMED, 2006-).

O HUPAA foi o primeiro caminho de conexão na interação e aproximação entre a universidade e o ambiente da saúde. Entretanto, do ponto de vista da formação do estudante, não havia nenhum movimento de integração, apesar de as discussões sobre a necessidade da inserção dos hospitais universitários nas ações de saúde ocorrerem desde a década de 70. A integração esperada entre a formação profissional e o serviço, de forma interdependente, ainda precisava ser construída. “O que de fato existia, era a tradicional experiência dos cursos da área da saúde da UFAL com seus estágios obrigatórios no serviço, a exemplo do estágio rural que funciona há cerca de trinta dois anos” (Médica do Serviço/Representante do COSEMS, 2004-). Todavia, essas experiências não se caracterizavam como formação integrada; eram processos incipientes focados no ponto de vista da formação e baseadas nos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, afirma a Coordenadora do NUSP (2002-).

3.1.2 – O papel de agente de mudança do NUSP/UFAL – segundo caminho de conexão

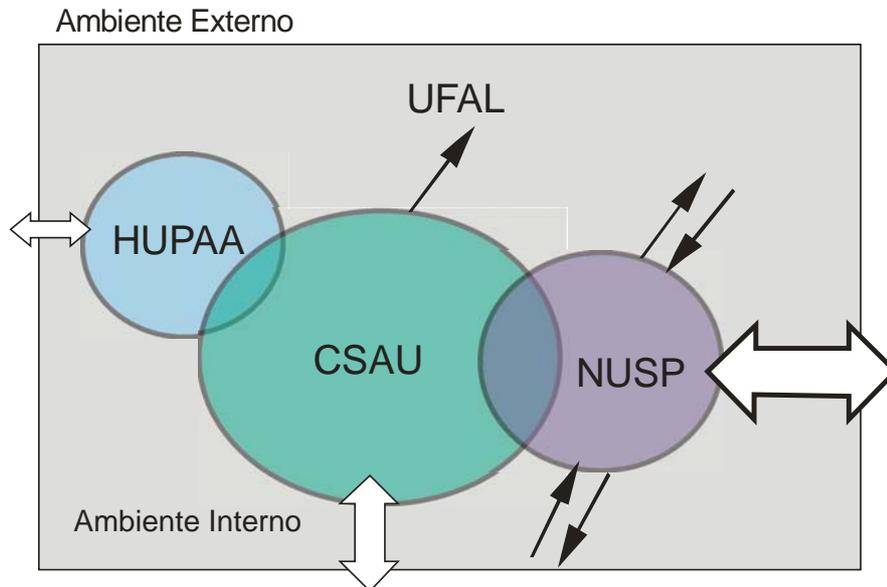


Figura 2 – Estrutura da área da saúde da UFAL, no final da década de 80 e início da década de 90, após Constituição de 1988.

A chegada do NUSP, no momento da criação do SUS, não é uma simples coincidência. Nasceu da parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS, objetivando estimular as Universidades a criarem espaços institucionais que articulassem a educação superior com a saúde, através de suas ações, ou seja, abrir as portas da academia, aproximando-a do SUS, conforme demonstra a fig. 2, com a seta branca indicando o segundo caminho de conexão da UFAL com o ambiente externo da saúde.

O NUSP foi constituído como órgão suplementar, de natureza técnica e científica, vinculado diretamente à Reitoria, com a função de apoiar e estimular as atividades de ensino, pesquisa, extensão e cooperação técnica aos estudantes, docentes, pesquisadores, técnicos e instituições da área de saúde pública, visando à implantação da reforma sanitária no Estado, o que implicava assessorar o processo de descentralização da saúde com a municipalização de suas ações. (RESOLUÇÃO nº 35/89 – CONSELHO UNIVERSITÁRIO). A equipe de implantação do Núcleo era

formada por profissionais especializados e com experiências nos postos de comando e liderança na área da saúde, sob a coordenação do médico sanitário, ex-superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e ex-Secretário de Saúde do Estado de Alagoas.

Para a coordenadora do NUSP (2002-), naquele momento já fazia parte do pensamento dos profissionais, da sociedade organizada e do governo a necessidade de construir uma nova forma de realizar a atenção à saúde da população, o que implicava principalmente mudança na formação de seus profissionais. Portanto, “o contexto era muito favorável, facilitando a construção de toda uma rede, um jogo de alianças, de identidades e de projetos institucionais entre a SESAU e a UFAL.

Alagoas aderiu prontamente ao SUS, mas a situação do Estado era muito incipiente. Mesmo a capital, Maceió, não tinha Secretaria de Saúde, e apenas a cidade de Arapiraca tinha certa estrutura e ação concreta de assistência, com propostas de políticas de saúde organizadas. “Portanto, o trabalho de implantação do SUS no Estado, praticamente, teria que começar da base” comenta a Coordenadora do NUSP (2002-). Para participar do SUS, o município deveria se vincular mediante convênios ao antigo INAMPS e no futuro migrar para uma relação de gestão autônoma. Dessa forma, a participação da UFAL seria de grande valia para transformar essa realidade.

Com os recursos do Ministério da Saúde, o NUSP/UFAL desenvolve o Programa de Apoio à Municipalização da Saúde no Estado de Alagoas realizando diversos trabalhos de consultorias e capacitações nos municípios alagoanos, objetivando prepará-los para a inserção no Sistema. Também elaborou e realizou um programa de sensibilização para os prefeitos visando à adesão à municipalização, à implantação dos Conselhos de Saúde, à estruturação dos órgãos gestores das secretarias municipais de saúde, bem como à criação do COSEMS.

Outra questão a se considerar, segundo a Coordenadora do NUSP (2002-), foi que a proposta do SUS era percebida como realidade muito distante daqueles municípios, que reagiam demonstrando descrença. Poucos foram as prefeituras, no

período de 1990 a 1992, que conseguiram firmar convênio com o INAMPS. Sem a adesão dos municípios a consolidação do SUS estaria comprometida, daí por que a UFAL, enquanto agente de mudança, se envolve, capacitando e sensibilizando gestores e profissionais, com ações efetivas em cerca de 20 municípios, além de diversas ações pontuais no interior do Estado. Na sua visão, “A Universidade é então legitimada e reconhecida, de forma significativa, por todas as instituições do trabalho”.

Internamente, os debates no CSAU avançam e ganham, com as novas políticas da saúde, um aliado com conhecimento, experiência e a familiaridade dos profissionais do NUSP, havendo, portanto convergência de interesses e competências.

Foi um momento muito interessante, porque a academia trabalhava a Reforma Sanitária para adequar a construção dos projetos pedagógicos dos cursos da área da saúde, ou seja, construía seu Projeto Pedagógico Global, e o Núcleo acabara de chegar com os profissionais do serviço com os mesmos objetivos – formar frente ao contexto de implantação do SUS. (COORDENADORA DO NUSP, 2002-).

Em 1993, o NUSP amplia sua inserção na academia ao se aproximar dos estudantes nos espaços em sala de aula e ao abrir campo de estágio em saúde pública. Como referência em políticas de saúde pública dentro da Universidade, ele passou a ser procurado pelo movimento estudantil para participar da realização dos trabalhos técnicos fora da UFAL. Os estudantes acompanhavam as consultorias junto aos municípios, participavam das conferências e ajudavam na montagem dos conselhos municipais de saúde. Foram identificadas as lideranças estudantis, muitas delas envolvidas com os Centros Acadêmicos, o que contribuiu para criar uma base de referência junto aos discentes da UFAL.

Essa movimentação que acabamos de descrever, ilustra a complexa tecelagem de uma rede, nesse caso, como a reforma sanitária vai se inserindo na instituição universitária, movimentando simultaneamente diversos fios do sistema. Podemos já citar os debates da elaboração do PPG, onde os princípios do SUS são aprofundados; a interação com uma rede de contato do Estado, sensibilizando e

preparando a comunidade da saúde para gerir seus recursos numa perspectiva de interdependência e troca; o campo de estágio e a apropriação de um conhecimento por parte dos discentes da UFAL, que vivenciam a perspectiva integradora e multidisciplinar ; os técnicos da saúde que vêm compor os NUSP, descobrem a academia e se inserem nas salas de aulas, influenciando o pensamento da reforma em diversos cursos. A quantidade de intercâmbio desencadeado pelo nodo caracteriza essa dinâmica e gera as possibilidades de construção do padrão sistêmico, que tem sempre um novo formato, uma nova “gestalt”.

3.1.3 – A construção do Projeto Pedagógico Global da Saúde – PPG/Saúde

A Reforma Sanitária Brasileira e a Lei Orgânica de Saúde exerciam um forte apelo por mudanças curriculares, objetivando formar profissionais com perfil mais adequado à nova estratégia de atuação. O PPG/Saúde nasce nesse contexto favorável, associado à vontade política da Universidade e às novas condições físico-espaciais do CSAU, conforme texto do PPC/UFAL.

Para a Diretora do CSAU (1988-1992) /Coordenadora PPG/Saúde (1990), toda a estratégia do novo modelo sistêmico de saúde pública e seus princípios de integração desafiavam o CSAU a trabalhar com as mesmas perspectivas, como área integrada e não como área fragmentada, com relações justapostas. “Várias estratégias foram adotadas na época, no sentido de envolver as pessoas no processo de mudança”, conseguindo inclusive que os cursos, juntos, definissem as estratégias comuns a toda a área de saúde. Um bom exemplo dessa integração foi a disciplina de saúde coletiva que passou a fazer parte de todos os projetos pedagógicos, inclusive realizando aulas práticas comuns.

Dentre outras estratégias, foram ainda realizadas as seguintes ações:

1. Ampliação do colegiado do Curso de Medicina, objetivando envolver um maior número de representantes participando das discussões sobre o perfil do estudante e as necessidades do novo sistema;

2. Realização do Seminário sobre o PPG, em abril de 1988, com a participação dos professores convidados de outras universidades brasileiras, com conferências e debates, tendo, em seguida as principais ideias sido impressas e distribuídas pelo Campus A. C. Simões, em Maceió;
3. Realização de uma campanha publicitária planejada e executada pelos alunos de Relações Públicas – “Pense nisso; pense mais e Agora proponha”;
4. Realização de discussões preliminares da síntese do seminário e do documento-proposta com Diretores de Centro, Chefes de Departamentos, colegiados de cursos e representantes do corpo discente sobre os dois documentos;
5. Realização de um seminário, objetivando discutir o papel do Hospital Universitário, enquanto agente formador integrado ao SUS.

Atendendo às diretrizes do PPG/UFAL, que recomenda o “diálogo com a comunidade maior, “extramuros” da Universidade” e o permanente intercâmbio, foi efetivada também toda uma estratégia de articulação junto aos Secretários de Saúde, objetivando convencê-los da importância da integração do ensino com o serviço, “o que não era uma tarefa fácil, em virtude da alta rotatividade de Secretários, naquele momento”.

