



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA BERSANETTI BARBIERI

**A REDE UNIDA E O MOVIMENTO DE MUDANÇA
NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Londrina
2006

FERNANDA BERSANETTI BARBIERI

**A REDE UNIDA E O MOVIMENTO DE MUDANÇA
NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcio José de Almeida.

Londrina
2006

FERNANDA BERSANETTI BARBIERI

**A REDE UNIDA E O MOVIMENTO DE MUDANÇA
NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Laura C. M. Feuerwerker

Prof. Dr. Marcio José de Almeida
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Ronaldo Baltar
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 03 de abril de 2006

Dedico este estudo a todos aqueles que acreditam ser agentes de mudanças na perspectiva de promover um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

A minha primeira mãe “do céu” que sempre me acompanha, iluminando todos os meus caminhos.

A minha mãe Marilene, por me ensinar a importância da força e disciplina na carreira profissional.

Ao meu pai Celso, pela dedicação, otimismo e alegria contagiante.

A minha família, pela confiança e motivação.

Ao Prof. Marcio, pela oportunidade de aprendizado através de sua vasta experiência na área.

Ao Prof. Ronaldo Baltar pela preciosa atenção dispensada.

Aos professores do mestrado pelo conhecimento e experiência transmitidos.

Aos profissionais entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste estudo.

Aos amigos deste curso, pela força e pela vibração em relação a esta jornada.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização deste trabalho.

“A alegre, a festiva agitação das panelas e tachos. A inútil zanga dos velhos armários de mogno, solenes, achando tudo aquilo uma grande palhaçada. As xícaras e pires fazendo tlin-tlin-tlin-tlin. As gaiolas dos passarinhos cantando em coro com os próprios passarinhos. Oh! A alegria das coisas com aquela mudança. Para onde? Não importa! Desde que não seja este eterno mesmo lugar!”

Mario Quintana

BARBIERI, Fernanda Bersanetti. **A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina

RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal fazer um resgate histórico da REDE UNIDA, identificando suas principais estratégias para a mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil, no período de 1985 a 2004. Esta é uma pesquisa qualitativa, utilizando dados primários e secundários de informação para análise. Foi feito um levantamento dos documentos oficiais da Rede UNIDA: boletins informativos, revistas e outras publicações da mesma e entrevistas com participantes deste movimento. Aborda a trajetória do movimento desde a sua constituição em 1985 em uma reunião de coordenadores de projetos de integração docente-assistencial, na cidade de Belo Horizonte. Registra as inovações trazidas pelos projetos UNI no início da década de 90 e suas principais diferenças com os projetos de integração docente-assistencial. A percepção dos entrevistados num momento marcante na história da Rede - a união entre a Rede UNIDA e os Projetos UNI. Após uma análise das conjunturas político-sanitárias e educacionais na formação de profissionais de saúde, é realizada uma abordagem crítica estabelecendo relação das contribuições da Rede UNIDA neste cenário de construção e princípios do SUS, destacando um dos maiores exemplos de mudança: a proposta de diretrizes curriculares para as profissões da saúde. Assim, pretendeu-se conhecer os principais marcos na história da Rede UNIDA, que teve início num período de grandes discussões e mudanças na saúde brasileira, e hoje reúne pessoas e instituições de vários lugares do país em torno do movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde, numa trajetória que completa 20 anos.

Palavras-chave: Redes Comunitárias/história, Integração Docente-Assistencial, Educação Superior, Relação Comunidade-Instituição, Recursos Humanos em Saúde.

BARBIERI, Fernanda Bersanetti. **The United Net and the Change's Movement in Formation of Health Professionals.** 2006. Dissertation (Master in Collective Health) – Londrina Public University

ABSTRACT

This study had as mainly aim to make an historical rescue of the United Net, identifying its principal's strategies for a change in the formation of health professionals in Brazil, during the period from 1985 to 2004. This is a qualitative research, which analyzes the content of a spoken history, using primary and secondary data in the construction of information to analyze. It was made a survey of officials' documents from the United Net: informative bulletins, magazines among some other publications and interviews with participants of this movement. Accost the trajectory of the movement since its beginning in 1985 in a meeting with coordinators of projects about docent-assistant integration, in the city of Belo Horizonte. The innovations brought by the UNI projects in the beginning of the 90's and its principals disparities with the projects about docent-assistant integration. The perception of the interviewed in an important moment in the history of the Net – the link between the IDA Net and the UNI projects. After an analyze of the politic- sanitary and educational conjunctures in the formation of health professionals, takes place an critical accost creating a bond of the United Net contributions on this scene of PHS (public health system) constructions and principals, showing one of the biggest examples of change: the propose of curriculum's guidelines to professions of health. This way, there was a pretension to know the majors marks in the United Net's history, that began in a period of big discussions and transformations on Brazilian health, and today join people and institutions from many parts of the country around the movement for changing the health professionals' formation, in a trail that completed 20 years.

Key-words: Historical/communitarian Nets, Docent-Assistant Integration, Advanced Education, Community-Institution Relation, Health Manpower Human Resources in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia em Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
ALAFO	Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CLATES	Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde
EMA	Educação Médica nas Américas
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PIDA	Programa de Integração Docente-Assistencial
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PSF	Programa Saúde da Família

RHS	Recursos Humanos em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SeSu	Secretaria de Ensino Superior
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPS	Secretaria de Política de Saúde
SUDS	Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Organização das Nações Unidas para a Educação
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
WFME	World Federation for Medical Education/ Federação Mundial de Educação Médica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REDE UNIDA E O MOVIMENTO DE MUDANÇA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO	15
2.1 Panorama Nacional	15
2.2 Panorama Internacional	21
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4 METODOLOGIA	26
4.1 O Percurso Metodológico	26
4.2 Conceitos Adotados	29
4.3 Seleção dos Entrevistados	32
4.4 Análise dos Dados	34
4.4.1 Categorias de Análise	36
4.5 Aspectos Éticos	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 Fundação W. K. Kellogg e o Apoio ao Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde	39
5.2 Rede IDA: Um Pouco de História	45
5.3 Rede IDA: Participação na Reforma Sanitária e Contribuições	57
5.4 Os Projetos UNI e suas Contribuições	64
5.5 Rede UNI-IDA: União entre os Projetos IDA e UNI	71
5.5.1 Razões para a União entre os Projetos IDA e UNI	79
5.5.1.1 Sujeito Político	79

5.5.1.2 Comunidade	82
5.5.1.3 Financiamento	86
5.6 Rede UNIDA: Atuação nas Diretrizes Curriculares	87
5.7 Rede UNIDA: Funcionamento	93
5.8 Avanços, Limites e Desafios para a Rede UNIDA	95
6 CONCLUSÕES	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	109
Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista	110
Apêndice 2 – Identificação dos Entrevistados	111
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
ANEXOS	114
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina	115
Anexo 2 – Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA)	116
Anexo 3 - Catálogo de Projetos da Rede IDA/Brasil	129
Anexo 4 – Carta de Apresentação dos Projetos UNI	136
Anexo 5 – Relação dos Projetos UNI na América Latina	138
Anexo 6 - Quadro: Principais Diferenças entre os Projetos IDA e UNI	145

1. INTRODUÇÃO

Com o nome de Rede de Integração de Projetos Docente-Assistenciais – Rede IDA, teve início, em 1985, a Rede UNIDA, na Universidade Federal de Minas Gerais, e consistia num grande movimento de mudança na formação de profissionais de Saúde.

Ela tem seus primórdios já no início dos anos 70, quando se constituía um movimento social na área da saúde no Brasil: a Reforma Sanitária. Assim, foram desenvolvidas lideranças e elaboradas propostas abrangentes para a saúde no país que foram levadas a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), e culminou no capítulo *Da Saúde*, na Constituição Federal Brasileira (1988), e na criação do *Sistema Único de Saúde* (SUS).

No bojo deste movimento social pela Reforma Sanitária Brasileira, foi constituindo-se um movimento pela mudança na formação dos profissionais de saúde, que ganhou mais vigor a partir dos anos 90, durante o processo de implementação do SUS.

Em meados dos anos 90, com o desenvolvimento do Programa UNI (*Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade*), ocorreu uma evolução da Rede IDA através da articulação com os projetos UNI, e sua denominação passou a ser Rede UNI-IDA, e, posteriormente, Rede UNIDA.

Neste estudo, pretendeu-se conhecer quais foram as contribuições da Rede UNIDA no movimento de mudança na formação dos profissionais de saúde, levantando uma série de indagações sobre essa Rede, as quais me propus a esclarecer no desenvolvimento deste trabalho. Assim, com esta pesquisa, espero reunir várias informações importantes, estabelecidas pela Rede UNIDA, na Saúde e na Educação, durante toda a sua trajetória, e contidas em documentos, livros, revistas, entre outros, que se encontravam dispersos.

2. REDE UNIDA E O MOVIMENTO DE MUDANÇA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO

2.1 PANORAMA NACIONAL

As faculdades da área da saúde, no Brasil, criadas nas primeiras décadas do século passado, utilizavam-se dos serviços existentes, principalmente os hospitais de caráter filantrópico, para a prática e ensino dos seus alunos (FEUERWERKER, 1998).

O modelo flexneriano de ensino foi implantado, no Brasil, no início da década de 50. Procurou-se introduzir alterações nos hospitais filantrópicos utilizados para o ensino bem como implantar novos hospitais e clínicas, ligados às faculdades recém-criadas (RODRIGUEZ, 2003).

No final da década de 50, por influência da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as faculdades começaram a criar seus departamentos de Medicina Preventiva, objetivando a orientação dos alunos em programas sociais de higiene e prevenção, promovendo experiências extramurais, e resultando na criação dos Centros de Saúde-Escola (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

A criação dos Centros de Saúde-Escola favoreceu o desenvolvimento da Saúde Pública, mas ainda não existia uma integração com o serviço de saúde. Os pacientes eram submetidos às relações de dominação que caracterizavam o assistencialismo, no qual o doente era tido como um

objeto de estudo, não tendo vontade própria e direito de reclamar (MARSIGLIA, 1995).

Os programas de Medicina Comunitária eram bem aceitos pelos governos latino-americanos, já que eram soluções viáveis para atender uma demanda crescente de atenção à saúde. Esses programas atraíam setores estudantis insatisfeitos com sua formação e perspectivas profissionais, que tinham uma maior consciência social e não tinham partido para a luta armada contra a ditadura, e que estabeleceram um vínculo maior com a população, na tentativa de melhorar os seus problemas, o que era proporcionado pelos espaços de discussão, encontrados em suas faculdades, para essa prática de atendimento mais direcionada aos problemas de saúde da população (ESCOREL, 1999).

Na década de 60, alguns setores das universidades brasileiras questionam a sua organização e as formas da relação com a sociedade. As críticas foram incorporadas na Reforma Universitária de 1968, que objetivava: “extinção de cátedras, criação de departamentos e de institutos, incentivo às atividades de extensão, tentativas de pesquisas mais adequadas à realidade brasileira, alterações no padrão interno entre professores e alunos” (MARSIGLIA, 1995, p. 15).

Esse movimento apontava problemas na formação de recursos humanos e a necessidade de integração entre ensino e saúde, indicando a necessidade da formação de um novo perfil profissional. Havia uma crítica aos serviços próprios das universidades ou à extensão universitária, pois a prática

dos alunos era uma atividade muito isolada, não condizendo com as propostas, na época, do que deveria ser o Sistema Único de Saúde, descentralizado e hierarquizado (CHAVES; KISIL, 1999).

Em 1973, o Ministério do Trabalho e Previdência Social enfatizou a importância de uma articulação entre a coordenação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o sistema de formação do pessoal que deveria atuar na atenção à saúde. Essa integração entre o ensino e o serviço tinha a finalidade de obter um equilíbrio da qualidade e quantidade de profissionais que estariam se formando (MARSIGILA, 1995).

Assim, o INPS fornecia os hospitais, os Postos de Assistência Médica, permitindo resolver um dos problemas das faculdades, que era a dificuldade de ter um hospital próprio para o ensino.

A partir da segunda metade da década de 70, iniciou-se uma discussão com novas propostas das políticas sociais em todos os setores, buscando a reformulação do sistema de saúde, com base nos princípios da universalização dos direitos, descentralização das decisões, unificação dos serviços, equidade na prestação dos benefícios e controle social sobre a saúde. Nesta luta pela democratização do país, organizou-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (FLEURY, 1994).