O PPG/Saúde foi uma decisão política, assumi o compromisso com a Reitora. Ele foi pioneiro, estruturamos em 89 e implantamos em 91. Apresentamos em congressos, Londrina, Ceará. Ele era ousado, o único na época formado por grupo de cursos (DIRETORA DO CSAU, 1988-1992/ COORDENADORA PPG /SAÚDE, 1990).

Além das mudanças já citadas, ocorreram outras de caráter estrutural, com a mudança do CSAU para suas novas instalações físicas dentro do Campus A.C. Simões, em fevereiro de 1989, no mesmo período da construção da Biblioteca. Os cursos até então estavam distribuídos em outros espaços, o que dificultava qualquer perspectiva de interação. O curso de Medicina, por exemplo, estava instalado nos galpões de madeira da Petrobrás, localizados no Tabuleiro dos Martins, os quais foram demolidos após sua transferência. O de Odontologia, por sua vez, funcionava no início do bairro do Farol, vizinho à Usina Ciência/UFAL.

A partir do ano letivo de 1991, muda o regime acadêmico de “sistema de créditos” para o “regime seriado”, nos cinco cursos – Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição e Educação Física, e a UFAL aprova o PPG/Saúde, após um processo de construção reflexivo e dinâmico, que buscou envolver diversas unidades e atores, bem como a comunidade externa, com o propósito de integrar ensino, pesquisa e extensão e trazer uma identidade à instituição, consonante com o amadurecimento democrático do País, ou seja, um instrumento que definisse as diretrizes que norteariam os cursos, para revisão de seus projetos pedagógicos.

Quando o PPG/Saúde surge diante de uma nova ordem constitucional, ele ainda não dispõe da LDB, que será aprovada apenas em 1996, momento em que o curso de Medicina forma sua primeira turma no novo projeto. Dessa forma, o pensamento de mudança estava amparado apenas no texto constitucional. Num processo recursivo, a Constituição de 1988 legitima as mudanças, produto dos debates e “lobbies” da sociedade civil organizada durante o processo constituinte e, a partir de sua homologação, passam a ser fonte de direção, produzindo o surgimento de novas idéias, para atender às necessidades dessa mesma sociedade que as produziu.

[...] somos produtos e produtores, num ciclo rotativo da vida. Desse modo, a sociedade é, sem dúvida, o produto das interações entre indivíduos. Essas interações, por sua vez, criam uma organização que tem qualidades próprias, em particular, a linguagem e a cultura. E essas mesmas qualidades retroatuam sobre os indivíduos desde que vêm ao mundo, dando-lhes linguagem, cultura, etc. Isso significa que os indivíduos produzem a sociedade, que produz os indivíduos.(MORIN. In: SCHNITMAN, 1996:48).

Os princípios de inclusão assegurados no texto constitucional - “saúde, um direito de todos os brasileiros” e a “educação um direito de todos e dever do Estado e da Família” - amparam a construção de novos instrumentos e regulamentações que objetivam fortalecer essas diretrizes. Esse contexto é um fundamento importante à medida que ele entende o princípio da inclusão em duas áreas-chave e aponta o caminho a ser percorrido para construir uma sociedade menos injusta e mais democrática. A complexidade desses princípios une dois sistemas em torno da visão de que todos os cidadãos brasileiros têm os mesmos direitos. Dessa forma, a

saúde, pensada como rede, traça as grandes coordenadas e estabelece um arranjo educativo e indutor para a inserção de novos agentes. Esse processo educativo de aprendizagem traz a possibilidade de gerar nos gestores compromisso e responsabilidade, ao tempo em que os torna mais autônomos com a descentralização da gestão e a conseqüente municipalização. E dessa forma individualiza e separa, ou melhor, distingue, como dinâmica do pensamento que une, numa perspectiva que é dialógica, segundo Morin apud Schnitman (1996, p. 276).

Essa abordagem traz consigo outro aspecto que é a incerteza, porque o fato de essas soluções estarem sendo construídas não garante o resultado esperado. O processo não é linear. As tentativas da equipe de implantação do PPG/Saúde, para pensar de forma integrada e sistêmica, considerando o elemento novo, o inesperado, como uma possibilidade no padrão de interação em rede, contribuem para o avanço do projeto. É a dinâmica do pensamento complexo, que inclui, nas relações, as conexões e o contexto como integrantes do mesmo fenômeno.

A construção do PPG/Saúde é resultado desses pensamentos, da discussão social, e da identidade da academia na formação desse profissional. Um dos aspectos exaustivamente debatido é a integração das ações da saúde com a educação, agora não mais como um campo de troca linear onde, se por um lado o serviço é campo de prática, por outro lado passa a contar com um número maior de pessoas para realizar suas ações, porém uma integração em rede, com a possibilidade de se enxergarem fazendo parte de um todo interligado, interdependente e integrado, onde os problemas de um afetam o outro, e as soluções são possibilidades de melhorias para todos. Com a participação de outras instituições da área da educação e do serviço, o PPG da área da saúde tenta construir a integração entre os cursos de saúde da UFAL, chegando a traçar estratégias em comum e partilhar disciplinas, na perspectiva de equipe.

As críticas recorrentes ao setor da saúde, que aconteceram com maior intensidade e frequência a partir da década de 1960 em todo o mundo, pelo que se denominou a "crise da medicina", evidenciaram o descompromisso com a realidade e as necessidades da população¹. Estas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde

(Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras), governos, fundações internacionais (Rockefeller, Kellogs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral (PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p.1)

O SUS surge com uma concepção de rede, como resultado das ideias e debates realizados nos congressos nacionais e internacionais. Nesse ínterim, ações estratégicas estavam sendo construídas sob a influência dessas organizações, momento em que o NUSP se instala na UFAL como um agente de mudança no Estado de Alagoas, capacitando e assessorando na construção do novo sistema, de forma interligada, interdependente e descentralizada, com o controle participativo da comunidade.

3.1.4 – A Avaliação do Projeto Pedagógico Global - PPG

Segundo avaliação realizada pela equipe responsável pelo PPG, a comunidade universitária como um todo não respondeu às demandas, que foram atendidas apenas pelas áreas de Licenciatura e Saúde (PPG/UFAL, p. 32). Mesmo tendo aderido ao processo de mudança e apesar de todas as medidas tomadas no sentido de assegurar a implantação de uma nova concepção de ensino, “não foi uma tarefa fácil e até hoje não o é!”. (Diretora do CSAU, 1988-1992/Coordenadora PPG /Saúde, 1990)

No terceiro ano de sua implantação, o PPG/Saúde estava começando a etapa mais especializada de sua implantação. Especificamente no Curso de Medicina, as dificuldades são ampliadas, as disciplinas planejadas para funcionar de forma integrada não conseguem se , prevalecendo o pensamento fracionário. Durante o processo avaliativo das disciplinas ‘integradas’, os alunos faziam quatro, cinco e até seis provas diferentes, uma de cada professor, que ao final eram somadas e divididas pela quantidade para obter uma única nota” (Diretora do CSAU, 1988-1992/Coordenadora PPG /Saúde, 1990).

O PPG forma a primeira turma de Medicina em 1996, começando então a prevista etapa de revisão e realização de ajustes do projeto pedagógico. Apesar de o projeto pedagógico para a saúde ter sido considerado um avanço para a época, os

investimentos em ações transformadoras [...] não foram suficientes para possibilitar as mudanças esperadas no perfil do egresso.

A ABEM, com o apoio do Ministério da Saúde, organiza o projeto CINAEM, como resultado do movimento de reflexão que há muito se organizava. Essa comissão reúne entidades representativas ligadas à comunidade universitária e à classe médica, com o objetivo de avaliar a qualidade do ensino médico no Brasil. O CINAEM foi um movimento do qual a UFAL participou em sua primeira fase, no qual foram apontadas as principais dificuldades apresentadas pelo curso de Medicina, destacando as questões com a avaliação, o planejamento das aulas, o modelo pedagógico centrado no professor e não no aluno, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e profissionalizante, descontextualização da prática e currículos arcaicos. Uma outra pesquisa foi realizada pela UFAL, no mesmo ano, vindo a confirmar o resultado da Comissão da ABEM.

Em 17 de maio de 1999 foi realizado o Seminário de Avaliação do PPPG da UFAL para a área da Saúde, formado pelos cursos de Medicina, Odontologia, Educação Física, Enfermagem e Nutrição, onde o PPG/saúde foi considerado um avanço, pela sua concepção inovadora e articuladora. Segundo a referida avaliação, foi através dele que houve uma maior integração entre o aluno e a realidade social do Estado, além da ampliação em pesquisa e extensão, e o conseqüente crescimento da qualidade profissional.

Entretanto, a implantação do novo projeto apresentava vários problemas, além dos já citados. O relatório apontava como principais dificuldades o desconhecimento do PPG por parte dos docentes e discentes, além do descompromisso e falta de adesão e integração do corpo de professores, fortalecendo a continuidade do modelo hospitalocêntrico. O seminário concluiu que, à exceção do Curso de Medicina, todos os demais avançaram nas questões curriculares, adequando o curso às necessidades da sociedade. Foi sugerida, naquele momento, uma maior divulgação do PPG junto à comunidade acadêmica, além da criação de um núcleo didático-pedagógico dirigido à área da saúde.

Esses movimentos da sociedade civil, em paralelo às políticas de estado, têm em comum o paradigma da mudança – onde tentam envolver os diversos integrantes da saúde e educação num processo de reflexão, cientes de que a visão desarticulada compromete as possibilidades de solução. A história vai demonstrando que os resultados desanimadores, causados pelo paradigma que prevalece, não impõem recuo, mas a criação de novas estratégias e caminhos. O SUS e a reforma da formação médica continuaram avançando, com novas agendas compartilhadas e novas ou renovadas estratégias.

Talvez a impossibilidade de a rede de saúde avançar sem uma resposta da rede de educação caracterize a completa dependência entre esses dois grandes sistemas. É nesse cenário que a UFAL realizou, em menos de quinze anos, dois processos de construção de reforma curricular ou de elaboração de novo projeto pedagógico para seu curso de Medicina. A perspectiva, desde o primeiro deles, é a formação de médicos com visão generalista e humanista, críticos, reflexivos e éticos, capacitados para atuar em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Porém, o mais significativo é que demonstra o aprendizado, a construção, os recuos e avanços de qualquer processo de aprendizagem coletiva sendo realizados.