Segundo Fleury (1995), no final da década de 70, o Movimento de Reforma Sanitária começa a ganhar força, trazendo as condições necessárias para a construção de novos modos de atenção à saúde, cujo

fundamento principal se baseou no princípio da integralidade da atenção, desafiando o paradigma clínico da mesma.

Nessa época, a limitação das experiências de ensino e as transformações do sistema de saúde, com novas exigências para a formação profissional, favoreceram a emergência de outras propostas, como as de Integração Docente-Assistencial (IDA), numa tentativa de integrar os hospitais de ensino ao sistema de saúde (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000)

Assim, juntamente com essas propostas de reformulação do Sistema de Saúde, como Programa de Interiorização das Ações de Saúde (1977), Prev-Saúde (1980), AIS - Ações Integradas de Saúde (1984), SUDS - Serviço Unificado e Descentralizado de Saúde (1987) e SUS (1988), aparecem as propostas de reformulação dos currículos universitários para uma formação de recursos humanos de acordo com os princípios discutidos na Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Ainda na década de 70, deu-se início a estudos para a reformulação curricular em diferentes faculdades de Medicina, como UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), UEL (Universidade Estadual de Londrina), USP (Universidade de São Paulo). Os novos currículos estavam pautados no princípio da integração docente-assistencial, na existência de uma articulação entre as universidades e o sistema de saúde, o que permitiria que as atividades práticas dos estudantes passassem a ocorrer nos serviços públicos, com a inserção do futuro profissional na realidade desse sistema (REDE UNIDA, 2005).

Em 1979, na cidade de Brasília, ocorreu a reunião de avaliação dos Projetos de Saúde Materno-Infantil, onde se recomendou que as Secretarias de Saúde dos Estados assumissem um papel de coordenação na articulação entre os sistemas formadores dos recursos humanos e os serviços de saúde, exigindo mudanças nas instituições de ensino (MARSIGLIA, 1995).

Em 1981, foi criado pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SeSu/MEC) o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA). O documento (Anexo 2) traz as explicações sobre as características dos projetos, suas metas e o programa de trabalho para o desenvolvimento desse programa (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1981). Assim, iniciou-se uma intensa discussão e a implantação de propostas IDA em várias regiões do país.

Uma parte dessas experiências iniciou um trabalho em Rede, articulando-se, nacionalmente, em agosto de 1985, por incentivo da Fundação W. K. Kellogg, e formando a Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), em uma reunião de coordenadores destes projetos, realizada em Belo Horizonte - MG (Rede IDA/Brasil, 1987a).

Em 1986, ocorreu, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu a universalidade, a integralidade, a descentralização das ações, a hierarquização, o controle social, posteriormente incorporados à Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988.

No campo das políticas de Saúde, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde rompe com o paradigma biomédico então

vigente, e propõe as bases para a criação do SUS. Quanto à formação dos profissionais da área, a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) indica a revisão dos currículos, ajustando-os às realidades sociais, étnico-culturais e ao quadro epidemiológico, garantindo uma formação geral com visão integral e comprometimento social (CORREIA et al, 2004).

O exercício pleno do direito à saúde pelos cidadãos brasileiros depende, essencialmente, de uma transformação radical no modelo de atenção, por meio de uma concepção mais ampla de saúde, com ênfase nas ações de promoção de saúde, já que não havia, naquele contexto, profissionais formados com o perfil, as competências e as habilidades necessários (KISIL; CHAVES, 1994).

Assim, as atividades de prestação de serviços para a comunidade eram um dos aspectos relevantes que essa nova universidade deveria considerar, apresentando-as sob a forma de atividades de extensão da universidade, o que significava um avanço para uma época em que a universidade ainda era muito autoritária e a população não tinha voz (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Com o desenvolvimento da proposta de organização dos serviços de saúde, o SUS, o movimento vinculado à Medicina Social, acabou priorizando o movimento da Reforma Sanitária, realizando questionamentos voltados para o modelo assistencial vigente no país e abandonando o cenário da educação médica (FEUERWERKER, 1998).

Segundo Campos (1994), “(...) houve empenho maior na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-se das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que estava sendo criada” (apud FEUERWERKER, 1998, p. 141).

2.2 PANORAMA INTERNACIONAL

Foram realizados dois importantes seminários internacionais, promovidos pela OPS (Organização Pan-Americana de Saúde): em 1955, ocorreu o Seminário sobre ensino da Medicina Preventiva, na cidade de Viña del Mar (Chile), e, em 1956, o Seminário ocorreu em Tehuacán (México). Esses eventos influenciaram, posteriormente, a criação dos departamentos de Medicina Preventiva na América Latina, sendo os primeiros departamentos criados nas Faculdades de Medicina de Cali, na Colômbia, e na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto (CHAVES; 1994).

Em 1972, foi aprovado o 2º Plano Decenal de Saúde das Américas, pelos Ministros da Saúde. Em 1973, o Conselho Consultivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmava: “A organização da comunidade será elemento decisivo para aproveitar o inesgotável potencial da população, canalizando suas inquietações para atividades de verdadeiro serviço social e para o melhoramento do ambiente”. Assim, a OMS indicava que o processo de participação deveria ser global, de modo a cobrir todas as

ações da sociedade, que deveria intervir de forma crítica e consciente nas decisões sobre as políticas que a afetassem. (REDE UNIDA, 2005, p.17)

Em 1974, na XXII Reunião do Conselho Consultivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), foram definidas as funções das universidades para promover e orientar a comunidade nos programas de saúde, enfatizando a necessidade de articulação entre serviços e escolas da área da Saúde (REDE UNIDA 2005).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS, 1978), com o slogan “Saúde para todos até o ano 2000”, reforçando a idéia de que os cuidados primários de saúde são fundamentais para atingir essa meta, trazendo uma idéia de saúde mais ampla (DECLARAÇÃO de Alma Ata, 1978).

Após a reunião de Alma Ata, em 1978, vários países reformularam suas políticas, objetivando a reorganização da prestação de serviços de saúde e uma reorientação da educação médica. Essa Conferência Internacional teve influência no Brasil, na medida em que estimulou várias faculdades a perceberem a importância da atenção primária, as quais reforçaram a experiência dos Departamentos de Preventiva e as atividades fora do serviço escola (CHAVES; KISIL, 1999).

Em 1979, estabeleceu-se o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS- Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, cuja finalidade era aperfeiçoar os processos de integração docente-assistencial na formação de recursos humanos para a saúde, propondo-se a

promover ações fundamentadas na integração docente assistencial. Nesse documento, a Integração Docente-Assistencial foi definida como “união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequadas às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino” (ACORDO OPAS/MS/MPAS/MEC, 1979. p.3).

Em 1981, foi realizada a Conferência de Karachi, organizada pela OMS, pelo Canadá e pela Fundação Agakhan, onde se destacou a importância dos hospitais no crescimento da atenção primária (MARSIGILA, 1995).

Em 1986, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, no Canadá, onde foi aprovada a “Carta de Ottawa” (MENDES, 2004).

Em 1988, foi realizada, em Edimburgo (Escócia), a Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME), pela OMS e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), sendo reafirmada a necessidade de redirecionar a educação médica para a realidade social e a promoção da saúde. A comissão de planejamento dessa conferência determinou seis temas para nortear a discussão: 1) Prioridades educacionais para escolas médicas; 2) Estratégias educacionais para escolas médicas; 3) Integração da escola médica com o sistema de atenção à saúde; 4) Recursos para a educação médica: físicos,

financeiros e humanos; 5) Ingresso no curso médico e necessidades dos países; 6) Relações entre ensino de graduação, de pós-graduação e educação continuada (CHAVES; ROSA, 1990).

Em 1992, a OPS difundiu um documento preparatório para a II Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo (Escócia), em 1993, tendo como tema central “A mudança na profissão médica: implicações para a educação médica” (MENDES, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Fazer um resgate histórico da Rede UNIDA, identificando suas principais contribuições ao movimento de mudança na formação dos profissionais da Saúde, no Brasil, no período de 1985 a 2004.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Construir o histórico da Rede UNIDA, identificando fatos, momentos e sujeitos importantes nas fases de desenvolvimento da Rede, e relacionando-os com as conjunturas político-sanitárias e educacionais na formação dos profissionais de Saúde;

- Identificar as idéias desenvolvidas pela Rede UNIDA dentro do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira;

- Analisar a visão de participantes sobre as contribuições da Rede UNIDA em políticas de mudança na formação dos profissionais de Saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 O Percurso Metodológico

Minayo (2004, p. 22) define metodologia como sendo “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade, [...] ocupando lugar central no interior das teorias sociais, [...] incluindo as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade”.

Entendendo que o método a ser utilizado em uma pesquisa depende do objeto a ser estudado, foi definido que o método mais adequado ao objeto do estudo e aos seus objetivos é um estudo qualitativo, que faz uma análise de conteúdo de uma história oral, utilizando fontes primárias e secundárias de informação.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. [...] ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21-22).

No Brasil, houve um crescente interesse pelas pesquisas históricas, valorizando o estudo do tempo presente, abrindo espaço para a História Oral. A História Oral pode ser um instrumento importante para recuperar a memória de uma instituição, resgatando o seu papel na história do

país, possibilitando estabelecer novas estratégias para o futuro, tendo as comemorações de aniversários como motivação para a pesquisa. (FERREIRA, 1997).

A história oral permite não apenas compreender como o passado é concebido pelas memórias, mas principalmente como essas memórias se constituíram. [...] a memória é também *fato*, possível de ser objetivamente estudada. [...] e assim, permite entender como determinadas concepções do passado se tornaram *coisas*, sem o que as explicações do presente permanecem insuficientes (ALBERTI, 1996, p. 8).

Segundo Motta (1995, p. 3), a técnica de história de vida, “[...] busca entender o papel dos atores sociais, os processos através dos quais elaboram os projetos que dão sentido a suas ações, e as práticas e as estratégias que desenvolvem para empreendê-los”.

Segundo Minayo (2001, p. 59), na técnica de análise de vida, “geralmente acontece a liberação de um pensamento crítico reprimido e que muitas vezes nos chega em tom de confiança [...] Esse relato fornece um material extremamente rico para análises do vivido. Nele podemos encontrar o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual”.

Foi feita, inicialmente, uma análise documental por meio do levantamento dos documentos oficiais da Rede UNIDA, ou seja, boletins informativos, revistas e outras publicações da mesma, verificando os principais pontos no transcorrer dos 20 anos de história da Rede: sua criação e suas contribuições, sua participação no movimento da Reforma Sanitária, a criação e as contribuições dos Projetos UNI, o processo de união – Rede UNI-IDA, e a

participação da Rede UNIDA em políticas públicas, seu funcionamento e seus desafios.

A etapa de campo foi feita por meio de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Tobar & Yalour (2002, p. 101)

Estas entrevistas são baseadas no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas [...] e supõe suficiente exploração anterior sobre o tópico, para conhecer quais são os problemas relevantes a serem pesquisados, [...] sendo também flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante para encontrar e/ou seguir novas pistas.

O uso de um roteiro (Apêndice 1) possibilitou à pesquisadora redirecionar a conversa, adaptando-se ao andamento da entrevista, tornando mais fácil a sistematização dos dados, e permitindo estabelecer as mesmas perguntas centrais para cada entrevistado. A ordem exata e a redação das perguntas variaram para cada entrevistado.

O recurso de registro de dados foi a gravação magnética das entrevistas e o emprego do caderno de campo, onde foram anotadas as percepções do pesquisador sobre a investigação, com posterior transcrição integral das mesmas. Para um dos entrevistados, foi aplicada a entrevista por escrito, através de meios eletrônicos, devido à dificuldade de acesso ao mesmo, que residia em local muito distante, mas tinha grande relevância para esta pesquisa.

A duração de cada entrevista foi de aproximadamente uma hora, tendo a entrevista mais longa durado, aproximadamente, duas horas, e a mais curta, aproximadamente trinta minutos. Antes de cada entrevista, foi feito

um primeiro momento de apresentação pessoal e esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, os aspectos éticos e as principais questões abordadas no roteiro. O momento seguinte era composto pela entrevista propriamente dita, onde o entrevistado discursava sobre a sua percepção diante dos tópicos relacionados, e, finalmente, ao término de cada entrevista, ocorria o terceiro momento, de agradecimentos ao entrevistado pela gentileza de sua participação na pesquisa.