3.2. O Movimento NEMED e a Construção do Projeto Pedagógico do Curso - o terceiro caminho de conexão

Alguns professores, já inquietos com a realidade da formação médica, ficam fortemente incomodados com o resultado do seminário de avaliação do PPG/Saúde em 1999, apontando o curso de medicina como o que menos mudou e o que menos se aproximou do perfil do egresso. No ano seguinte, influenciados pelos avanços de outras universidades com relação às mudanças de seus cursos médicos, resolvem formar um grupo de estudos e debates e se reúnem para pensar o curso.

Naquele momento, já havia forte indicação de que o PPG tinha que mudar e o grupo inicialmente foi liderado por uma professora do

Curso de Medicina (2000), mais adiante denominado Núcleo de Ensino Médico – NEMED começa a discutir as dificuldades e os problemas da formação médica, e aprofunda a discussão da reforma sanitária e a mudança da estratégia pedagógica.” (DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENADORA DO NEMED, 2001-2005).

O Núcleo de Educação Médica (NEMED) tinha como principal função construir um “Projeto de Reestruturação do Curso Médico” baseado nas necessidades da população. Agregam-se ao grupo os estudantes do Centro Acadêmico, dando uma nova movimentação aos encontros, além de vários docentes que se envolvem espontaneamente com os debates sobre saúde e educação, representantes dos departamentos do Curso de Medicina, profissionais de outros cursos da UFAL, representantes dos órgãos de classe e gestores da saúde. A discussão do grupo buscava responder à seguinte questão: Que projeto pedagógico queremos para o curso de Medicina, em atendimento às necessidades da população? Em 2001, a coordenadora se afasta e a Diretora de Ensino do HUPAA (2000-2004) dá continuidade às reuniões do Núcleo, assumindo sua coordenação.

A experiência do PPG e os resultados do diagnóstico da CINAEM trazem subsídios enriquecendo os debates nas reuniões do NEMED, que passa a assumir, dentro do Curso de Medicina da UFAL, o papel de “estimular o desenvolvimento da Educação Médica, assessorando, apoiando e participando da elaboração e da realização de projetos de pesquisa e extensão, bem como estimulando a participação da pós-graduação nas atividades de educação permanente”

As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial no que concerne aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de Medicina. A educação médica no Brasil parece não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido (KOIFMAN, 2001, p. 1).

O movimento NEMED começa a se organizar e focar seus principais objetivos de trabalho, buscando construir um espaço para o diálogo, planejamento e realização de ações, que visassem à melhoria do ensino e ao aprimoramento do curso de Medicina. Seu principal trabalho foi o de facilitar o processo de mudanças

curriculares, assessorando o Colegiado do Curso na formulação de políticas, avaliação e reformulação permanentes do Projeto Pedagógico do curso de Medicina. Com esse intuito, planejaram diversas estratégias para envolver as pessoas no processo de reflexão e crítica sobre as práticas de ensino-aprendizagem, através de ações de capacitação didático-pedagógica, ações de integração Academia – Serviços de Saúde – Comunidade, motivando a participação interna e externa no processo de mudança.

Essa comunidade de prática, chamada NEMED, começa, dessa forma, a se conectar a uma rede formal de políticas, traçando seus objetivos em consonância com a reforma sanitária e as grandes discussões sobre mudanças em educação médica que permeavam o país. Passa então a ser sua atribuição facilitar o aprimoramento do curso de Medicina, através da construção de um novo modelo de projeto pedagógico. As pessoas vão se integrando ao NEMED de forma voluntária, espontaneamente ou a convite de algum membro, com a função de resolver problemas comuns e cooperar para juntos encontrarem as respostas e alternativas para o Curso. Assim esse núcleo se transforma num espaço de aprendizagem, normalmente utilizando metodologias participativas e sempre que possível com alguém assumindo o papel de facilitador, ou seja, transforma-se em uma comunidade de práticas.

Com grande capacidade de promover transformações, essas comunidades de práticas estão conectadas com outras instituições nacionais, tratando da reforma no ensino-médico. Como ambientes de aprendizagem, as comunidades de práticas objetivam sensibilizar as pessoas e comprometê-las com um objetivo comum, gerando mudanças. São espaços abertos, também conectados com outras instituições de saúde pública local.

O recém-criado Núcleo se instala numa sala do HUPAA, recebe apoio institucional para se organizar e, com os recursos de projetos financiados, estrutura suas instalações e realiza os trabalhos de construção de um novo projeto pedagógico.

O papel dos congressos da ABEM na sensibilização dos participantes do NEMED bem como a visita a outras universidades foram estratégicos para conhecimento de outras experiências inovadoras que gerassem mudanças no projeto pedagógico e conhecimento dos debates e trabalhos de pesquisas desenvolvidos sobre o tema.

Esses contatos externos junto às experiências de mudanças de outras instituições de ensino médico motivam a equipe do NEMED para aprender e sistematizar algumas práticas de condução de trabalhos participativos. Foram então trazidos consultores e profissionais com experiências em técnicas de gestão, planejamento e acompanhamento de projetos. Esses profissionais contribuíram principalmente com as estratégias de sensibilização e preparação do corpo de profissionais e alunos para o processo de transformação das práticas pedagógicas. Portanto, as conexões e relações passaram a ser facilitadas com técnicas e instrumentos, sempre de caráter participativo, mesmo quando tinham objetivo de esclarecimento e capacitação.

A boa comunicação continua sendo chave. Para isso precisam ser implementadas ferramentas de informação e comunicação adequadas, o que não quer dizer que são necessariamente as mais sofisticadas. Além disso, é importante lembrar que a comunicação não é um processo mecânico que pode ser executado com ferramentas, mas um processo extremamente complexo que exige a maior atenção e habilidade e precisa ser facilitado permanentemente. Por isso, a figura do facilitador é essencial para o bom funcionamento de uma rede (PFEIFFER, 2008, p..33).

Contribuiu com essa perspectiva a chegada da equipe do NUSP quando o NEMED se encontrava no início das discussões da reforma do Curso Médico da UFAL. Essa integração foi uma iniciativa dos estudantes do Centro Acadêmico, que já tinham participado dos programas e projetos do NUSP e conheciam a experiência dos professores em planejamento e condução de trabalhos participativos de grupo.

Além das técnicas apresentadas e utilizadas pelo NUSP, outros instrumentos foram apreendidos e começaram a fazer parte do conhecimento e das estratégias do NEMED. Numa rede, os veículos de facilitação da comunicação não são meras ferramentas; são a própria rede, de forma indissociável. Não se economiza em

recursos de facilitação das relações quando se trata de redes; elas são concebidas com essas propriedades, são da sua natureza. É comum nas redes a preparação de seus participantes para as relações interpessoais e identificação de perfis de facilitadores para otimizar os resultados das comunidades de prática e dos grupos de tarefa. A Rede internacional de Computadores é uma modalidade conhecida mundialmente e que não para de construir mecanismos de interação, criando continuamente espaços de intercâmbio em ambientes facilitados visualmente e operacionalmente. Essa lógica é a da relação como propriedade maior. Outro fator presente é o contexto, nada acontece na rede que não se identifique seu contexto de inserção.

O processo de constituição de redes na UFAL utiliza, em vários momentos de seu processo de mudanças, vários instrumentos e técnicas de facilitação, escolhidos para sensibilizar, mobilizar, formar, identificar e planejar de forma estruturada e sempre participativa o processo de intercâmbio e preparação do grupo social. Está registrado no documento intitulado Linha do Tempo, numa escala cronológica, o lançamento de mais de cem títulos de eventos realizados a partir de 1999, objetivando gerenciar as mudanças. Nos relatos e nos relatórios foram explicitados como essas técnicas e instrumentos realizaram-se, conforme passamos a relacionar:

Munguzá Pedagógico – era “um espaço de aproximação e diálogo da Medicina com as demais áreas do conhecimento”. Era um espaço de aprendizagem lúdica e de desenvolvimento humano aberto aos docentes, discentes de todas as áreas e também à comunidade do HUPAA. Era uma comunidade de práticas;

Seminários – a partir de um referencial teórico apresentado para os participantes, em forma de palestra, eram organizadas perguntas-chaves e formados grupos que deveriam eleger um representante para apresentar o pensamento do grupo. Usados para aprofundar conceitos e análises das realidades vividas, tinham como estratégia a participação do corpo docente, discente e técnico e quase sempre de representantes de outras unidades acadêmicas da UFAL e da comunidade;

Reuniões – realizadas de forma constante, como prática para identificar problemas e encaminhar de forma democrática as atividades, acontecem em todos os níveis e sempre;

Oficinas – têm uma função pedagógica de planejamento e de facilitação das relações interpessoais e grupais. Com duração mínima de um dia, normalmente são conduzidas por um ou mais facilitadores, objetivando de forma eqüitativa conduzir a participação e a reflexão dos participantes;

Metaplan – ferramenta de planejamento participativo, com etapas de diagnóstico, elaboração e acompanhamento de ações estratégicas ou tácitas, de organizações e grupos diversos;

Grupos de trabalho/ força tarefa – envolvem mais pessoas no gerenciamento e na proposição de soluções, em apoio e consonância com a gestão formal;

Grupo de sensibilização – objetiva, através de diversas técnicas de integração, apresentar novas referências, influenciando a participação e adesão de outras pessoas;

Colóquios informais e articulação interpessoal – incentivam ao contato interpessoal e a formação de rede pessoal de relações para aproximar pessoas e ajudar na sua inserção nos processos;

Participação em congressos – incentivar a participação da comunidade acadêmica através da apresentação de trabalhos que possam contribuir com a ampliação de seus quadros de referências, inspirando mudanças de ordem técnica, pessoal e conceitual;

Semana de capacitação e planejamento – ocorre no início de cada semestre e objetiva congrega a comunidade acadêmica para avaliar e planejar o semestre seguinte, bem como ofertar cursos anteriormente identificados como necessários ao quadro de funcionários do curso de Medicina;

Intercâmbio com Experiências exitosas – objetiva identificar as estratégias e as técnicas e referências teóricas utilizados para gerenciar o processo de mudanças – tanto em nível de conhecimento quanto em nível de preparação das pessoas;

Consultorias especializadas em várias áreas – objetivam trazer profissionais cuja competência técnica e humana, ajudem a transmitir, opinar, orientar, capacitar, planejar, acompanhar na elaboração e implantação de projetos;

Mesa redonda – objetiva trabalhar um determinado tema através de vários subgrupos, permitindo que contribuam em cada fase da construção da solução ou do debate com os aspectos significativos para a construção de soluções;

Ampliação da comunicação interna – planeja a utilização de todos os meios de contato disponíveis para ampliar a disseminação da informação na FAMED;

Fórum – através de vários palestrantes, em volta de um mesmo tempo, instala o projeto dialógico que possibilita a formação e ampliação dos quadros de referências, dentre outros instrumentos de participação.

Cada instrumento e/ou técnica utilizada e registrada na cronologia do documento Linha do Tempo teve uma finalidade, conforme descrevemos acima, seja ela de capacitação, informação, resolução de problemas, administração de conflitos, estudo, etc. Um exemplo de facilitação do diálogo foi a realização de oficinas de integração, desenvolvidas nos serviços de saúde, objetivando sensibilizar e preparar as equipes para receberem os estudantes. Se o objetivo for resolver problemas, a técnica de tempestade de ideias pode facilitar a liberação da criatividade para encontrar alternativas. Caso o objetivo seja facilitar a aquisição de novos conceitos, os seminários com palestras e mecanismos para promover a participação, podem trabalhar dinâmicas de grupo ou jogos, selecionados para o tema.

Essas técnicas de facilitação são recursos de condução de grupos, que foram aperfeiçoadas e são utilizadas em processos participativos e interativos nas organizações humanas no mundo todo. Normalmente são conduzidas por um facilitador, com experiência com grupos. Como uma rede tem o pressuposto da comunicação, a escolha do instrumento de intercâmbio adequada poupa tempo e potencializa resultados. O grupo do NEMED procurou conhecer esses instrumentos de trabalho em outras instituições e trazer pessoas que ensinassem a utilização desses recursos.

Conexões vão se formando dentro do nodo, numa troca contínua com o ambiente. A movimentação dos alunos em consequência de vivências do NUSP/UFAL na rede de saúde trouxe a oportunidade de conhecer a realidade da saúde nos municípios alagoanos. Essa experiência dos discentes, une o NUSP ao NEMED, para discutir educação médica, ao tempo em que eles conversam com as instituições formais de saúde, abrindo o diálogo entre a Universidade e o serviço de saúde. Educação e saúde se entrelaçam, numa contínua troca e rede de influências mútuas. O currículo se transforma motivado pela necessidade da saúde, que, por sua vez, transforma a educação através de um projeto pedagógico convergente com as demandas sociais. O processo de mudança não é prerrogativa do curso de Medicina da UFAL, considerando que vários cursos no país vêm reformulando seus projetos, direcionados pelas premissas do SUS, como parte de uma teia que vem sendo tecida e vem se conectando no país.

Além das ferramentas de planejamento e facilitação de grupos, houve uma significativa convergência de interesses entre o propósito do NEMED, que passava por construir um projeto pedagógico de vanguarda, e a experiência e conhecimento do NUSP em consolidar a Reforma Sanitária Brasileira em Alagoas. Segundo a Diretora de Ensino do HUPAA (2000-2004)/Coordenadora do NEMED (2001- 2005) “o NUSP foi muito importante como fonte de informação – ele dava o `Norte`; enquanto para a Coordenadora do NUSP (2002-), a aproximação dos dois núcleos, foi fundamental para definir o projeto da saúde coletiva contribuindo com a perspectiva do projeto pedagógico como um todo. O núcleo de saúde pública contribuiu em diagnósticos, na identificação dos órgãos que poderiam ser apoio, nas estratégias para captar recursos, com a sua rede de contato no ambiente de saúde do Estado e dos municípios.

O novo projeto em concepção é redirecionado com a participação de outras áreas do curso de Medicina, convergentes com a reforma sanitária, bem como com a participação das organizações do Estado, ligadas à saúde ou à educação. Essa dinâmica foi possibilitada pela perspectiva de integração e de construção coletiva, permitindo que o foco da atenção fosse deslocado da parte para o todo, ampliando a percepção e as alternativas de respostas.

O NEMED, objetivando elaborar a proposta de reestruturação do curso de Medicina consonante com os fundamentos de um novo paradigma pedagógico, constituiu uma equipe encarregada de pesquisar, analisar e selecionar os modelos de projetos pedagógicos implantados no País, na concepção da mudança. Naquele momento de construção, as iniciativas da ABEM, com a realização de eventos e debates, no sentido de articular as idéias de mudança na formação médica, contribuíram significativamente com a equipe do NEMED. Os debates sobre a educação médica ganharam espaço e norte com a iniciativa do MEC no tocante à aprovação das diretrizes para os cursos de ensino superior, com políticas consonantes com a reforma sanitária do país.

Ainda na última década do século XX, iniciam-se as discussões para a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da medicina, homologadas em 07 de novembro de 2001 (Brasil, res. nº. 4, CNE/MEC, 2001), tendo como atores atuantes os Projetos UNI, a ABEM e a CINAEM. As DCNs afirmam que o profissional médico tem que ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e com princípios éticos deve promover a saúde integral do ser humano. (LAMPERT, 2008, p.33)

Vários anos se passaram entre a promulgação da Constituição de 1988 e a homologação das DCN para os Cursos de Medicina em 2001. As diretrizes foram elaboradas em consonância com os princípios do SUS, buscando responder às questões da sociedade, repletas de desconforto e desaprovação referentes à qualidade da saúde que lhe era disponibilizada. As críticas e insatisfações quanto à formação dos profissionais médicos, há muito ocupam os debates dos espaços acadêmicos, da administração pública e privada, da sociedade civil organizada e, em todos os debates evidenciava-se a desconexão entre a reforma sanitária nacional e a formação do profissional médico praticada pelas escolas de nível superior.

As novas DCN do MEC “foram essenciais para nortear a integração do ensino com o serviço e para definir os princípios na construção de um novo currículo médico” (UFAL/FAMED, 2009). As DCN objetivam substituir a visão tradicional de currículo como grade, modelo, com seu formato linear, estático, fracionado, sequencial, numa visão mecanicista de compreensão da realidade, pela visão de

diretrizes. “O mundo mudou e o desafio, para as instituições e professores, está em como contribuir com o enriquecimento do indivíduo, como sujeito capaz de aprender a partir de suas experiências, pensamentos, desejos e afetos” (GÓMEZ, 2001, p. 77).

Essa movimentação e troca entre as organizações interessadas no tema da saúde e no ensino médico demonstram abertura para o intercâmbio e diálogo, que são decorrentes de dois contextos – o processo democrático e as facilidades das novas tecnologias da informação. O governo, com a participação dos dois Ministérios (Saúde e Educação), a sociedade civil organizada (ABEM, ANDES e outras) e os agentes de fomento como a OPAS vão se conectando e construindo um conjunto de ações interligadas, onde a abertura para o ambiente externo e a constante troca promovem mudanças e geram novas agendas de compromisso. “Os dois Ministérios, pela primeira vez, dão sinalização de olharem na mesma direção a partir das DCN. Por exemplo, nos eventos de educação médica, o Ministério da Saúde se fazia presente mas a participação do MEC é mais recente” (DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENADORA DO NEMED, 2001- 2005).

O grupo do NEMED apreende essa concepção de mudança e estrategicamente envolve outras instituições em todas as fases da elaboração do projeto pedagógico do Curso de Medicina. “O ambiente externo se conecta à Universidade e nenhum projeto ou proposta, até sua formulação final, era tratado sem a participação dos profissionais do serviço” (COORDENADORA DO NUSP, 2002-).

Muitos médicos que hoje são *preceptores⁵ participaram dos trabalhos e os conselheiros dos municípios faziam parte do NEMED, tanto do Conselho estadual como do municipal de Maceió, participavam das oficinas, seminários e reuniões. Sempre tinha “atores” externos em tudo que era realizado. Eles formavam um grupo de discussão, não era um grupo da elaboração e formulação. “Cada necessidade que o núcleo sentia, vinha um gestor, vinham técnicos, vinham conselheiros, vinham profissionais, ora vinham todos e o mais presente deles era o Conselho de Maceió” (COORDENADORA DO NUSP, 2002-).

⁵ Preceptores são os profissionais do serviço que recebem os alunos em suas práticas.

A maioria das ações realizadas para promover a reforma político-pedagógica, conforme observamos nos documentos, ocorreu através do NEMED, que era um grupo informal, no primeiro momento, mas que foi ocupando os espaços de debates e se fortalecendo politicamente dentro do Curso. A realização do programa de desenvolvimento docente foi uma das principais estratégias do NEMED, dentro desse processo de mudança organizacional. Em 2002 com a parceria do Centro de Desenvolvimento da UNIFESP (CEDSS) realizou uma série de seminários e oficinas, sobre o 'Projeto de Reestruturação do Curso Médico [...], e com o apoio da SESAU/AL, viabilizou a participação de professores em congressos de educação médica.

O Programa de Desenvolvimento Docente realizou, com o apoio e financiamento da Fundação Alagoana de Pesquisa (FAPEAL), o Curso de Especialização em Educação Médica, em parceria com o curso médico da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). O grupo que participa da Especialização assumiu logo em seguida o Colegiado do Curso, e instituiu o currículo de transição, "como estratégia para sensibilização e planejamento do novo currículo a ser implantado em 2006." (PPC, 2006. DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENAÇÃO DO NEMED, 2001- 2005).

O grupo do NEMED teceu vínculos e formou as alianças necessárias à construção de um projeto pedagógico que formasse um egresso "crítico, humano, generalista e conhecedor da realidade sanitária do Estado, com capacidade de intervir tecnicamente". O grupo compreendeu que a estratégia pedagógica que possibilitaria a mudança não podia fortalecer o modelo de formação hospitalar focado na preparação de especialistas. O novo projeto deveria quebrar com a hegemonia de formação médica, e formar profissionais com conhecimento do processo saúde-doença, em substituição à formação reativa de tratar os sintomas e as doenças. Em 2005 foi implantado o currículo de transição com a ampliação do internato de 12 para 23 meses letivos, "como estratégia para sensibilização e planejamento do novo currículo a ser implantado no ano seguinte." (DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENADORA DO NEMED, 2001- 2005).

Em 2006, em regime semestral, começou a primeira turma do novo projeto pedagógico, organizado numa estrutura formada por três eixos pedagógicos: Teórico-Prático, integrado com o básico-clínico; Eixo de Aproximação à Prática Médica e Comunidade, e o eixo transversal aos outros dois – Eixo de Desenvolvimento Pessoal.