Os entrevistados relataram, em narrativas extensas e improvisadas, como sua história se relacionava aos tópicos abordados, portanto, nem sempre contemplavam todos os tópicos, mas apenas aqueles condizentes com suas experiências. Após o início da narrativa, a entrevistadora evitava qualquer intervenção diretiva, até que tivesse um sinal claro de que o entrevistado havia chegado ao fim da história, e, então, tentava retornar a aspectos que o entrevistado ainda não havia narrado com detalhes suficientes. Apenas no início ou no final das entrevistas, a entrevistadora fez perguntas que não se referiam à narrativa (BAUER & GASKEL, 2002).

4.2 Conceitos Adotados

É de grande importância a definição dos conceitos que serão chave para a compreensão do objeto de estudo (TOBAR; YALOUR, 2002). Dessa forma, alguns serão fundamentais para a realização das entrevistas e análise dos resultados, encontrando-se, dentre eles, o conceito de mudança,

de recursos humanos em saúde, de trabalho em rede, de integração docente-assistencial e de ator social.

O conceito de mudança adotado no estudo remete à definição adotada por Kisil (1998, p.6) dizendo que:

Mudança é um rompimento, mesmo que de forma gradual, com o *status quo* organizacional. A mudança pode ser consequência natural dos acontecimentos históricos e dos fatores que incidem sobre a organização, mas pode ser decorrente de adaptações às mudanças que ocorrem nos ambientes.

O conceito de recursos humanos em saúde, adotado no estudo, remete aos profissionais de todas as 14 carreiras definidas como integrantes da área da Saúde, pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 287 (1998): Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (ALMEIDA, 2005).

Segundo Almeida (1999, p. 3), “ os recursos humanos, [...] são os sujeitos do processo produtivo, que têm nos fatores materiais e financeiros, seus instrumentos de trabalho”.

Outro conceito importante a ser adotado é o de trabalho em rede. Segundo Mario Rovere:

[...] A análise de rede ou rede social é o uso do referencial de redes para pesquisar relações e vínculos. Ela tem sua origem na sociologia inglesa dos anos 60 e 70. O duplo uso da idéia

de 'rede em movimento' ou 'movimento em rede' produz uma boa aproximação dinâmica dessas relações [...]. Eu também acho que a Reforma Sanitária brasileira e a construção do SUS é um bom exemplo desse uso (RET-SUS, 2004, p.2).

A proposição de rede traz em si a idéia de articulação, de conexão. As redes são formas de organização multicêntricas, cujos múltiplos nós constituem-se nos lugares de articulação, e a propulsão do conjunto não está localizada em um lugar fixo. [...] Trata-se, portanto, de heterogeneidades que se articulam e se organizam. Apesar de nesse processo estarem envolvidas instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam e conectam. São sempre pessoas que constroem vínculos (ROVERE, 1998).

O termo IDA (Integração Docente-Assistencial) refere-se aos projetos baseados na articulação de faculdades de medicina, odontologia, enfermagem, e outras com serviços de saúde. Ou seja, ao mesmo tempo em que tentavam construir um modelo de assistência com uma lógica de atenção à saúde comunitária, também formavam novas gerações de profissionais, porque neles trabalhavam os alunos, os professores, as universidades (CHAVES; KISIL, 1999).

O termo ator social é tido por Almeida (1999) como um termo que se confunde com o conceito de sujeito, sendo o termo sujeito social mais adequado às pessoas físicas, individuais ou coletivas, e o termo ator institucional, às pessoas jurídicas. "Os sujeitos sociais podem produzir inovações que, alterando os conteúdos, os processos ou as relações, impactem sobre as relações sociais e estas podem abrir o caminho para a produção de fatos e processos que alterem as estruturas" (ALMEIDA, 1999, p. 13).

4.3 Seleção dos Entrevistados

A entrevista para coleta de dados foi realizada com informantes-chave, isto é, pessoas que possuem conhecimentos especiais e estão interessadas em compartilhá-los com o pesquisador, informando sobre os tópicos de interesse.

“A finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão [...] é a variedade de pontos de vista no assunto em questão” (BAUER & GASKELL, 2002, p. 68).

Os entrevistados foram selecionados pela técnica da bola-de-neve, cujos passos descreveram Bogdan e Biklen (1968):

1º) uma entrevista em profundidade com um sujeito recomendado/indicado pela vivência pessoal e informações que este detém sobre o proposto, 2º) a partir do material coletado, transcrito e examinado, o pesquisador procura desenvolver uma teoria descritiva sobre o assunto, que já apresente uma compreensão inicial do problema em estudo, 3º) O entrevistador volta a campo e seleciona um sujeito, o qual foi recomendado pelo primeiro a pedido do pesquisador, para realizar a entrevista similar, eventualmente, com questões melhor construídas, 4º) assim sucessivamente parte para outros casos, privilegiando as indicações feitas pelos sujeitos anteriores, penetrando num grupo de pessoas com vivenciamento e conhecimentos empíricos, até que, a dado momento, percebe não encontrar num novo caso algum dado significativo, encerrando as entrevistas (apud TURATO, 2003, p. 365).

Os informantes-chave foram considerados como sendo participantes ativos da Rede UNIDA, com um bom conhecimento sobre o

trabalho da Rede, para que fosse possível a descrição de acontecimentos e ações relevantes na pesquisa. Por meio de conversas com membros da Rede UNIDA, foram identificadas algumas pessoas importantes na pesquisa devido ao longo tempo de participação e envolvimento com este movimento. As pessoas identificadas como informantes-chave nesta pesquisa foram:

- ✓ **Secretaria Executiva em Belo Horizonte - MG (85-87):** Edison Correa, Roseni Rosângela de Sena;
- ✓ **Secretaria Executiva do Rio de Janeiro – RJ (87-89):** Dulce Helena Chiaverini, João José Neves Marins;
- ✓ **Secretaria Executiva de São Paulo (90-93):** Tânia Celeste Nunes e Regina Marsiglia, membros do Conselho Consultivo e Rosana Fiorini Puccini;
- ✓ **Secretaria Executiva de Salvador - BA (94-00):** Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Maria Eunice Xavier, Heloniza Oliveira G. Costa;
- ✓ **Secretaria Executiva de Londrina - PR (01-04):** Márcio José de Almeida, João Campos, Laura Feuerwerker;
- ✓ **Fundação W.K. Kellogg –** Os Coordenadores de Programas para a América Latina e o Caribe: Mário M. Chaves e Francisco Tancredi. Não foi possível a realização da entrevista com Marcos Kisil, por dificuldade de estabelecer um contato para agendar a entrevista.

4.4 Análise dos Dados

Primeiramente, foi feita uma transcrição de todos os dados coletados (documentos e entrevistas). Dentre as diversas técnicas empregadas para análise das comunicações, conceituadas como análise de conteúdo, optou-se, neste estudo, pela técnica da análise temática, utilizando o tema como unidade de registro, pois o tema se refere a uma unidade maior em torno do qual tiramos a conclusão (MINAYO, 2001).

Por meio da análise temática, é possível selecionar o tema a respeito de determinado assunto, através de uma palavra ou frase dita pelos entrevistados, de modo a produzir a idéia principal sobre o assunto pesquisado (BARDIN, 1979).

Minayo (2004, p. 209) relata que “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *freqüência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] se encaminhando para a contagem de freqüência das unidades de significação definitórias do caráter do discurso”.

Numa primeira etapa, organizou-se o material a ser analisado por meio da pré-análise, definindo as unidades de registro, os trechos significativos e a forma de categorização. Segundo Minayo (2004) p. 209, “a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”.

Para isso, fez-se uma leitura geral denominada “flutuante”, revisando os objetivos, as hipóteses e o conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos analíticos. A leitura flutuante “consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. [...] A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial” (MINAYO, 2004, p. 209).

Ainda nesta fase de análise, foi feita a constituição do corpus, que consiste na organização do material para poder responder a algumas regras: exaustividade (todos os aspectos levantados no roteiro devem ser contemplados), representatividade (deve permitir a representação do universo pretendido), homogeneidade (deve obedecer a critérios precisos de escolha dos temas, técnicas e interlocutores), pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho) (MINAYO, 2004; BARDIN, 1979).

Posteriormente, foi feita a exploração do material propriamente dita, que consiste essencialmente na operação de codificação: recorte do texto em unidade de registro (tema), bem como a classificação e agregação dos dados de acordo com as categorias especificadas por temas (MINAYO, 2004).

Finalmente, interpretaram-se os resultados obtidos e foi percebido a necessidade de identificação das falas de acordo com a época que o entrevistado iniciou a sua participação na Rede UNIDA (Apêndice 2), pois,

em algumas categorias foram encontrados divergências significativas na percepções dos entrevistados participantes da Rede IDA e dos Projetos UNI.

Em razão da necessidade da citação nominal dos entrevistados, e devido a erros de transcrição, bem como à utilização, por parte dos entrevistados, da linguagem coloquial, característica da língua falada, todas as entrevistas foram revisadas por uma profissional da área de Letras, sem alterar o conteúdo das mesmas.

4.4.1 Categorias de Análise

A palavra *categoria*, em geral, refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são estabelecidas para obter classificações, podendo agrupar elementos, idéias ou expressões sobre um conceito que abrange todos esses aspectos (MINAYO, 2001).

Na análise temática, Bauer & Gaskel (2002) recomendam um procedimento de redução gradual do texto em duas ou três rodadas de séries de paráfrases. Primeiramente, os parágrafos foram parafraseados em sentenças sintéticas, e, posteriormente, em palavras-chave que determinaram as categorias utilizadas, por meio dos aspectos dos informantes considerados relevantes pela pesquisadora.

As categorias estabelecidas previamente ao trabalho de campo foram conceitos mais gerais e abstratos. Após a coleta dos dados, foram

reformuladas, passando a categorias mais específicas, para uma melhor classificação dos dados encontrados no trabalho de campo.

Foram construídas as seguintes categorias de análise para obter uma melhor sistematização das idéias desenvolvidas durante a pesquisa:

A) Rede IDA: abrange a criação da Rede IDA, a participação da Rede no Movimento da Reforma Sanitária, bem como as contribuições dadas por ela.

B) Projetos UNI: abrange a criação dos Projetos UNI e suas contribuições

C) Rede UNI-IDA: abrange as razões que levaram à união entre os projetos IDA e os projetos UNI, destacando o fortalecimento da Rede nas políticas públicas, a participação mais ativa da comunidade, e o término do financiamento dos projetos IDA. Também aborda como foi o processo de união entre estes projetos.

D) Rede UNIDA: abrange a atuação da Rede UNIDA nas Políticas Públicas de Saúde e Educação, o funcionamento da Rede e seus desafios para o futuro.

4.5 Aspectos Éticos

A privacidade dos dados pessoais dos entrevistados (endereço, telefone e e-mail) não apareceu em nenhum momento da pesquisa

ou publicação, como preconizam os Documentos Internacionais, a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o Código Penal Brasileiro. Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), obtendo parecer favorável nº 247/04 (Anexo 1).

Visando ao respeito à autonomia dos entrevistados, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Dessa forma, as entrevistas somente foram realizadas após a apresentação, pela pesquisadora, dos objetivos da pesquisa, e o consentimento livre do entrevistado em participar ou não da pesquisa. Em todos os casos, houve concordância, e o termo de consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

Todos os encontros foram previamente agendados, sendo definidos locais e horários possíveis tanto para a pesquisadora como para o entrevistado.

Os entrevistados que foram citados nominalmente durante o trabalho, realizaram a sua análise crítica da transcrição feita pelo pesquisador, e deram o seu consentimento por e-mail. Apenas dois entrevistados não analisaram as respectivas entrevistas, tendo sido, portanto, desconsideradas da análise deste trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG E O APOIO AO MOVIMENTO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Fundação W. K. Kellogg foi criada em 1930, por W. K. Kellogg, pioneiro na fabricação de cereais matinais. Durante toda a sua vida, o Sr. Kellogg doou \$ 66 milhões em ações da Companhia Kellogg e outros investimentos para o Fundo sob Curatela da Fundação, de onde ela obtém a sua renda (KELLOGG, 2002). A missão da Fundação W. K. Kellogg é: “Ajudar as pessoas a ajudarem a si mesmas através da aplicação prática de conhecimentos e de recursos para melhorar a qualidade de vida desta e de futuras gerações” (W. K. KELLOGG FOUNDATION, 2002, p. 24).