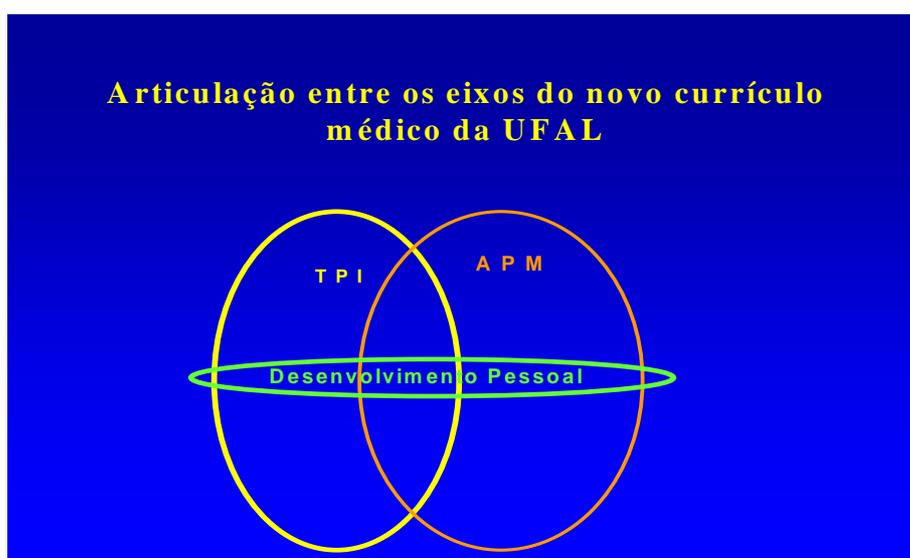


Figura 3 – Articulação entre os eixos do novo currículo médico da UFAL

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (2004)

3.2.1. A Faculdade de Medicina da UFAL – FAMED e suas interações

O ano de 2006 foi de muito movimento na UFAL, pois todos os cursos tiveram que implantar seus projetos pedagógicos, enquanto em paralelo, uma nova estrutura administrativa estava sendo implantada. Com essa mudança no estatuto, o CSAU deixou de existir enquanto centro, e os cinco cursos passaram a fazer parte de unidades acadêmicas separadas, continuando juntos apenas os cursos de Farmácia e Enfermagem, compondo uma nova unidade. Nasce então a FAMED, tendo o curso de Medicina como seu único integrante. Esse fato traz à tona as dificuldades de esses profissionais trabalharem integrados.

Apenas para fins didáticos, apresentamos uma imagem com os setores que passaram a constituir a FAMED, a partir de então, demonstrando o fluxo das

interações entre eles e, principalmente, as interações com outras unidades na UFAL e as interações com o meio externo e a UFAL. Durante nossas análises, é importante que ela seja resgatada, para facilitar a compreensão das ideias que estamos estudando.

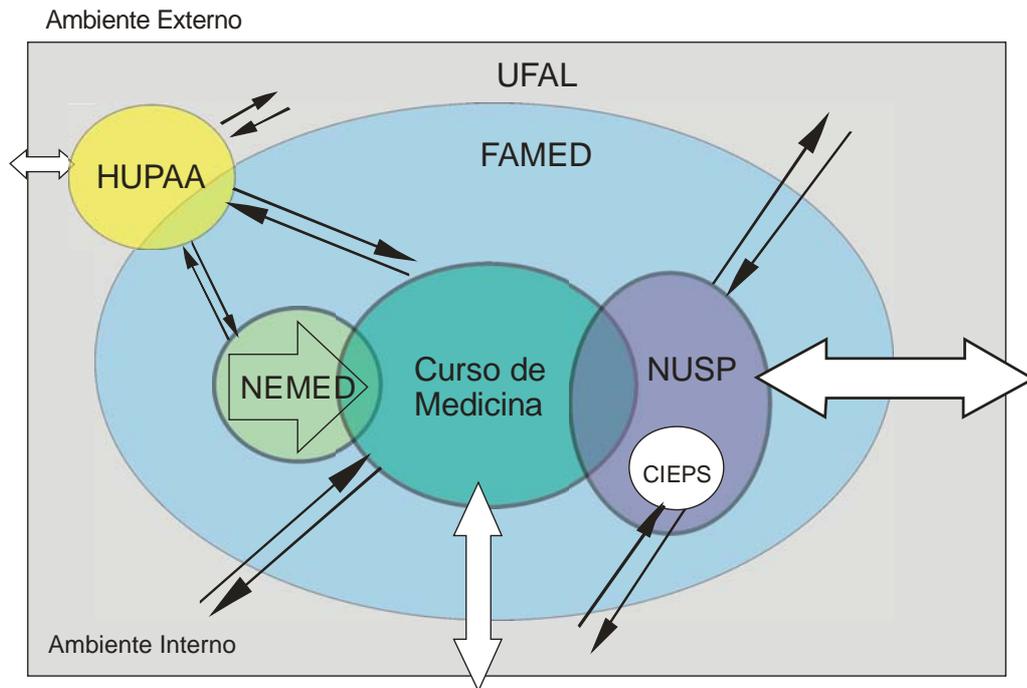


Figura 4 – Faculdade de Medicina com seu único Curso e o NUSP, com suas relações e interfaces.

A fig. 4 apresenta os três grandes caminhos de diálogo com o ambiente externo, que estão assinalados pelas setas largas de cor branca. O primeiro, o mais antigo, é o caminho HUPAA – sociedade, por ser campo de prática médica e pela prestação de serviços médicos hospitalares junto ao SUS. Outro grande canal de comunicação com o ambiente externo ocorre diretamente com o próprio curso de Medicina – sociedade, e, por último, de forma significativa, com o NUSP- sociedade, por sua natureza e atribuição.

A título de esclarecimento, quando falarmos em ambiente externo, estamos nos referindo ao ambiente local fora da Universidade, o Estado de Alagoas, suas instituições e municípios, ou estamos nos referindo ao ambiente nacional, o

Governo, as instituições públicas, as associações de classe, iniciativa privada, terceiro setor.

A FAMED se conecta ao serviço de saúde do estado de Alagoas, através de três caminhos, conforme demonstram as setas brancas da fig. 4. Internamente esses caminhos estão interligados por uma ampla faixa de interfaces, confundindo-se e unindo-se umas as outras pelas arestas pretas, demonstrando a ligação entre as unidades da UFAL.

Observamos na imagem que a FAMED se expande no espaço do HUPAA, seja em políticas educacionais e/ou em políticas de saúde da população, ocupando os espaços físicos com procedimentos médicos e o exercício da docência. Um hospital é uma estrutura organizacional bastante complexa, e um hospital escola, que tem dupla missão, prestar serviços de saúde e desenvolver o ensino, potencializa essas dificuldades, o que faz dessa área de conhecimento um potencial para desenvolver o pensamento sistêmico. O paradoxo é que ele tende a manter o estabelecido e reage fortemente a qualquer coisa que desequilibre o que está posto. “[O que dificulta.] é a distância entre seus integrantes, são as várias culturas presentes na Medicina. A ideologia médica reage ao novo. Não sei como ela é nutrida, mas é muito forte” (DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENADORA DO NEMED, 2001- 2005).

Historicamente, o primeiro e mais antigo canal de conexão ocorreu através de convênios entre a UFAL/HUPPA e o governo federal, para prestar serviços de saúde à população, e, em contrapartida, esses serviços viabilizavam a prática dos alunos da graduação em Medicina, e demais cursos da saúde e até de outras áreas do conhecimento. Antes da reforma sanitária, o planejamento e a gestão desse trabalho não tinham a perspectiva de rede, mas adotavam uma perspectiva linear, pontual. Havia uma demanda, e a unidade hospitalar ofertava os serviços de que dispunha, porém sem o caráter de rede que articula agendas e tem um objetivo comum e percepção sistêmica. A aproximação do HUPAA com o ambiente formal da saúde no estado de Alagoas era sazonal, dependendo do governo que estava no poder, não havendo ainda uma política de estado, interligada, sistêmica e interdependente.

O HUPPA passa então a ser uma unidade do SUS, recebendo os pacientes encaminhados pelas unidades de atenção básica e realizando os procedimentos de alta e média complexidade. Hoje as equipes são compostas de profissionais das três esferas de governo na execução dos trabalhos de assistência dentro de suas instalações, muitas vezes trabalhando juntas no mesmo setor. Entretanto tem como desafio se inserir no sistema de saúde, percebendo-se como um nodo da saúde, sem perder de vista sua missão de educação, ao contrário da faculdade de Medicina, cuja ocupação com a educação vem demandando nos últimos anos maior investimento dos profissionais na implantação do projeto pedagógico, reduzindo o ritmo de intercâmbio com os demais nodos da rede estadual de saúde.

Como demonstra a imagem, o NUSP é nodo da rede da FAMED com um feixe de arestas de intensas e constantes conexões com os outros cursos da área da saúde e de outras áreas do conhecimento da UFAL. Internamente suas ações se confundem com o Eixo de Aproximação às Práticas Médicas e à Comunidade – (EAPMC), que compõe o novo PPC Medicina, considerando a quantidade de relações mantidas e o envolvimento das equipes nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Com relação ao ambiente externo, apresenta maior inserção nas políticas e integração sistêmica, interagindo com as instituições que formam a rede da saúde no Estado num contínuo e expressivo intercâmbio.

Diferentemente das estruturas hierárquicas, essas relações horizontais não apresentam um quadrado, um formato único com limites claramente definidos no organograma organizacional; elas vão adquirindo novas “gestalts”, à medida que trocam com o contexto em que estão atuando. Percebe-se a presença de conexão, relação e contexto no NUSP.

Como qualquer rede, não existe formato rígido e constante, podendo ser apreendida, identificando o padrão de interação e movimento. O NUSP, apesar de lotado na FAMED, integra várias áreas de conhecimentos da UFAL, ligadas direta ou indiretamente ao tema da saúde. Como campo de estágio multidisciplinar, vem possibilitando a preparação de profissionais na perspectiva do SUS. Os estudantes das diversas áreas se inserem nos programas de extensão e pesquisa, realizados no ambiente de saúde local e vivenciam juntos suas políticas de saúde e o

conhecimento de um conjunto de relações contextualizadas e multidimensional (política, econômica, epidemiológica, sanitária, gestão e psicossocial).

Em virtude da importância que o movimento do NEMED teve na construção das significativas mudanças no Curso de Graduação em Medicina, ele está delineado na imagem que construímos para destacar sua importância na história recente do UFAL/FAMED. Durante a construção do Projeto Pedagógico do Curso, as conexões com o ambiente externo, através das ações do NEMED, foram diversas, inclusive nacionalmente, através da ABEM, e de todas as articulações que a entidade associativa promoveu, formando um movimento de estudo e articulação política em favor das reformas – a da saúde, naquele momento já com a consolidação do SUS, e a da mudança na educação-médica. Outra vez identificamos neste parágrafo a presença das três categorias de redes. - conexão, relação e contexto. Ele funcionava como uma unidade informal dentro da estrutura do antigo CSAU constituindo uma comunidade de prática, caracterizada no primeiro momento, pela autonomia e independência da estrutura formal, com vida própria dentro do Curso.

Com o ambiente externo local, o Curso de Medicina, através do NEMED, abriu o diálogo, incluindo a participação dos principais integrantes da área da saúde do estado e dos municípios, os conselhos de saúde, na construção do seu novo projeto pedagógico do qual também participaram as associações, os sindicatos, os conselho de classe e a UNCISAL. O curso contou com o financiamento dessas instituições para realizar capacitações e participação em eventos e reuniões nacionais, estando presentes duas categorias: conexão e relação.

Por último, a imagem demonstra, dentro do NUSP, a Comissão Interna de Educação Permanente para a Saúde (CIEPS). Trata-se de uma estrutura independente, multidisciplinar que se projeta na universidade com o apoio do núcleo, integrando a rede de saúde à universidade, completamente independente da FAMED. Relações e conexões são as categorias presentes nessa estratégia do SUS, onde a UFAL é a única instituição formadora, que possui CIEPS.

Numa estrutura hierárquica, essas formas de organização não são possíveis porque desmontam o modelo de comando e subordinação de unidades funcionais, gerando conflitos e comprometendo o fluxo dos processos e comunicação. No modelo de rede horizontal, novas unidades vão se constituindo e se afiliando (relacionando) com as unidades em interface e de natureza semelhante.

O NEMED foi um “propositor” e um “executor”, assumindo um papel estratégico nas mudanças para uma formação mais condizente com as políticas de saúde do País. “Hoje boa parte do grupo assumiu funções na gestão da FAMED/UFAL, integrados em atividades e ações antes assumidas pelo Núcleo. Atualmente, cabem ao Núcleo especificamente, as ações referentes à capacitação docente” (DIRETORA DE ENSINO DO HU, 2000-2004/ COORDENADORA DO NEMED, 2001- 2005).

As organizações sociais em rede se alimentam das relações, intercâmbio e interdependência, gerando movimento e transformação nas pessoas e grupos. As ações do NEMED movimentaram a comunidade acadêmica do curso de Medicina, com encontros, reuniões, congressos, oficinas de planejamento e atividades sociais, e com a perspectiva de aprender e agir sobre a realidade, Também recebe e visita a comunidade de saúde do estado, seja seus integrantes o governo, a outra Faculdade de Medicina do Estado, as associações de classe, sindicato, agentes comunitários de saúde, conselhos de saúde, muitas vezes formando parcerias através do compartilhamento de agendas. O Núcleo interage também com o arranjo da saúde em nível nacional, seja ele a iniciativa privada ou o próprio governo, participando das políticas indutoras (PPSUS, PROMED, PRÓ-SAÚDE) e eventos de consolidação do SUS e de educação médica.

O curso de Medicina da UFAL se conecta com a rede de saúde pelo caminho do NUSP, com programas de apoio ao serviço, capacitações, acessos a congressos, oferta de especialização, participação nos Conselhos estaduais e municipais de saúde, como integrante ou como consultor, fazendo diagnósticos e planejamentos. A partir de 2007, a UFAL passou a participar com seis representantes da Comissão Integração Ensino-Serviço (CIES), que assessora os gestores estaduais da saúde e os colegiados de gestão regional, conforme definição do Pacto para a Saúde. A

universidade está, no nível local, participando e contribuindo com o tecido da rede e recebendo os insumos para transformar a educação em algo vivo e convergente com as necessidades sociais. Através do NEMED, a FAMED discute a formação com esse mesmo público local e constrói um projeto pedagógico articulado, com ideias e integração de ações da academia com o serviço. Nessa perspectiva de conexão com o ambiente social, as relações são ampliadas e o Curso é organizado para se inserir nos serviços de saúde a partir do primeiro período. A redes de Educação e da Saúde fazem, nesse contexto, um engenhoso processo de ligações entre as organizações sociais envolvidas.

Dessa forma, a FAMED e conseqüentemente a UFAL, através do HUPAA/NUSP/Curso, estabelecem uma estrutura de rede com os outros órgãos da saúde e com eles vêm dialogando e definindo juntos a formação dos seus profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mais desafiante para a geração que vivencia as mudanças de paradigmas a partir do século XX é entender o processo no qual está inserida e encontrar respostas em pleno acontecimento dos fenômenos. A sensação de perplexidade e insegurança do homem pós-moderno está presente em todas as áreas do conhecimento, e os valores e crenças, que antes nortearam a sociedade moderna, prevalecendo por três séculos, estão agora sob litígio e suas respostas para as necessidades atuais são limitadas. O novo chegou e se instalou rapidamente, causando disfunções de toda natureza, já que o conhecimento disponível não consegue dar conta das novas formas de fazer as coisas, desencadeando a necessidade de encontrar alternativas para os problemas dela decorrentes.

No Brasil, o modelo neoliberal de desenvolvimento dos governos da década de 80 e 90 tinham como pressuposto distribuir a renda quando o Produto Interno Bruto (PIB) crescesse e pudesse ser repartido com a sociedade como um todo. Entretanto, quando o “bolo” começou a criar volume, não trouxe junto a partilha esperada, e os problemas sociais chegaram a indicadores alarmantes de miséria e falta de alternativas. A classe média brasileira praticamente desapareceu, enquanto a faixa inferior e a faixa superior foram ampliadas, o que demonstra mais concentração de renda de um lado e, do outro, a completa exclusão social. Dessa forma, Alagoas, um dos estados mais pobres da federação, destaca-se no cenário brasileiro como detentora de um dos menores índices de desenvolvimento humano (IDH) do país, precisando urgentemente de políticas sociais efetivas, que transformem o quadro em que se encontra.

É nesse contexto que a UFAL identifica a necessidade de atravessar seus muros e cumprir sua função social. Essa abertura, segundo Tavares e Verçosa (2006, p.180) vem sendo desenvolvida, através de “vínculos cada vez mais fortes com o seu entorno, no sentido de oferecer respostas às ingentes demandas por ensino, produção e disseminação do conhecimento de que Alagoas tanto necessita para seu desenvolvimento”.

As políticas de saúde nacionais, conforme analisamos nos capítulos anteriores desse trabalho, trazem a premissa da educação como base para as mudanças na área, e identificam as Universidades como uma parceira estratégica na implantação do SUS. Com a ajuda da OPAS, o governo federal cria equipes de trabalho dentro das universidades, formadas por especialistas em saúde coletiva, para planejar e desenvolver programas de preparação dos gestores e profissionais da saúde, no conhecimento dos princípios e das premissas que norteiam o SUS.

Como resultado desse intercâmbio, foi sendo construído um espaço de aprendizado de políticas de saúde pública, onde a Universidade aprende e abre novos espaços de estágio nessa área tão estratégica e nobre para o Estado. E, dessa forma, a saúde coletiva sai dos livros e documentos oficiais e ganha o olhar da academia. Sua reflexão, investigação e intervenção, que passam a se apropriar dos conhecimentos tácitos apreendidos nas vivências com os conselhos, gestores e profissionais da saúde, transformando-os em conhecimentos explícitos e produzindo informações para futuros projetos de extensão e pesquisa.

Os professores e alunos de vários cursos substituem o acesso às questões sociais de saúde das aulas expositivas e dos livros da academia e têm a possibilidade de, no contato direto com a cultura, fazer novas associações, com aprendizados inéditos e cheios de significados. É nesse espaço de trabalho e vivência da cultura que muitos egressos do curso de Medicina encontrarão seu espaço de trabalho, estreitando a distância da formação acadêmica e a realidade local, seus costumes e crenças. Como exemplo que ilustra a contribuição dessas trocas nos espaços de intercâmbio, podemos descrever a reflexão ocorrida durante um seminário de planejamento, com a presença dos representantes dos serviços e gestores municipais, quando o tema em debate era o perfil do egresso do Curso de

Medicina. O grupo relatou que, apesar de programas como o PSF, serem atrativos financeiramente e oportunizarem a inserção dos jovens médicos no mercado, “eles não aguentam a natureza do trabalho, adoecem e desistem ”(PARTICIPANTE DO SEMINÁRIO, 2001). Na visão daquele grupo, essa situação decorre da complexa realidade das comunidades, e da distância existente entre o perfil que a academia vem propondo na formação e o perfil que precisa ser desenvolvido para responder às demandas da comunidade. Reflexões dessa natureza fomentaram a necessidade de mudar, possibilitando a preparação de profissionais com formação robusta para interpretar e associar as diversas dimensões do conhecimento.

A situação do Estado de Alagoas era muito favorável à adesão às novas políticas, pois havia certo consenso com relação à necessidade de descentralizar e fortalecer um sistema de saúde. Porém, era também desfavorável, pela carência em que se encontrava o arranjo de saúde, considerando que, entre seus municípios, apenas um tinha certa estrutura de saúde montada, e nem a capital, Maceió, tinha secretaria de saúde. Não havia principalmente, a estrutura para formação adequada, nem cultura de participação colegiada em conselhos, ou qualquer espaço de gestão democrática.

Havia muito a aprender e a construir e “essa realidade muito distante” precisava ser apresentada, não por decreto, mas pelo processo de aproximar conceitos, e constituindo referencial para esses profissionais, que seriam protagonistas nessa construção do ambiente da saúde. Mesmo para a UFAL, essas práticas de interação e planejamento conjunto não faziam parte da sua experiência. Foi preciso aprender fazendo, com avanços e recuos ao longo das duas últimas décadas, num contexto de construção da democracia do país. Quando o cenário mudou e uma nova ordem foi instalada, de imediato a Universidade orientou seus cursos a abrirem suas portas para a sociedade, transformando o ensino, a extensão e a pesquisa em instrumentos de promoção social e avanço científico.

Dessa maneira, as relações de troca e intercâmbio entre os nodos dessas organizações, em rede formal de políticas, foram ampliadas, promovendo o aprendizado do trabalho interinstitucional. Em nível local, tanto quanto no nacional, políticas claramente definidas e legitimadas norteavam o desdobramento das ações,

sem perder o foco; identificaram as categorias do ambiente em volta, suas características epidemiológicas, suas condições sociais e definiram suas estratégias e ações de curto, médio e longo prazo, de acordo com o papel institucional de cada nodo. Como essas interações, apesar dos avanços significativos, apresentaram ainda aspectos em construção, levou algum tempo para a rede funcionar e trazer os resultados próprios dos organismos abertos, que trocam e procuram sua homeostase, em interação com o ambiente externo.

Observamos que, enquanto instituição de educação com o papel de articuladora, a UFAL favoreceu o diálogo com os gestores do ambiente de saúde, mas tudo estava ainda no início e precisava do fator tempo e de uma perspectiva de longo prazo. Para a Coordenadora do NEMED (2001-2005), os avanços em Alagoas eram comprometidos pela alta rotatividade de secretários da saúde nos municípios, o que dificultava a sequência e continuidade dos diálogos. “Trocamos mais com o ambiente externo nacional e com as instituições privadas do que com ambiente do estado”, declara a Coordenadora. É, necessário portanto, continuar investindo na formação de novos vínculos, entre os nodos da rede de saúde do Estado, além dos já existentes, considerando que as relações entre a UFAL e os gestores e profissionais da saúde avançaram em participação e construção coletiva, e a rede formal de políticas foi sendo tecida. Entretanto as Comunidades de Práticas, apesar de todas as ações e espaços construídos, envolvendo a comunidade acadêmica e a comunidade do serviço de saúde, ainda têm uma interação muito reduzida, que não se traduzem em políticas de interação mais sistematizadas, na construção de soluções conjuntas.