A Fundação Kellogg, na América Latina, apoiou o surgimento e o desenvolvimento de idéias que marcaram profundamente a educação dos profissionais de saúde na América Latina, atuando em três áreas estratégicas: saúde, educação e desenvolvimento rural. Uma das suas ações estratégicas era a formação de profissionais de saúde capazes de atender às necessidades da população, trabalhando em favor do direito à saúde, e a organização de serviços (TANCREDI; FEUERWERKER, 2001).

O objetivo geral da programação da Fundação W. K. Kellogg para o setor saúde é contribuir para a organização de um sistema de saúde comunitário mais coordenado, mais eficiente e eficaz, integrado e integral, acessível a todas as pessoas, e que responda a suas necessidades (KISIL & CHAVES, 1994).

O trabalho da W. K. Kellogg Foundation no Brasil ocorre desde a década de 40, quando iniciou trabalhos para além dos EUA, de forma progressiva. Primeiramente, iniciou suas atividades através de bolsas individuais para treinamento de pessoal de algumas instituições, pois havia uma necessidade de preparar uma massa crítica para algumas áreas, dando prioridade, inicialmente, às disciplinas básicas de formação médica (REDE IDA/BRASIL, 1987b). Com isso, um grande número de latino-americanos teve acesso à pós-graduação em Medicina, Odontologia, Enfermagem e Administração Hospitalar (TANCREDI, FEUERWERKER, 2001).

A Kellogg acredita que, para contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade ideal, temos que trabalhar para que as idéias inovadoras possam ter uma chance de germinar e influenciar sistemas, instituições, outros líderes, formuladores de política. Apoiamos a base, com a expectativa de que isso possa influenciar sistemas de uma forma geral (Kellogg-2).

Depois, a partir dos anos 50, a Fundação apóia o desenvolvimento de instituições, para que tivessem um mínimo de condições, de recursos, que permitissem a essas pessoas treinadas uma boa prática (REDE IDA/BRASIL, 1987b). Na década de 50, foram apoiados vários programas realizados nos países da América Latina, que objetivavam o fortalecimento das escolas de Saúde Pública, por meio do apoio a organizações e escolas da região, ou do apoio aos programas desenvolvidos pela OPS (CHAVES; KISIL, 1999).

Em 1954, a Organização Pan-Americana da Saúde, com o apoio da Fundação Kellogg, decidiram criar a posição de consultor de

odontologia para a América Latina, inicialmente na sua sede em Washington, D. C. sendo convidado o Dr. Mário M. Chaves para desenvolver esse trabalho.

De 1955 a 1963 fui o Consultor Regional de Odontologia da OPS para a América Latina. Visitei todos os países da América Latina, fazendo, em cada um, um documento de análise sobre a situação da saúde bucal, do ponto de vista da Educação, dos serviços odontológicos, da profissão organizada, e constatei a falta de faculdades para a formação de dentistas especializados em Saúde Pública bem como a existência de três faculdades consideradas de nível internacional, a Faculdade de São Paulo (USP), a do Chile e a do México, sendo os restante cursos informais. Esta situação fez com que eu recomendasse a criação de um curso de Saúde Pública para odontólogos na América Latina (Kellogg 1).

O Dr Mário M. Chaves foi um dos pioneiros na promoção da mudança na formação dos profissionais de saúde, como podemos constatar em várias entrevistas deste trabalho.

A proposta de trabalho em Rede teve uma influência importante do Dr. Mario Chaves, que participou do documento do Ministério da Educação, da Secretaria de Ensino Superior - SESU, sobre a proposta de Integração Docente-Assistencial – IDA, de 1980. O Dr. Mario Chaves acumulava conhecimentos sobre a idéia de Rede, e foi ele quem trouxe à discussão esse tema (IDA-5).

Mário M. Chaves formou-se em Odontologia e Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde se tornou livre docente. É doutor em Saúde Pública pela Universidade de Michigan. Sua atividade na área da Saúde Pública iniciou-se no antigo Serviço Especial de Saúde Pública, e, por mais de três décadas, dedicou-se ao trabalho internacional.

Em março de 1950, quando era Auxiliar de Ensino na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, fui entrevistado pelo Dr. Ben Horning, Diretor do Programa da Fundação Kellogg para a América Latina, pois pleiteava uma bolsa de estudos em Farmacologia, nos Estados

Unidos, a qual me foi concedida. Em setembro daquele ano, fui para a Universidade de Illinois, em Chicago. Ao final da minha bolsa e de regresso ao Brasil, voltei para a Faculdade de Odontologia, na Praia Vermelha, onde trabalhei de 1952 a 1954. Ao mesmo tempo, trabalhei no SESP – Serviço Especial de Saúde Pública (Kellogg 1).

Foi Diretor na Organização Mundial da Saúde (OMS), Diretor Associado da Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) e da Associação Latino-Americana de Faculdades de Odontologia (ALAFOD).

Em 1963 fui transferido para o cargo de "chief dental officer" na Organização Mundial da Saúde em Genebra, Suíça, onde fiquei até 1967, quando renunciei para voltar para o Brasil, pois não queria me expatriar. Nos primeiros quatro anos após minha volta, trabalhei com as associações latino-americanas de ensino odontológico e de ensino médico, Associação Latino Americana de Faculdades de Odontologia (ALAFOD) e Federação Pan-Americana de Associações de Escolas Médicas - FEPAFEM (Kellogg 1).

Foi consultor da Associação Brasileira de Educação Médica e membro da Comissão de Planejamento da Conferência Mundial de Educação Médica, contribuindo com o desenvolvimento da educação das profissões da Saúde nas Américas, já que foi um dos pioneiros a formular a concepção da Integração Docente-Assistencial no Brasil.

O curso, com bolsas de estudos oferecidas pela OPS e pela Fundação Kellogg, foi formando um núcleo de dentistas, de toda a América Latina, especializados em Saúde Pública. Colaborei nos primeiros cursos em São Paulo escrevendo inclusive o livro "Odontologia Social" que ainda é utilizado até os dias de hoje (Kellogg 1).

Foi Diretor de Programas para a América Latina e Consultor Sênior, sendo responsável por um decisivo apoio à implementação dos

projetos de Integração Docente-Assistencial no Brasil e da Rede IDA/Brasil, como também de projetos em outros países da América Latina.

Em 1972, a Fundação W.K.Kellogg convidou-me para ser o Diretor de Programas para a América Latina. Aceitei e trabalhei na Fundação de 1972 até 1985, quando me aposentei. De 1985 até 1996 trabalhei como consultor da Fundação (Kellogg 1).

Logo após a Conferência de Edimburgo, em 1988, participou de um grupo discutindo a implementação das recomendações refletidas na declaração de Edimburgo, sendo o coordenador do Projeto EMA, que consistiu num estudo sobre a Educação Médica nas Américas, e que foi levado para a Conferência Mundial sobre Educação Médica de Edimburgo, em 1988.

Esse projeto se concluiu com a publicação do livro “Educação Médica nas Américas: O desafio dos Anos 90” (CHAVES; ROSA, 1990), onde constam as discussões e conclusões dos seis temas da Conferência, as respostas dos países das Américas e o texto da Declaração de Edimburgo, que incorporou muitas contribuições da América Latina, pois não existiam diferenças significativas entre seus conteúdos (ALMEIDA, 1999).

Nos anos 70, na área de educação dos profissionais de Saúde, a Fundação Kellogg, em cooperação com a OPS, apoiou a criação de dois Centros Latino-Americanos de Tecnologia Educacional em Saúde (CLATES), sendo um na cidade do Rio de Janeiro e outro no México, os quais tiveram um papel importante no desenvolvimento de uma nova pedagogia para a formação desses profissionais (TANCREDI, FEUERWERKER, 2001).

Após a reunião de Alma Ata (1978), a Fundação apoiou vários projetos sobre a atenção primária na América Latina e a integração docente-assistencial, seja diretamente ou em colaboração com a OPS ou a FEPAFEM. Esses projetos constituíram um espaço de idéias para a criação de lideranças acadêmicas e dos serviços que tiveram papel importante na construção das mudanças na Saúde (KISIL; CHAVES, 1994).

A partir da década de 80, a Fundação começou a dar importância ao *network*, o trabalho em rede, num esforço coletivo para identificar as possíveis soluções e caminhos dos problemas (CHAVES; ROSA, 1990).

A idéia da Fundação Kellogg de colocar os projetos em Rede está por trás da essência da nossa filosofia de trabalho. Há cinco fatores fundamentais num trabalho em rede: 1) REFORÇO MÚTUO, 2) SENTIDO DE PERTENCIMENTO, 3) FORÇA DE PRESSÃO 4) INTERCÂMBIO DE SABERES, 5) EMERGÊNCIA DAS LIDERANÇAS. A *força de pressão* de um grupo é maior do que de um indivíduo isolado, tem mais visibilidade. *Intercâmbio de saberes* realmente constrói um conhecimento que é generalizável. Os projetos que apoiamos não são pré-formatados, afinal dizemos apenas a finalidade que deverá ser atingida, sendo, portanto, muito importante esse intercâmbio de saberes, para que se conheça a maneira como cada um vai desenvolvendo a sua idéia. O *reforço mútuo* existe quando há outras pessoas fazendo algo similar, o que, causando mais motivação, provoca o *sentido de pertencimento* (Kellogg-2).

Outra participação importante da Fundação foi o apoio ao documento, que deveria ser preparado pela FEPAFEM, sobre a posição das Américas em relação aos seis temas da Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo (1988), a qual foi organizada pela WFME. Foi escolhido um grupo para coordenar a síntese do documento, sendo o projeto designado

como “Educação Médica nas Américas” (EMA) e levado pela FEPAFEM à Conferência (CHAVES; ROSA,1990).

Em 1991, a Fundação Kellogg convidou as universidades da área da Saúde a participar dos Projetos UNI - *Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade* (FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG, 1991).

Assim, a Fundação contribuiu na formação de uma geração de profissionais competentes, que, posteriormente, tiveram um papel fundamental na criação e no desenvolvimento dos departamentos de Medicina Preventiva, Comunitária e Social, em escolas de Medicina, Enfermagem e Odontologia (CHAVES; KISIL, 1999).

5.2 REDE IDA: UM POUCO DE HISTÓRIA

A mudança na formação dos profissionais de saúde começa bem antes da criação da Rede, com movimentos em que se discutiam, principalmente, as questões relacionadas à atenção básica, e que pretendiam uma relação mais próxima entre o serviço e a universidade, buscando as adequações no processo de formação e na organização dos serviços de saúde, porque o modelo clássico de ensino não atendia às necessidades da população (CHAVES; KISIL, 1999).

Havia muitos projetos que tinham o mesmo objetivo, citado no parágrafo a cima, e que, além da atenção materno-infantil, também continham

práticas de integração docente-assistencial (IDA). Muitas dessas iniciativas contavam com apoio e incentivo de organismos internacionais, como a OPS e a Fundação Kellogg, que promoviam reuniões onde se geravam as conexões entre esses projetos (TANCREDI; FEUERWERKER, 2001).

Aproveitávamos as reuniões desses organismos internacionais para propiciar uma troca, porque, naquele período, poucas instituições tentavam provocar essa modificação. E quando nos juntávamos, propiciando a troca, percebíamos trabalhos semelhantes, com dificuldades semelhantes, e isso provocava uma certa força e também a possibilidade de absorver informações (IDA 3).

Com a criação do PESES (Programa de Estudos Sócio-Econômicos e Sociais), ocorre uma aglutinação de vários professores de universidades, formando um grupo com um novo pensamento de ensino médico, o qual debate questões de integração docente-assistencial e necessidades de mudanças na formação médica.

Esse novo pensamento era contra o pensamento hegemônico da época, que insistia em manter seus alunos em Centros de Saúde Escola, alegando que os Serviços Públicos de Saúde ofereciam condições precárias para a formação dos mesmos. Essa nova ordem não concordava em manter os acadêmicos apenas dentro das instituições de ensino e preconizava a vivência do atendimento fora da universidade, experienciando uma prática mais real ao que iria encontrar após a sua formação. Deveria haver, desta forma, uma mudança na organização dos serviços, para favorecer não apenas a formação dos estudantes, mas também para atender as necessidades de saúde da população local, como podemos observar na fala abaixo:

O pensamento hegemônico determinava que não se ia com os estudantes para os cenários de ensino fora das universidades, porque se alegava que eles não ofereciam condições para o estudante aprender, como se tivéssemos que criar um serviço ideal para os estudantes aprenderem. Portanto, o pensamento que nós defendíamos era a reorganização desse serviço, de acordo com as demandas e necessidades de saúde da população, e não somente em função do ensino, como se fosse apenas um cenário para realização da experiência de ir, ver, vivenciar, sem estar vinculado à cadeia pedagógica do processo de aprender (IDA-2).