Internamente, essas relações e iniciativas de interação não eram menos complexas. A dificuldade de conexão dentro do curso é evidenciada na fala da Coordenadora do NEMED (2001-2005), quando diz: “-Não tínhamos prática de nos reunirmos por nada” e [...] “Mesmo com todas essas ações da UFAL/NUSP no ambiente da saúde, as informações geradas não chegavam ao resto do curso”. Outro fato observado pela Diretora do CSAU (1988-1992)/Coordenadora PPG/Saúde (1990) foi o da separação dos cursos da saúde, no momento da reforma: “Nunca foi uma integração fácil e até hoje, ainda não é”. Como os valores

permanecem inalterados, houve uma aparente integração no momento do PPG/Saúde, explicitadas as diferenças, quando foi necessário aprofundar um projeto interdisciplinar. O desafio de interação está presente também dentro do curso de Medicina, onde o trabalho em equipe, base do novo PPC, vem encontrando enormes barreiras de realização.

Com um modelo de interação tradicional e complexa, o HUPAA vem respondendo de forma reativa ao ambiente interno e externo, em busca de soluções para sua sobrevivência, faltando uma visão integrada de seus papéis, direcionando melhor suas ações. Nesse contexto, a concepção de rede vem acontecendo pelos mecanismos de gestão do sistema, ou seja, a construção de um novo pensamento, integrado com o ensino, a pesquisa e a extensão, que só acontece quando a organização se dispõe a aprender, está ainda engessado, e o fluxo de comunicação deixando a desejar. Há pouca interação interna, tanto quanto a externa, mas precisa ser expandida.

Quando o SUS foi criado, o HUPAA passou a integrar o fluxo de organização da demanda de saúde da população do Estado, onde o paciente é inserido inicialmente no sistema através das unidades básicas de saúde, em atenção primária, que estima-se resolver “cerca 80% a 85% dos problemas encontrados” (PRÓ-SAÚDE, 2007:13), e é encaminhado para o HUPAA ou outro hospital assim definido, em seguida, para assistência aos casos de média e alta complexidade. Entretanto, apesar desse papel já definido e que vem sendo consolidado sistematicamente, as ações da atenção básica da saúde ainda fazem parte do cotidiano do Hospital Escola da UFAL, pela fragilidade dos demais pontos do fluxo em Alagoas.

Mesmo com esses aspectos aparentemente comprometedores, porque a teoria das redes de cooperação entende esse fenômeno como um processo natural dos grupos humanos, este estudo foi capaz de demonstrar o esforço e os avanços dessas organizações em rede, ao realizar as trocas de informações e conhecimentos, para identificar os pontos de convergência e aprender a conviver com suas completas interdependências, contribuindo com seus processos de trabalho e com as mudanças na formação do egresso de Medicina da UFAL.

Constatamos durante a pesquisa, que o processo de construção do projeto pedagógico do curso de Medicina foi participativo internamente e externamente, formando conexões com o corpo docente e discente, abrindo a academia à crítica do ambiente externo, com reflexões sobre o papel que cabe à Universidade na formação desses profissionais. Essa participação democrática representou todas as soluções e representou também todos os desafios. Essas relações foram aprimoradas com a utilização de técnicas e instrumentos de facilitação, aprendidos com outras instituições e com a presença de profissionais internos e externos à Universidade, que puderam contribuir com esses veículos de facilitação.

Os editais interministeriais lançados pelo MEC e pelo Ministério da Saúde trazem uma linguagem de integração nas políticas relacionadas às questões da saúde e da educação em saúde. Trazem uma linguagem convergente, de fortalecimento do SUS, incentivando os nodos das respectivas redes a avançarem em ações que ajudem a construir um processo de formação capaz de resolver os principais problemas sociais em saúde. Um exemplo recente foi a construção de uma política de remuneração dos médicos preceptores do serviço, cuja falta de financiamento estava inviabilizando a formação nos ambientes de prática públicos. Na visita do MEC à UFAL, em 2008, durante uma reunião com os docentes, foi comunicado que o problema estava prestes a ser resolvido, com o financiamento do MS, através do programa PET-Saúde. Observamos que os recursos disponibilizados não atendem a ações isoladas, mas elas precisam estar coerentes com as DCN e/ou com os princípios e estratégias do SUS, e serem resolvidas durante todo um processo ininterrupto de construção.

Com as políticas de estado para a saúde claramente explicitadas, a formação médica tem o seu direcionamento, construindo seu projeto de formação em consonância com os novos paradigmas educacionais da LDB na qual o currículo é flexibilizado e a concepção de grade é substituída por diretrizes. A substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares representa um grande avanço e desafio, porque sua implementação requer uma base social ampla que a viabilize.

O SUS é uma política de estado, que apesar de estar no texto constitucional, precisará ser acompanhada, direcionada e apoiada para ser construída. Os editais

disponibilizados às Universidades para ações de desenvolvimento profissional financiam os eventos que fortalecem as diretrizes do SUS e as DCN, ou seja, eles induzem e fomentam a construção dessas políticas. O fato dos cursos poderem aderir ou não a esses editais demonstra o respeito à autonomia das instituições. Entretanto, o acompanhamento de avaliação realizado pelo MEC pontua positivamente o atendimento a essas orientações, o que gera controle, porque condiciona e induz à mudanças, ou seja, intervêm nas instituições de ensino superior. O termo intervenção significa o ato de intervir. Interferência é o ato do estado impor medidas, segundo Holanda (1975, p. 778). Entendemos que o caráter desse ato de pressão externa é, de certa forma, mais de convencimento e menos de “intromissão”, considerando o contexto democrático de ampla participação social, onde esses pressupostos foram direcionados. Nesse caso trata-se mais de uma forma de acompanhamento e orientação, para que esses nodos se desenvolvam na direção definida em processo coletivo do que um processo de interferência do Estado nos assuntos internos de uma organização.

De forma diferenciada das práticas do Curso e, segundo percebemos na UFAL como um todo, que não tem por hábito reuniões e processo de envolvimento coletivo, os professores, alunos, e as instituições do serviço de saúde do Estado começaram a se reunir e, entre Mungunzás Pedagógicos, Cursos de Especialização em Formação Médica, visitas técnicas, grupos de trabalho e oficinas de diagnóstico e planejamento, vão tecendo suas conexões, e construindo seu PPC de forma integrada com as outras instituições da rede de saúde. Educação e Saúde vão se entrelaçando com políticas e agendas comuns. A nível nacional, a rede se entrelaça pelos Ministérios da Educação e da Saúde, formando uma comissão interministerial com funcionários para tratar das questões referentes à formação dos profissionais da saúde. Os programas de incentivo às mudanças curriculares, bem como programas de apoio às pesquisa para o SUS, são realizados em conjunto, ou com o apoio e anuência um do outro.

O grupo de professores e alunos da UFAL se organizou, todos convencidos de que a formação do jovem médico proporcionada pelo Curso de Medicina da UFAL precisava ser discutida, e um novo projeto elaborado. Com esse objetivo eles

formam uma comunidade de práticas e se prepararam e prepararam os ambientes, interno e externo, para a mudança, convergindo com a reforma sanitária do país. Essa importante e decisiva iniciativa deu origem à estruturação de uma comunidade informal para estudo da educação médica, e o referido núcleo movimentou o ambiente interno do Curso, envolvendo seus integrantes em encontros e eventos, objetivando a formação de massa crítica, com a finalidade de ter pessoas capacitadas para conduzir os processos de mudanças. Esse grupo também foi capaz de voltar seu olhar para fora dos muros da Universidade e, contrariando todas as práticas anteriores, que mantinham relações hierárquicas com o ambiente externo, percebe-se que faz parte de um todo e que tem profunda interdependência com ele.

O MEC começa a conversar com o Ministério da Saúde, alinhando seus pressupostos, e a reforma sanitária ganha uma forte aliada: as DCN para o Curso de Medicina. Como a base de pensamento é a mesma, os valores e princípios também são, traduzindo-se em ações convergentes os dois temas tratados na perspectiva do novo paradigma que emerge. Quando o SUS se define como um sistema interligado e único, as Diretrizes curriculares flexibilizam o currículo, que se afasta da concepção de grade, com disciplinas compartimentalizadas, e que se distanciam da visão do modelo biomédico, migrando para a visão biopsicossocial, onde o pensamento sintético substitui o pensamento analítico e reducionista, integrando áreas de estudo, numa perspectiva humanista e de cooperação. Essa abordagem das DCN pretende formar médicos generalistas, mas, à medida que flexibiliza o currículo, permite que o contingente seja contemplado de acordo com o perfil da região.

Na UFAL, o novo PPC, tende a ampliar as aulas práticas e os ambientes onde o estudante é protagonista, com os temas integrados nos espaços de atendimento ao paciente, em que a orientação do professor ajuda aos alunos em seus estudos e leituras individuais correspondentes. Essas mudanças provocaram muita reação entre os professores médicos, apesar dos treinamentos e dos espaços de debate e construção coletiva do novo projeto pedagógico em construção. Essa situação decorre, principalmente porque demandará mudanças significativas nesse clássico

papel de professor palestrante para o papel de professor facilitador de aprendizagem, onde o aluno passa a ser o protagonista das atividades.

Estamos vivendo duas décadas de muita mudança, quando tem sido possível observar os movimentos de transformações desencadeadas no país, numa dinâmica de aprendizado ininterrupta. Como toda a mudança ela não se dá de forma automática. É processual e precisa de um tempo de maturação, como todo organismo vivo. O fato é que a quantidade de problemas e a diversidade de situações apontam as lentes de aumento para o que não foi solucionado, distanciando os olhares da revolução que as organizações estão passando. As organizações em rede foram alternativas criadas para os problemas coetâneos, que têm como premissas unir, aglutinar e juntar em cooperação.

Os projetos que surgem nesse contexto não têm espaço para ações pontuais separadas, sem intenções de longo prazo e integração de políticas dissociadas dos princípios constitucionais. É nessa perspectiva que a reforma sanitária cria o SUS, com gestão descentralizada e ações interligadas em vários modelos de aglutinação – municípios, grupos de municípios da mesma região, não necessariamente da mesma unidade federativa, mas por proximidade ou perfil epidemiológico ou estrutura de assistência.

Aprender a ir atrás das informações e conhecimentos em outras regiões, fazer parceria com o Curso de Formação Médica do Estado, cooperando com a transformação de ambos, aprendendo a mudar juntos, solicitando aos profissionais do serviço que apontem as mudanças na formação, para convergir com a realidade da social é, sem dúvida, uma das mais significativas mudanças, o que torna o curso um organismo vivo e não uma estrutura dura, inflexível. A troca contínua com o ambiente, própria das organizações abertas, interliga as ações de mudança curricular e aproxima a academia da realidade do serviço. Assim, vai permitindo o compartilhamento de agendas, que reduz as distâncias entre os nodos e facilita a realização de projetos e a busca de soluções comuns.

A partir do desenvolvimento do trabalho, pudemos compreender a dificuldade de visualização do padrão de uma rede, seus movimentos dinâmicos, sem forma

definida por longo tempo, assumindo sempre novas *gestalts* associadas ao contexto e aos vínculos construídos. Pudemos ainda observar como projetos de longo prazo, com valores e princípios de cooperação e inclusão claramente definidos e amplamente legitimados, favoreceram as etapas seguintes de sua construção, sem perda de foco e desperdício de energia. E, por último, observamos como o processo democrático favorece os encontros e aos diálogos, tendo como consequência o aprendizado coletivo.

Acreditamos que o conhecimento sobre organizações em rede pode propiciar à comunidade acadêmica a reflexão sobre suas práticas enquanto integrante de um grupo em organizações de ensino, gerando a possibilidade de ampliar o diálogo interno e de interagir com o meio ambiente, aprendendo num processo de retroalimentação contínua e se responsabilizando pelos rumos que a unidade tomar.

Uma conclusão importante do estudo, por tudo que foi exposto, é que esta política pública que é, ao mesmo tempo, uma política de saúde e de educação superior, mudou de forma contundente a formação médica oferecida pela UFAL e que se alinha às DCN para o curso de Medicina. Paralelamente, constitui-se numa política pública, configurada numa perspectiva de rede, que concebe um processo de formação em rede e forma pessoas capazes de atuar profissionalmente, numa concepção de integração, interdependência e aprendizado coletivo, como é próprio das redes.

O que nos leva a crer que esta política educacional em rede talvez possa ser utilizada também em outras áreas do conhecimento, oportunizando que a Universidade forme profissionais nesse novo cenário mundial. Observamos que tal política educacional começa a se espalhar para outras áreas, a exemplo do Pró-docência e do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação a Docência (PIBID) nas licenciaturas. Possivelmente, essa seja uma política de educação superior interessante, visto que aproxima a formação do exercício profissional, ao mesmo tempo em que torna possível uma mudança, tanto no processo de formação, quanto na natureza do exercício profissional, numa ótica mais coletiva, social e cidadã.

Um estudo que poderá ser feito, a partir daqui, é conhecer outros cursos de medicina da área pública e os mecanismos que encontraram para ampliar as conexões e vínculos entre o Curso e o meio ambiente local, bem como identificar as comunidades de práticas internas que foram constituídas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol.30 no.2 p. 98-101 Jan./Apr. 2006

AGUIAR, M. A. *Psicologia aplicada à Administração*. São Paulo: Excellus, 1992.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G.; VIEIRA, C. A. (org). *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

ALMEIDA, M. J. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Paraná, n.4, vol.3, 1999

ANDRADE, P.A. Estratégia da OPAS/OMS para apoiar o aperfeiçoamento na gestão de redes formais: um estudo de caso. In: MACHÍN ,D.G..(Org.). *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724. *Informação e documentação: referências - elaboração*. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.

BANÚS, Eduardo M. La estrategia de redes de conocimiento adoptada por UNESCO. In: ALBORNOZ , M.; ALFARAZ, C. (Ed.) *Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión*. Buenos Aires: Artes Gráficas Integradas, 2006

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. *Decreto nº 1.232*, de 30 de agosto de 1994. Legislação Estruturante do SUS, Brasília: CONASS, 2003.

_____. *Decreto nº 1.232*, de 30 de agosto de 1994. Legislação Estruturante do SUS, Brasília: CONASS, 2003.

_____. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Legislação Estruturante do SUS, Brasília: CONASS, 2003.

_____. *Lei nº 8.080*, 19 de setembro de 1990 Lei Orgânica da Saúde (LOAS). Brasília, Ministério da Saúde. 1990.

_____. *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, Presidente da República, 1996.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001*. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.. Brasília: Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: 2005. p 344.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95*, de 26 de janeiro de 2001, Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: Gabinete do Ministro

_____. *Portaria nº 2.203*, publicada em 6/11/1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da saúde, Diário Oficial da União, 1997.

BUENO, R. R. L.; PIERUCCINI, M. C. *Abertura de escolas de medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio*. 2ª ed. Belo Horizonte: AMEB/ Diretoria do Conselho Federal de medicina, 2005.

CAPRA, F. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1996.

_____. *As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável*. São Paulo: Cultrix, 2002.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata, URSS: [a.d] 1978.

CONNER, Daryl R. *Gerenciando na velocidade da mudança*. Rio de Janeiro: Infobook, 1995.

CURY, G. C.; ELZA M. M. Ensino baseado em pessoas: a experiência da mudança curricular de 1974 realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. *Cadernos ABEM*, Volume 2 , p. 45-48, Junho 2006

CUTAIT, R. Apresentação In: ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G.; VIEIRA, C. A. (org). *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol.30, no.1, 2006.

EGGER, K. *Work the net: um guia de gerenciamento para redes formais*. Rio de Janeiro: GTZ, 2007. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br/rede/documentos/Work_the_Net_port.pdf> Acesso em 01 out 2009.

FÁVERO, Osmar. *A educação nas constituintes brasileiros: 1823 – 1988*. Campinas: Autores Associados, 2001.

FERREIRA, Aurélio B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. R. A formação do médico generalista - contextualização histórica. *Cadernos ABEM* • Volume 2 , p. 41-45• Junho 2006

GOHN, Maria da Glória. *Movimentos sociais e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

GÓMEZ, Perez A. I. *A cultura escolar na sociedade neoliberal*. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

HEIDBREder, Edna. *Psicologias do Século XX*. 5.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

KOIFMAN, L.: O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar – jun, 2001.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

LAMPERT, J. B. Dois Séculos de Escolas Médicas no Brasil e a Avaliação do Ensino Médico no Panorama Atual e Perspectivas, *Gazeta médica*. Bahia, 78 (Suplemento 1) p.31-37, 2008

LUNA, M.; VELASCO, J. L. Redes de conocimiento: principios de coordinación y mecanismos de integración. In: ALBORNOZ , M.; ALFARAZ, C. (Ed.) *Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión*. Buenos Aires: Artes Gráficas Integradas, 2006

MACEDO, A. R. et al. Educação Superior no Século XXI e a Reforma Universitária Brasileira. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* Rio de Janeiro, v.13, n.47, p. 127-148, abr./jun. 2005.

MACHÍN ,D.G; CHAGAS, L.; ANDRADE. Introdução: aspectos conceituais. In: MACHÍN, D. G.(Org.). *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas*. Brasília: OMS, 2008.

MARTINS, F.; SILVA, J.(org). *Os 7 Princípios para navegar no século XXI*. Porto Alegre: Sulina/Edipucrs. 2000. Disponível em: http://www.ouviroevento.pro.br/leiturassugeridas/EM_Da_necessidade.htm. Acesso em 10 nov. 2010

MICHAELIS: *Dicionário escolar da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2008.

MIRANDA, R. C. O uso da informação na formulação de ações estratégicas pelas empresas. *Ciência da Informação*, Brasília, v.28, n.3, p.284-290, set./dez. 1999.

MORAES, M. C. *O paradigma educacional emergente*. 2ª ed. São Paulo: Papirus, 1998.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, Dora F. (org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1996.

MOROSINI, M.(Org.). *A Universidade no Brasil: concepções e modelos*. Brasília: INEP, 2006.

MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R. C. *Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais*. São Paulo: Cortez 2006

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal . *Revista Brasileira de Educação Médica*, Santa Catarina, UFSC, n.492, p.492–499; 2008.

PFEIFFER P. Passo a passo para a implementação de redes: proposta de um modelo de gestão. In: MACHÍN ,D.G..(Org.). *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas*. Brasília: OMS, 2008.

PIAGET, J; BETH, W. E.; MAYS, W. *Epistemologia genética e pesquisa psicológica*. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1974.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: vol.2, no.2, 2005.

REGO, S.; GOMES, A. P; BATISTA, R. S, Humano demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica. *Cadernos ABEM*. Rio de Janeiro, Volume 3, p. 24-33. • Outubro 2007

RIBEIRO, José G. *Prática docente: intervenções de facilitação nos processos de aprendizagem*. Maceió: Edufal, 2009.

RITS. *O que são redes?* Net. [S.l]:2008. Disponível em: <http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm> Acesso em 10 out. 2009.

RODRIGUES, Prates M. C. Demandas sociais versus crise de financiamento: o papel do terceiro setor no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 32 (5), pág. 25-67, 1998.

SANTOS, Boaventura. *Um discurso sobre ciências*. 10ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs). *Bioética*. São Paulo: Edusp, 1995.

SENGE, Peter M. *A quinta disciplina*. 13.ed. São Paulo: Beste Seller, 1998.

SIQUEIRA, H. S. *Sociedade em rede: conexões e desconexões*. Net, [S.l]: 21.12.2004. Disponível em: <<http://www.observatoriodaimprensa.com.br>>. Acesso em 14 nov 2009

SISSON, M. C. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol.33, suplemento.1, 2009.

TAVARES, M. G.; VERÇOSA, E. G. UFAL: De um fenômeno tardio a uma maturidade singular. In: MOROSINI, M. *A universidade no Brasil: concepções e modelos*. Brasília: INEP, 2006.

TEIXEIRA, A. Educação e Universidade. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v. 50, n.111, p. 21-82, jul.- set, 1968.

TOFFLER, A. *A terceira onda*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

UFAL. *Resolução nº 35/89 de 07/08/ 1989*. Cria como órgão suplementar o NUSP/UFAL, objetivando a criação de condições necessárias para a cooperação técnica e científica entre as partes, convênio Nº 01/88, de 25 de agosto de 1988, UFAL e Secretária de Serviço Social. Conselho Universitário, 1988.

_____. *Projeto Pedagógico Global - PPG/UFAL - Uma Ousadia Necessária*. Alagoas: UFAL, 1991.

VICTORIA, D.; CHAGAS, L. Redes de relacionamento estratégico para a cooperação técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. In: MACHÍN, D. G.(Org.). *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas*. Brasília: OMS, 2008.

VIEIRA, Paulo. Pensamento estratégico e sistêmico. Desenvolvimento de Executivos e Empresas da Fundação Dom Cabral. In: Fundação Dom Cabral. Programa de *Desenvolvimento para Executivos*. Belo Horizonte: Fundação Dom Cabral, 2002.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Revista Mutações Sociais*. Rio de Janeiro: ano 2, nº 3, 1993.

ZAJDSZNAJDER, L. *Ser ético*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1994.