Esse novo pensamento vai ao encontro do postulado de Feuerwerker; Sena (1999, p. 51): “ir aos serviços de saúde ou à comunidade com os estudantes com uma agenda definida unilateralmente pelo professor é completamente diferente de ir a esses mesmo lugares com uma agenda construída em conjunto, que leve em conta não somente as necessidades de ensino-aprendizagem, mas também os problemas identificados pelos serviços e pela comunidade”

Assim, de 20 a 24 de maio de 1985, ocorreu, no Rio de Janeiro, a *Reunión de programación del Proyecto Regional de Apoyo al Desarrollo de la Salud Materno-Infantil*, com o patrocínio da OPS e da Fundação Kellogg, para discutir a atenção primária na América Latina. Foram convocados os projetos ou as iniciativas relacionadas ao tema, de toda a América Latina, e que tinham financiamento via OPS/Kellogg. A reunião oportunizou o encontro de representantes dos projetos brasileiros (REDE IDA/BRASIL, 1987b).

Um dos objetivos dessa reunião foi o intercâmbio de informações entre os participantes. Os projetos brasileiros PTAC - Belo Horizonte, PROAHSA – São Paulo, PIDAS – Niterói, PAPS – Fortaleza, PACI –

Juiz de Fora, PMI - Rio de Janeiro, SSP – Belém e PAPS – Campos decidiram pela estruturação de uma rede de projetos brasileiros, indicando o Programa Transetorial de Ação Comunitária (UFMG – Belo Horizonte) como o responsável por organizar uma reunião nacional específica para tais projetos (REDE IDA/BRASIL, 1987b).

As falas dos informantes da pesquisa que, naquela época, participavam dos projetos IDA, evidenciam como a principal finalidade em se criar uma rede entre eles: a necessidade de integração entre aqueles projetos, para propiciar uma troca das experiências e assim se fortalecerem, uma vez que, na ocasião, era pequena a quantidade de profissionais e instituições de ensino que buscavam essa modificação na reorganização do serviço para o efetivo cumprimento das metas: propiciar aos estudantes dos cursos da área de saúde o convívio com as realidades que enfrentariam após se formarem e, ao mesmo tempo, oferecer serviços adequados às necessidades da comunidade.

Essas reuniões eram pautadas em cima dos interesses de quem estava a promovendo, e ficava difícil aprofundar questões específicas. Havia um interesse para organizarmos uma forma de trabalhar para que pudéssemos pautar as reuniões em função dos nossos interesses, e percebemos que essa discussão estava muito próxima da filosofia de trabalho em rede, que era um conceito muito discutido e veiculado por vários outros organismos (IDA-3).

Durante essa reunião no Rio de Janeiro, foi associada a idéia da estratégia de rede a necessidade de ampliação do contato e da cooperação que se estabeleciam entre esses projetos, definindo-se uma outra reunião em Belo Horizonte. O objetivo essencial da Rede era promover o

intercâmbio de experiências entre seus membros, a avaliação das atividades desenvolvidas pelos projetos, e, dessa forma, propiciar a aproximação de universidades e sistemas de saúde (REDE IDA/BRASIL, 1987a).

A preocupação em se criar a Rede baseava-se na necessidade de um espaço para as trocas de experiências e de avaliação desses projetos, porque, como cada projeto trabalhava isoladamente, a compreensão do que deveria ser feito era muito diversa. Embora fossem esperadas diferenças, porque cada projeto vivia uma realidade, era importante ter um rumo, um caminho que propiciasse, de fato, uma mudança de prática (IDA-6).

A Rede de Projetos de Integração Docente-Assistencial/Brasil (Rede IDA/Brasil) foi efetivamente implantada a partir de agosto de 1985, com a *I Reunião de Coordenadores de Projetos IDA*, financiada pela Fundação Kellogg e realizada em Belo Horizonte, na Faculdade de Medicina da UFMG, onde se reuniram participantes dos projetos de atenção comunitária e de atenção materno-infantil interessados em desenvolver a idéia de trabalho em rede (REDE IDA/BRASIL, 1987a).

Nessa reunião, foi aprovada uma proposta que definiu o trabalho em rede como uma atividade colaborativa, de comunicação, evidenciando a necessidade de estímulos à participação e também redirecionou o foco de trabalho dos projetos presentes naquela reunião. A ênfase, como se pode observar no depoimento abaixo, passou a ser dada ao ensino, à troca estabelecida entre o serviço prestado e a aprendizagem acadêmica. Assim, consolidaram-se as linhas gerais do trabalho em rede, lembrando, já nessa época, que a rede não seria um organismo burocrático, não haveria filiações formais, e permitiria a formulação de um debate crítico e a

troca de informações entre as instituições participantes (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº1, 1988).

Nessa reunião em Belo-Horizonte, decidimos constituir uma rede e discutimos como iríamos implementar a estratégia de rede. Percebemos que o trabalho em rede era uma idéia potente, era um dispositivo que aumentava nossa capacidade, e, ao invés de trabalharmos com a atenção primária ou a questão materno-infantil, decidimos que, naquele momento, o mais importante era a integração ensino-serviço, e por isso a rede denominou-se IDA (IDA-2).

Também se decidiu que a coordenação do processo de criação da rede seria responsabilidade de um Secretariado Executivo, sendo o primeiro Secretariado escolhido para os anos de 1985 a 1987: Edison José Corrêa, Roseni Rosângela de Sena e Victor Hugo de Melo, com sede inicialmente em Belo Horizonte – MG, junto ao PTAC/UFMG, cuja infra-estrutura administrativa foi utilizada (REDE IDA/BRASIL, 1987b).

Esse Secretariado Executivo deveria ser substituído a cada dois anos, possibilitando a participação dos vários projetos ou grupos de projetos de uma mesma região, bem como a incorporação de novos projetos identificados com os objetivos dos participantes da época, mesmo que aqueles não tivessem recursos financeiros para o seu financiamento (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº1, 1988).

Outro aspecto importante debatido naquela reunião de Belo Horizonte era que a Rede deveria estar aberta para a entrada de novos projetos, não necessariamente vinculados à Fundação Kellogg, tentando atingir a divulgação do trabalho da Rede pelos seus boletins informativos com periodicidade trimestral (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº4,

1987). Evidencia-se, pela literatura, que o ingresso de projetos de integração docente-assistencial não se pautaria pela fonte de fomento.

Embora o pensamento fosse de integração de projetos, financiados ou não pela Fundação Kellogg, num primeiro momento, o critério de participação desta fundação nos projetos prevaleceu para sua associação na Rede IDA. A técnica da história de vida, sinalizada por Mota (1995, p.3) e referida neste trabalho na seção 4.1, traz em cena as ações dos atores sociais, que elaboram os projetos e os põem em prática de acordo com suas concepções e vivências. É o que se pode observar nos comentários feitos pelos informantes quando relatam o processo de criação da Rede e apontam para uma participação restrita aos projetos docente-assistenciais financiados pela Fundação Kellogg.

Naquele momento, a idéia era fazer uma rede dos projetos que estavam ligados à Fundação Kellogg (IDA-1).

Naquele momento de criação, participaram projetos financiados pela Kellogg, isto é, um número mais ou menos restrito de programas e de pessoas (IDA-6).

Imagino que a Rede IDA foi criada para que houvesse um espaço sistemático de troca entre os projetos docente-assistenciais que tinham financiamento da Kellogg, os quais necessitavam de uma forma organizada de aproximação (IDA-8).

O I Encontro Nacional da Rede de Projetos IDA/Brasil teve como sede a cidade de Ouro Preto – MG, no período de 14 a 18 de abril de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no mês de março daquele mesmo ano em Brasília (REDE IDA/BRASIL, 1987a).

Esse encontro foi palco para exposições, discussões e elaboração de relatórios de grupo sobre temas levantados, os quais se relacionavam às proposições e discussões não apenas dos projetos, mas também das instituições de saúde, tanto formadoras quanto prestadoras de serviços. Dentre os temas, foram discutidos: 1) Desenvolvimento Integrado, 2) Modelo Assistencial, 3) Formação de Recursos Humanos em Saúde, 4) Atenção à Saúde Materno-Infantil, 5) Rede de Projetos (REDE IDA/BRASIL, 1987a).

Também foi feita uma sessão de lançamento do Catálogo de Projetos da Rede IDA/Brasil (Anexo 3), em que constava a identificação da capacidade de contribuição dentro dos projetos, pois continha as informações, de cada projeto, sobre os avanços na capacitação de recursos humanos, nos cursos de graduação, nas organizações de serviços e na participação comunitária (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº1, 1988).

O levantamento dos Projetos IDA, no Brasil, sob a forma de catálogo, foi feito com o objetivo de contribuir para a troca e a discussão entre os projetos, de forma que todos soubessem a qual projeto recorrer, visitar ou consultar sobre determinado assunto, viabilizando a integração e a colaboração entre eles (REDE IDA/BRASIL, 1987 a).

O II Encontro Nacional de Coordenadores de Projetos da Rede IDA/Brasil ocorreu em Belo Horizonte-MG, de 06 a 08 de maio de 1987, e teve como principal finalidade avaliar o trabalho que estava sendo desenvolvido pela Rede IDA/Brasil, bem como discutir, no âmbito nacional, as perspectivas para a

mesma, procurando uma integração às políticas de saúde e também a relação interprojetos, sendo constituídos grupos de trabalho ou grupos de referência (REDE IDA/BRASIL, 1987b).

Os grupos de referência, cuja leitura dos relatórios das atividades desenvolvidas para a implantação foi feita pelos respectivos representantes, objetivavam identificar projetos com maiores experiências em determinadas áreas, os quais poderiam atuar como referência para outros projetos. Foram determinadas as seguintes áreas: ações básicas em saúde materno-infantil, gerenciamento das ações de saúde, saúde escolar, epidemiologia perinatal, saúde ocupacional, atendimento integral ao adolescente, capacitação de recursos humanos na área da saúde, atendimento global de saúde e um sistema regionalizado e hierarquizado, e apoio gerencial ao desenvolvimento de serviço de saúde (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, n°4, 1987).

Imaginamos que, para implementar o modelo assistencial e o modelo de ensino-aprendizagem, existiam temas transversais e temas verticais que precisavam ser aprofundados. Os temas transversais eram a capacitação de recursos humanos e a organização dos sistemas locais de saúde, para que enfocassem o modelo de atenção. Quanto aos temas verticais, estes se baseavam no aprofundamento da questão da atenção ao adolescente, à criança, à mulher. Com isso pretendia-se identificar as áreas que trabalhavam com determinado assunto, para que pudessem subsidiar as outras áreas que não tinham tido esse tipo de experiência (IDA-3).

Também, foi muito discutida a necessidade de mudanças no Setor Educação, que deveria acompanhar as mudanças propostas para o Setor Saúde, feitas no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, afinal era necessário estipular um novo perfil do profissional de saúde, adequado ao novo

mercado de trabalho, que atendesse às necessidades tanto dos acadêmicos, no que se refere ao ensino contextualizado, quanto das comunidades, com atendimento direcionado para suas necessidades (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº4, 1987).

O II Encontro Nacional de Coordenadores de Projetos ficou caracterizado como sendo uma reunião nacional, com caráter político, para discutir a Reforma Sanitária, e para a qual seriam chamadas todas as pessoas que estavam envolvidas, inclusive as que estivessem fora dos projetos, mas que tivessem algum espaço de liderança, ou participação em projetos de integração docente-assistencial (IDA-3).

Nessa ocasião, foi escolhido o segundo Secretariado para o período de agosto de 1987 a agosto de 1989, localizado no Rio de Janeiro - UERJ/ UFF/UFRJ. Foram eleitas, ainda, cinco pessoas de várias instituições que formaram um colegiado com a função de gerenciar a Rede: João José Neves Marins, representando a Universidade Federal Fluminense (UFF), Gilson Catarino O'Dwyer, que era o Secretário Executivo do Projeto Niterói, Dulce Helena Chiaverini, a Pró-Reitora de Extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Volney de Magalhães Câmara, um dos coordenadores do projeto da UFRJ, e Maria Helena Ruzany, a coordenadora do projeto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº4, 1987).

O III Encontro de Coordenadores de Projetos da Rede IDA/Brasil ocorreu entre os dias 10 a 15 de abril de 1988, em Friburgo, no Rio de Janeiro com o tema: Gerenciamento das Ações de Saúde. O objetivo desse encontro foi promover o intercâmbio de experiências entre os profissionais que atuavam na coordenação de ações de saúde e estabelecer prioridades para o

desenvolvimento do trabalho em rede (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, n°2, 1988).

O *I Congresso Nacional da Rede IDA e o I Encontro de Coordenadores de Sub-Redes* ocorreu entre os dias 06 e 09 de outubro de 1989, no campus da UERJ/RJ, e foi organizado pelo segundo Secretariado Executivo. Um dos objetivos desse Congresso foi, além de promover uma maior integração entre os projetos, propiciando trocas de informações e vivências específicas entre eles, estabelecer uma nova forma de inserção das propostas docente-assistenciais frente à nova Constituição, de 1988 (REDE IDA/BRASIL, 1989).

Assim, foram discutidas, dentre os temas, as formas de organização dos serviços, na perspectiva do SUS, bem como a formação de recursos humanos para propiciar uma real construção do SUS (REDE IDA/Brasil, 1989).

Nesse Congresso, a secretaria executiva assumida foi a Escola Paulista de Medicina (BOLETIM INFORMATIVO: Rede IDA/BRASIL, n°7, 1991), sendo assim composto o Terceiro Secretariado Executivo - São Paulo/Escola Paulista de Medicina (1990 a 1993): Rosana Fiorini Puccini, Samuel Goihman, Maria Rosa Logiodice Cardoso e Douglas Antonio Rodrigues.

Nessa época, tentou-se implementar um trabalho que ficou conhecido como sub-redes, que tiveram como base os Grupos de Trabalhos já existentes. As Sub-Redes eram: a) Sub-Rede Saúde da Criança; b) Sub-Rede

Saúde do Adolescente; c) Sub-Rede Perinatologia; d) Sub-Rede Saúde Oral; e) Sub-Redes Sistema de Informação; f) Sub-Rede Participação Popular; g) Sub-Rede Assistência Farmacêutica; h) Sub-Rede Saúde do Trabalhador; i) Sub-Rede SILOS; j) Sub-Rede de Apoio de Epidemiologia; k) Sub-Rede de Apoio CEDOC; l) Sub-Rede de Apoio de Divulgação e Disseminação de Material; m) Sub-Rede de Apoio em Gerência; n) Sub-Rede de Apoio em Avaliação (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº 8, ano VI).

O III e IV Encontro dos Coordenadores de Sub-Redes ocorreu no dia 22 de fevereiro de 1991, e em setembro de 1991 respectivamente, em São Paulo, onde optou-se por encontros regionais de Sub-Redes (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº7, ano VI).

Foram estabelecidas representações regionais junto ao Secretariado Executivo, compostas de acordo com os projetos existentes, isto é: REGIÃO A - Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco; REGIÃO B - Minas Gerais e Rio de Janeiro; REGIÃO C - São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso do Sul. Dessa forma, foi possível uma maior proximidade entre a Secretaria e os projetos, bem como uma maior integração entre os projetos de uma mesma região, afinal, cada região tinha seu representante, que era um facilitador da operacionalização do trabalho em rede (Rede IDA/BRASIL, 1987b).

O *VI Encontro Nacional de Coordenadores de Projetos da Rede IDA/Brasil* ocorreu nos dias 28 e 29 de novembro de 1991 em São Paulo. Teve como principais objetivos discutir questões relevantes dentro do atual

contexto do Sistema Nacional de Saúde e estabelecer estratégias para os Projetos IDA, que pudessem apontar para uma atuação que contribua efetivamente na consolidação do SUS (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº9, ano VII, 1992).

5.3 REDE IDA: Participação na Reforma Sanitária e Contribuições

Personagens fundamentais do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira participaram dos projetos IDA e da articulação dos mesmos em rede, rompendo, dessa forma, o isolamento de projetos que estavam esparsos no cenário nacional (FEUERWERKER; COSTA; BARBOSA; KHALIL, 2000). Nesse momento, diferentes projetos que compartilhavam das mesmas idéias gerais uniram-se para discutir e procurar soluções para os problemas que lhes eram comuns.

Em sua grande maioria, as pessoas da Rede faziam parte do movimento da Reforma Sanitária, e estavam nas suas instituições, nas suas entidades, nas associações, defendendo as mesmas questões gerais. Os atores estão, nos seus lugares, defendendo idéias em diferentes movimentos. Eles mudam de lugar, mas não perdem a força de serem agentes de mudança (IDA-2).

A VIII Conferência Nacional de Saúde não contou com uma participação “real” da Rede IDA, porém, muitas pessoas que participavam da Rede naquela época, vinham do movimento de saúde comunitária, do movimento de atenção primária, trazendo um ideário que se traduziu na Reforma Sanitária, e, depois, na criação de uma área específica para a saúde na Constituinte.

Como se pode perceber, a saúde era um tema que se estava transformando numa bandeira democrática, e contou com a participação de atores importantes no movimento da Reforma Sanitária, que tomaram a responsabilidade de traduzir sua política, do ponto de vista da formação de profissionais de saúde, particularmente no âmbito da graduação, para definir o foco da Rede IDA.

Na *IX Conferência Nacional de Saúde*, realizada entre os dias 09 a 14 de agosto de 1992, em Brasília, a Rede teve destaque maior: preparou o documento “Contribuição das Universidades Públicas do Rio de Janeiro aos debates da IX Conferência de Saúde”, que foi elaborado pela UFF, UNIRIO, UERJ e UFRJ, publicado na Revista CEBES e distribuído na Conferência (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº10, ano VII, 1992).

Através de vários encontros com os membros da Rede IDA e dos Projetos UNI, se discutiu muito o caráter da Rede, bem como a idéia de que, ao invés de ela priorizar a relação entre universidade e serviços, ela deveria reforçar a formação acadêmica, ou seja, centrar sua discussão na formação das futuras gerações dos profissionais da área de saúde (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, ano XI, nº19, mar. 1996).

Na *X Conferência Nacional de Saúde*, realizada em setembro de 1996, a Rede preparou, em parceria com o CEBES, um número especial da *Divulgação em Saúde para Debate*, mostrando as contribuições da Rede UNIDA para essa conferência, as quais se basearam em oficinas feitas anteriormente, onde vários membros da Rede desempenharam papéis de

relatores, consultores, palestrantes (BOLETIM INFORMATIVO: Rede IDA/BRASIL, ano XI, nº19, mar. 1996).

A partir daí, foi dada uma maior ênfase às ações referentes aos programas desenvolvidos pela Rede e seus membros passaram a divulgar as políticas construídas através de oficinas de trabalho.

Do ponto de vista do fortalecimento do pensamento e das propostas para o sistema de saúde, esses projetos tiveram impacto, pois serviram de ensaio geral para muitos profissionais das universidades que lutaram para a construção do SUS (MARSIGLIA, 1995).

Os projetos IDA contribuíram para uma aproximação inicial entre os segmentos das universidades e serviços de saúde. Houve um impacto importante no fortalecimento das propostas e pensamentos para o sistema de saúde, servindo como um ensaio geral para muitos profissionais das universidades que terminou se deslocando para o cenário de construção real do SUS (FEUERWERKER; COSTA; BARBOSA; KHALIL, 2000).

De acordo com a fala abaixo, podemos perceber que muitos dos Projetos IDA conseguiram atingir o objetivo de aproximação entre serviço e universidade dando um importante passo para a mudança na formação dos profissionais de saúde de acordo com as necessidades da população.

Na fase inicial, existiam os projetos vitrine, em que a faculdade fazia o seu projeto com um pedacinho minúsculo da comunidade. A concepção que se promovia era a de cada um trabalhar na área de sua responsabilidade, mas interagindo. Então, o modelo de serviço tinha essa filosofia que agora é encontrada no SUS, ou seja, sistema de referência e contra-

referência, caracterização dos hospitais entre secundário e terciário, o uso de pessoal auxiliar, cobertura de uma população definida. Acho que, na maioria dos projetos de integração docente-assistencial, a filosofia da Saúde Pública conseguiu ser executada, não somente pela faculdade mas pelo serviço (Kellogg-1).

Para Tancredi; Feuerwerker (2001), os projetos IDA consistiram num espaço de gestação de idéias fundamentais para a construção das mudanças em saúde, e possibilitaram o desenvolvimento de lideranças acadêmicas e dos serviços.

Grande parte da construção do SUS foi concebida em projetos IDA, resultando nos líderes de 70, os quais foram experimentando a atenção primária em saúde, tendo a oportunidade de aprender como era a atenção primária em saúde, saúde comunitária, de forma que, quando essas pessoas, na década de 80, já eram formuladores, tinham influência, sendo possível conceber um sistema único de saúde para esse país (Kellogg-2).

Também, a Rede IDA reanimou o debate sobre a formação profissional, que estava ainda focada no ensino médico, propondo a inclusão, nesse mesmo debate, das outras profissões de saúde, com seus respectivos processos de formação e ensino-aprendizagem trazendo, segundo o informante abaixo, o pensamento de mudança, com o acadêmico atuando fora da faculdade, para a prática contextualizada, articulada entre estudantes e profissionais dos serviços de saúde.

Como toda rede, ela é muito interessante, pois junta os diferentes, e as profissões da área da saúde, talvez pela própria característica de seu trabalho, têm uma tradição de se juntar. Juntaram-se profissionais de várias profissões, juntaram-se projetos de serviços com projetos da academia, e cada um trouxe a sua pedagogia para a Rede (IDA-4).

Portanto, um aspecto importante desses projetos de integração docente-assistencial foi juntar pessoas, tanto dos serviços quanto das universidades, que, naquele momento, pensavam diferentemente da maioria dos profissionais dos serviços e das universidades, promovendo uma aglutinação de profissionais dos serviços de saúde e de professores de diversas universidades com idéias que visavam promover ensino fora dos âmbitos das faculdades e das escolas.

A integração docente-assistencial foi, ao seu tempo, muito importante, na medida em que motivou pensamentos de mudanças na formação dos profissionais e na reorganização dos serviços. Era um dispositivo para discutir questões e dificuldades, como levar os alunos para fora da faculdade para realizar uma prática contextualizada, articulada com os profissionais e com a comunidade (IDA-2).

Nesse conjunto de projetos IDA, distribuídos pela América Latina, puderam-se encontrar os embriões da Proposta UNI, pois os princípios que embasaram o UNI são um desenvolvimento feito a partir da experiência adquirida com os projetos IDA (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, ano X, nº15, mar. 1995). Os participantes dos projetos UNI reconhecem a importância da Rede IDA e sua efetiva colaboração com suas experiências, ponto de partida dos projetos UNI.

Durante um momento inicial, em que se começou a organizar os serviços, os projetos IDA foram um processo de experimentação, foram embriões de muita coisa que veio a acontecer depois. A análise dessas experiências de integração docente-assistencial mostrou claramente que, para produzir mudanças tanto no processo de formação como na participação social e na organização dos serviços de saúde, era importante que os três atores estivessem juntos, o que foi proposto, posteriormente, pelo UNI (UNI-4).

Os projetos IDA vivenciaram o modelo assistencial tradicional, redefinindo sua prática, mediante diagnóstico dos problemas de cada local. Dessa forma, os profissionais dos projetos IDA passaram a ser os interlocutores entre o serviço e a universidade, assumindo assim, um papel politicamente transformador, estreitando seus compromissos com a sociedade e o serviço (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº2, 1988).

Os projetos docente-assistenciais foram importantes porque criaram a idéia de uma experiência de mão dupla, afinal os serviços não poderiam ser usados só para pesquisa ou estágio de alunos. Os serviços se ressentiam muito essa relação, pois eles queriam que a própria universidade pudesse prepará-los para continuar a sua formação. Então, abriram-se, em alguns departamentos da universidade, cursos e estágios (IDA-5).

A articulação entre os projetos foi importante, porque conhecíamos os “nós” de cada instituição - de ensino e do próprio serviço. Hoje, nenhuma instituição de ensino da área da saúde deixa de ter uma integração e uma atuação junto ao serviço de saúde, e acho que isso pode ser medido como um resultado de todo esse processo, que começou na década de 70 (IDA-6).

Porém, nos projetos IDA, o impacto sobre o processo de formação foi limitado. As experiências, muitas vezes, ficaram isoladas nos departamentos de origem, ocorrendo um certo desgaste de alguns projetos IDA e, conseqüentemente, da Rede em que eles estavam articulados. Embora se tivesse considerado a consolidação entre: acadêmico, serviços de saúde e população, as universidades não se preocuparam com os reais interesses e necessidades dos serviços e da população. Os serviços eram considerados mais como locais de práticas do que parceiros, e assim, reproduzia práticas dos cenários tradicionais (FEUERWERKER, 2002a), voltando ao sistema antes realizado.

No início da década de 80, já havia 34 experiências de Integração Docente-Assistencial na América Latina, sendo 29 delas estudadas pelo Dr. Marcos Kisil, consultor da Fundação W. K. Kellogg naquela época. Esse estudo concluiu que as experiências apresentavam três debilidades: 1) ausência de participação da comunidade; 2) segmentação por faculdade, profissão ou departamento; 3) limitada oferta de alterações profundas na estrutura curricular das faculdades (MARSIGLIA, 1985). Enfim, os projetos IDA deixavam áreas importantes de atuação sem participação, como era o caso das comunidades, e ainda não conseguia envolver as instituições de ensino como um todo. Esse cenário foi propício para o surgimento de um novo grupo de projetos que pudesse re-estabelecer uma ligação com a comunidade e abarcar integralmente as instituições de ensino na área de saúde.

Muitas experiências de integração docente-assistencial foram localizadas em departamentos, sendo dependentes da militância das pessoas, e mesmo que as experiências fossem interessantes, tinham baixa capacidade de influenciar o restante (UNI-4).

A Fundação Kellogg, naquela época, avaliava que os projetos IDA não envolviam a instituição de ensino como um todo, e que neles não havia uma participação efetiva da comunidade, resolvendo dar início a um novo grupo de projetos: os projetos UNI (IDA-6).

A proposta UNI começou a ser difundida, após muitas reflexões sobre os limites das experiências anteriores – os Projetos IDA, buscando a superação de alguns aspectos críticos presentes nesses projetos: segmentação por profissão, faculdade e departamento e a ausência de participação da comunidade (COSTA; KALIL; SADER, 1999).

5.4 OS PROJETOS UNI E SUAS CONTRIBUIÇÕES

Nos últimos anos da década de 80, a Fundação Kellogg apoiou estudos que buscavam identificar prioridades na formação de recursos humanos na saúde, para a década de 90. Assim, no final da década de 80, a Fundação Kellogg resolveu iniciar um novo programa, aberto para toda a América Latina, dando continuidade aos projetos IDA, e objetivando proporcionar maior integração e articulação entre o ensino em saúde, os serviços de saúde e a comunidade. Essa nova proposta recebeu o nome de UNI - “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: união com a comunidade” (KISIL; CHAVES, 1994).

Em 90, ocorre toda uma construção dos controles sociais na América Latina. No Brasil, com o SUS, existe todo o processo de redemocratização. As comunidades passam a participar do processo de construção para melhorar o sistema de saúde, para a construção de um ensino melhor. Assim, a Kellogg determinou que não era mais IDA, mas que agora seria UNI, o que não deixa de ser um desenvolvimento de uma idéia anterior. Os projetos UNI só nasceram porque a Kellogg trouxe a idéia desse trabalho tripartite. Nós criamos uma concepção e lançamos no mercado. (Kellogg-2).

Portanto, a Fundação Kellogg sentiu que poderia ter mais influência no campo da articulação de instituições e atores para a mudança na formação dos profissionais, pois percebeu que precisava promover uma iniciativa na qual os projetos fossem dispositivos de transformação. Ela decidiu por uma iniciativa de projetos que compartilhavam idéias a serem desenvolvidas para a construção de novas práticas transformadoras da formação dos profissionais, que passavam a incorporar também a comunidade, nos esforços de colaboração entre as instituições educacionais e os serviços

de saúde. A proposta do UNI nasce, então, como um avanço, uma evolução dessas questões que estavam acontecendo (CHAVES; FEUERWERKER;.TANCREDI, 1999).

Os projetos UNI foram uma nova visão de mudança que a Kellogg desenvolveu, considerando importante a institucionalização dos processos de mudanças que eles propiciassem (UNI-2).

A Fundação Kellogg, juntamente com a OPS, desenvolveu a idéia dos projetos UNI, passando a apoiá-los, em paralelo com os projetos IDA. No começo, pensamos na sigla “uma nova iniciativa na educação das profissões de saúde”, mas esse nome era longo, assim como a sua sigla UNIEPS. Para simplificar, passamos a chamar os projetos de “projetos UNI”, caracterizando bem a idéia de "uma nova iniciativa" (Kellogg-1).

As idéias iniciais para a preparação do programa, que versava sobre a formação contextualizada e o maior envolvimento da comunidade e das instituições de ensino, foram discutidas na Fundação Kellogg, em meados de 90, e aprofundadas em uma reunião de consultores da Fundação, em Atibaia-SP, em dezembro do mesmo ano (CHAVES; KISIL, 1999).

A questão que estava sendo discutida, naquela época, era a de formar profissionais que pudessem atender às reais necessidades de saúde do conjunto da população, por meio de um processo de formação contextualizado, que garantisse a responsabilidade social e compromisso da universidade com a organização da atenção à saúde (UNI-1).

Em 1990, a Fundação Kellogg deu início ao Programa UNI, e as candidaturas ao programa foram feitas por meio de cartas de intenções, que demonstrassem o interesse das instituições em aceitar os desafios propostos para promover as mudanças pretendidas. As cartas deveriam conter o planejamento e a execução dos projetos, dentro de um prazo de três a quatro anos, atendendo aos requisitos propostos (Anexo 4). Também deveriam conter

as dificuldades esperadas, as formas de enfrentamento das mesmas, bem como a estratégia para manter o projeto após o término do financiamento (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991).

O programa foi anunciado no início de 1991, e 15 cartas de intenção foram selecionadas dentre as 140 recebidas. No Brasil, foram selecionadas, inicialmente, quatro instituições, nas cidades de Botucatu, Brasília, Londrina e Marília. As instituições escolhidas foram convidadas para uma série de seminários, que se realizaram anteriormente à execução dos projetos.

Em janeiro de 1991, iniciou-se a primeira fase, chamada de *Desenvolvimento de Modelos e de Liderança*, com três seminários, onde as instituições escolhidas deveriam discutir as várias dimensões dos Projetos UNI. Ao término dessa fase, em julho de 1992, foram selecionadas as instituições que iriam receber o financiamento (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991).

A segunda fase foi de *Implementação dos Projetos*, e a terceira, de *Acompanhamento e Avaliação dos Projetos, Disseminação dos Resultados*. Assim, os projetos aprovados deveriam se articular em rede, para facilitar o intercâmbio entre os mesmos (FUNDAÇÃO KELLOGG, 1991).

Os projetos UNI começam a funcionar, efetivamente, com recursos transferidos pela Kellogg, em outubro de 1992. Nos anos seguintes, mais oito projetos foram aprovados pela Fundação Kellogg, resultando num total de vinte e três projetos UNI (Anexo 5). Esses projetos estavam dispersos em onze países da América Latina, dentre os quais estava o Brasil, com seis

projetos: Botucatu, Brasília, Londrina, Marília, Natal e Salvador. Portanto, a implantação dos projetos UNI aconteceu em dois momentos: o primeiro grupo de projetos, aprovados em 1991, representados pelos do Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Brasília, Botucatu, Marília e Londrina), e o segundo grupo, também chamados de UNI 2, que eram os do Nordeste (Salvador e Natal) .

Já nos primeiros anos de funcionamento dos projetos UNI, houve uma aproximação entre os mesmos, para estabelecer um intercâmbio de suas experiências e a realização de algumas atividades conjuntas. A percepção de que a sustentabilidade dos projetos seria garantida por meio de intervenção num cenário mais amplo, construindo ambientes mais favoráveis para o desenvolvimento desses projetos inovadores, foi naturalmente evidenciada e comprovada pelos resultados das discussões e dos encontros realizados (FEUERWERKER; COSTA; BARBOSA; KHALIL, 2000).

Um dos principais objetivos dos projetos UNI foi o aprimoramento do ensino de graduação dos profissionais de saúde, principalmente das Faculdades de Medicina, a fim de formar recursos humanos que viessem a fortalecer os serviços de saúde e, conseqüentemente, melhorar o nível da saúde e a qualidade de vida da comunidade. Mas, quais inovações trouxeram os projetos UNI, no terreno acadêmico?

Os modelos de serviço e os modelos pedagógicos deveriam ter como denominador comum a base epidemiológica, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino/aprendizagem em serviço. Em relação à metodologia de ensino, considerou-se importante contemplar três

aspectos: a diversificação dos locais de ensino/aprendizagem, as metodologias ativas e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996, p. 26-7).

Caberia à universidade, em conjunto com os serviços e a comunidade, construir programas de educação permanente e manter os profissionais atualizados, com o objetivo de preservar a qualidade dos serviços e a qualificação desses profissionais para o exercício das atribuições docentes que lhes fossem delegadas. Não se trataria de apenas encaminhar os estudantes para os serviços básicos de saúde ou para atividades na comunidade, mas de incorporar o trabalho que neles se desenvolve aos objetivos e estratégias educacionais das escolas (FEUERWERKER, 2000a).

Os projetos UNI transformaram-se em projetos de desenvolvimento social, pela observação de cinco pontos diferentes, segundo FEUERWERKER (1998): apropriação de conhecimentos pela comunidade; ocupação de espaços antes restritos a grupos políticos distintos do movimento comunitário; possibilidade de reflexão e definição das necessidades e prioridades pela própria comunidade; conquista, pelas organizações comunitárias, de novos interlocutores na sociedade local; ruptura das barreiras da alternância de poder na universidade, nos serviços e nos governos locais, por meio das atividades dos projetos. As principais diferenças entre esses projetos e os desenvolvidos pela Rede IDA são demonstradas no Anexo 6.

Segundo CHAVES e KISIL (1994), quatro premissas fundamentam o apoio aos projetos UNI: protagonismo ativo dos grupos,

gradualidade dos processos, paralelismo e simultaneidade das ações e o apoio técnico interdisciplinar.

Para Ruiz (2003) os Projetos UNI se propuseram a impulsionar e apoiar uma participação da comunidade de forma mais autônoma, sendo uma oportunidade para desenvolver a capacidade das organizações comunitárias de associar-se com outros atores, e buscando melhorias concretas na sua qualidade de vida e mecanismos de inclusão econômica e social dessas comunidades. Tornando-se um exemplo possível de ser entendido para outros contextos.

Pode-se observar que membros dos projetos, tanto UNI quanto IDA, reconhecem as grandes contribuições trazidas pelos projetos UNI e ratificam a importância da institucionalização dos projetos e das inovações trazidas por eles.

Acho que os projetos UNI foram uma superação, pois deixaram de ser um projeto de departamento para se tornarem a via através da qual a Fundação Kellogg propôs um outro modelo, que visava à institucionalização do projeto. Quando os projetos não se ampliam, tornam-se semelhantes a projetos de pesquisa, que dependem da iniciativa das pessoas, e, dessa forma, poucas mudanças ocorrem (IDA-6).

O Projeto UNI foi, no meu ponto de vista, extremamente inovador, um tanto quanto revolucionário, porque ele trazia uma proposta de articular ensino, serviço e comunidade para imprimir mudanças na formação dos profissionais de saúde, na atenção à saúde e na participação social em saúde (UNI-1).

O projeto UNI acabou formalmente, mas deixou uma substancial contribuição. Muito embora os avanços conquistados pelos projetos seja mais evidentes em algumas instituições brasileiras, o fortalecimento das organizações comunitárias, a busca de maior participação da comunidade e a

abertura de espaço para a discussão de temas politizados foi uma preocupação constante destes projetos.

No Projeto UNI Bahia, não conseguimos grandes avanços na formação dos profissionais, mas conseguimos um grande avanço no fortalecimento das organizações comunitárias, por meio de maiores oportunidades de participação da comunidade no terreno social e político, o que levou o Projeto a politizar a discussão da violência de forma mais ampla. Foi criado o Fórum Comunitário de Combate à Violência, a partir das estratégias do Projeto UNI Bahia. O Fórum consiste num espaço interinstitucional, envolvendo comunidade, governo e Universidade em torno de um tema específico: o enfrentamento da violência. Conseguimos financiamento específico da Kellogg para o projeto. (IDA-8).

Em Londrina, o projeto UNI propiciou reflexões, formação de pessoas, criação de lideranças, tanto dos professores quanto dos estudantes, identificação de áreas convergentes, com mais presença em alguns cursos. Os currículos de Medicina e Enfermagem deixaram de ser disciplinares e passaram a ser integrados, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, fazendo articulação com os serviços e comunidade, o que não existia antes do projeto, e hoje virou uma realidade da instituição (UNI-2).

No entanto, em algumas instituições, o sentimento de fracasso pela resistência as mudanças pretendidas e pela falta de integração com outros cursos envolvidos nos projetos foi evidente. O isolamento gerou um ambiente desfavorável para o desenvolvimento destes projetos.

O exemplo mais gritante de fracasso de um projeto UNI foi o de Brasília, onde houve uma reação forte às propostas do mesmo, culminando na criação da Faculdade de Medicina, que se isolou ainda mais dos outros cursos da área da saúde (UNI-2).

Essa situação explica-se: a formulação de estratégias efetivas para a construção de sujeitos nem sempre tem sido possível, especialmente em alguns contextos mais complexos. Ou seja, não se tem massa crítica suficiente para dar início e sustentação às atividades que poderiam levar a uma problematização mais ampla da prática tradicional, o que conduz a um

retardamento ainda maior no desenvolvimento dos processos (REDE UNIDA, 2000 a).

5.5 Rede UNI-IDA: UNIÃO ENTRE OS PROJETOS IDA E UNI

O *II Congresso Nacional da Rede IDA* ocorreu entre os dias 09 e 12 de junho de 1993, na Escola Paulista de Medicina, e foi organizado pelo terceiro Secretariado Executivo da Rede IDA. Nesse congresso, houve reflexões sobre as estratégias políticas para uma real construção do SUS, com propostas de articulação ensino/serviço, gestão e organização dos serviços e formação de recursos humanos em saúde. Também foi idealizado a criação do prêmio “Prof. Mário Chaves”, para que fosse um estímulo a produção de conhecimento através de monografias sobre “Integração Docente-Assistencial. Perspectivas frente ao SUS” (BOLETIM INFORMATIVO Rede IDA/BRASIL, nº12, ano VIII, 1993).

Nesse congresso, foi eleita a nova Secretaria Executiva (1994-1996): a Universidade Federal da Bahia, na cidade de Salvador assim composta: Eliane Cardoso de Araújo, Ana Luiza Queiroz Vilas Boas, Carmen Fontes Teixeira, Maria Eunice X. Kalil, Maria Lígia Rangel e Maria Raquel O. Feitosa.

Embora não se tivesse pensado ainda na possibilidade da união com a Rede IDA, alguns Projetos UNI estiveram presentes nesse Congresso, dando a sua contribuição e iniciando as discussões sobre a necessidade de “revisão” da política de trabalho.

Naquele momento, nós não tínhamos uma visão de que a Rede IDA estaria esgotada no seu potencial de trabalho, de crescimento, de desenvolvimento. Fomos ao congresso para participar, como qualquer participante. Mas chegando lá, encontramos uma assembléia que discutia sobre a continuidade da Rede, sobre a escolha do responsável pela secretaria executiva seguinte. Nós, os projetos UNI, tínhamos uma visão de que havia a necessidade de algumas mudanças no estilo de trabalho ou no projeto político da rede, mas não tínhamos clareza disso, portanto, não foi ali que surgiu uma idéia de fusão (UNI-2).

Os participantes dos projetos UNI consideravam que uma articulação somente entre eles seria insuficiente. A Rede IDA, apesar de um tanto enfraquecida, pareceu-lhes uma parceira ideal, pois já existiam muitos projetos articulados e que também trabalhavam num ideário comum: a mudança na formação dos profissionais de saúde no Brasil. Foi então que surgiu a proposta de uma associação entre esses projetos, formando uma massa crítica de pessoas, projetos e conhecimentos, que unem instituições, professores e a população, num esforço comum, criando uma rede única, isto é, a Rede UNIDA (RANGEL; VILASBÔAS, 1996).

Para nós, os projetos UNI, que procurávamos impulsionar mudanças acadêmicas, começou a ficar claro que, sozinhos, não faríamos mudanças importantes, mesmo porque não existia uma Rede UNI, aliás, nunca existiu. Existiam projetos UNI, que se encontravam, mas não era uma organização. Quando terminou o congresso em SP, nós e a Rede IDA começamos a fazer seminários, e as idéias dos UNI passaram a ter mais aceitação. Isso se evidenciou pela naturalidade com que aconteceu um grande seminário, em 1996, no qual se decidiu fazer a Rede UNI-IDA, como uma fase transitória, deixando a definição sobre a fusão em um congresso, que é uma instância mais legítima para definir se a rede mudaria de nome e de política (UNI-2).

Para que ocorresse essa união, foi necessário um processo de reconstrução da identidade da rede, redefinindo sua temática central e estabelecendo características e princípios comuns, debilidades e

potencialidades. Foram, então, realizadas atividades para construir um “mapa de atores estratégicos”, ou seja, identificar forças e experiências de integrantes ou de pessoas que poderiam se juntar à rede e desempenhar um papel positivo na definição de políticas públicas favoráveis ao fortalecimento do movimento de mudança (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIIDA, n° 4, 1997).

Após o II Congresso da Rede, foi realizado, em setembro de 1995 na cidade de Salvador, o *Seminário Nacional de Vigilância Sanitária à Saúde*, considerando que a participação dos projetos IDA seria fundamental para contribuir na solução dos velhos e novos problemas de saúde do país (BOLETIM INFORMATIVO: Rede IDA/BRASIL, ano X, n°16, jun. 1995).

Em julho de 1996, na cidade de Salvador-BA, ocorreu um *Seminário Nacional sobre a Formação de Recursos Humanos em Saúde*, com o conselho consultivo da Rede IDA e representantes dos seis projetos UNI do Brasil. Convidados expressivos, política e tecnicamente, discutiram a política educacional de saúde e as estratégias inovadoras de mudanças na formação de RHS a partir das experiências IDA e UNI.

Durante o seminário, foi realizada uma oficina de planejamento estratégico para definir a missão da Rede e seu plano de trabalho. Também foi discutida a importância de uma união entre os membros da Rede IDA e os dos projetos UNI, para que participassem como um sujeito político atuante na definição dos rumos da política educacional em nosso país. Nessa ocasião, a Rede passou a ser denominada Rede UNIIDA (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIIDA , n° 1, 1996).

A Rede UNIIDA foi definida como sendo um espaço de troca e divulgação de experiências de articulação universidade, instituições de ensino e pesquisa, serviços, comunidade, constituído por projetos, instituições e pessoas interessados em promover mudanças no modelo de atenção, no modelo de ensino em saúde e nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (RANGEL; VILASBÔAS, 1996, p. 16).

Entre os dias 18 e 21 de novembro de 1997, foi realizado, em Salvador-BA, o III Congresso Nacional da REDE UNIIDA, onde se consolidou a união efetiva, passando a rede a denominar-se Rede UNIDA, e sendo a Secretaria Executiva mantida na Bahia. Foram aprovadas algumas alterações: incorporaram-se ao conselho consultivo representantes de segmentos comunitários, pólos de capacitação em saúde da família e serviços de saúde. Também se identificou o ideário comum da Rede, em três planos: formação de recursos humanos, transformação do modelo assistencial e participação social (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, nº1, 1998).

Do segundo mandato do quarto Secretariado – Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA (1997-2000) – fizeram parte: Ana Luiza Queiroz Vilas Boas, Heloniza Costa, Maria Eunice X. Kalil, Maria Raquel O. Andreass, Maria Ligia Rangel, Telma Dantas T. de Oliveira, Neusa Maria Barbosa Sader, Clélio V. S. Araújo, Orlando Barbosa, Zildete dos S. Pereira (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, nº1, 1998).

Provavelmente, esse processo de união foi facilitado por existir um Projeto UNI no local onde estava a Secretaria Executiva da Rede, naquela

época. Assim, a Secretaria Executiva da Rede, na Bahia, pôde trabalhar ativamente pela produção de uma agenda de encontros e pelo alargamento das idéias e das proposições da Rede, o que foi fundamental para que a aproximação acontecesse no Congresso, em 1997. Os participantes dos projetos, tanto IDA quanto UNI, concordam que a união dos projetos foi facilitada pelo fato dito anteriormente, afirmando que não houve ruptura na transação, mas um acréscimo de pessoas e idéias.

O fato de a união ter sido na Bahia, onde também havia Projeto UNI, talvez tenha possibilitado a junção e a transição em termos de Secretaria Executiva (muitas pessoas que construíram os Projetos UNI tinham tido Projetos IDA, e, no caso de Salvador, por exemplo, a Escola de Medicina teve Projetos IDA). O fato de não ter ocorrido uma ruptura, mas um acréscimo de idéias e pessoas, facilitou a transição (IDA-8).

Quando a Secretaria Executiva da Rede foi assumida pelas meninas da Bahia, todas ligadas ao projeto UNI da Bahia, houve um sentimento natural de compromisso por parte dos outros projetos UNI brasileiros, no sentido de prestigiar todas as ações que se realizassem e contribuir para as discussões que estavam acontecendo (UNI-2).

A partir de abril de 2001, a Secretaria Executiva da Rede UNIDA mudou-se para a Universidade Estadual de Londrina (UEL), em Londrina-PR, onde foram realizados o IV e o V Congresso da Rede UNIDA, em outubro de 2001 e maio de 2003, respectivamente.

O *IV Congresso Nacional da Rede UNIDA* teve como tema central: “Impulsionando Movimentos de Mudança na Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde para o SUS” e pretendeu propiciar condições para o fortalecimento dos sujeitos sociais presentes e uma maior articulação entre os mesmos para influenciar as políticas públicas de saúde e

educação (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, ano XVI, nº34, mai.-ago. 2001; ano XVI, nº 35, set. dez. 2001; ano XVII, nº 37. jul.-nov. 2002).

O *V Congresso Nacional da Rede UNIDA* teve como principais temas discutidos: Saúde da Família, Formação de Recursos Humanos, Assistência à Saúde, Políticas Públicas de Saúde e Educação e Participação Social. Foi realizado no início de novos governos federal e estaduais com o tema central: “Governos Novos, Desafios Antigos: investindo sempre nos processos de mudança”. Paralelamente ao Congresso, ocorreu o *I Fórum de Redes em Saúde* e a *II Mostra Paranaense de Produção em Saúde da Família*. (REDE UNIDA, 2003).

O *VI Congresso Nacional da Rede UNIDA* foi realizado em Belo Horizonte - MG, em julho de 2005, quando a Rede completou 20 anos, tendo o tema: “Vinte anos de Parcerias na Saúde e na Educação”. Paralelamente ao Congresso ocorreu a *I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais*, o *II Fórum Nacional de Redes em Saúde* e a *Reunião de Pólos de Educação Permanente em Saúde* (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, ano XIX, nº43, ago.-dez. 2004).

O quinto Secretariado Executivo – Universidade Estadual de Londrina (2001-2003) – foi composto por: Márcio José de Almeida, Rossana Baduy, Rosalina Batista, Edgar Campos, Brígida Carvalho, Margatet Shimiti, João Campos, Regina Gil, Adriana Ivama, Gilberto Martins, Laura Feuerwerker (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, ano XVI, nº 34, mai.-ago. 2001).

A partir do V Congresso, a Secretaria passou a ser numerosa, com pessoas advindas de todas as regiões do país, e o Secretariado Executivo da Rede UNIDA não estava mais vinculado a uma instituição de ensino.

A união entre a Rede IDA e os projetos UNI trouxe ânimo novo aos participantes e possibilitou a continuidade da Rede que já estava em um contexto que impedia seu crescimento e ameaçava a viabilidade dos projetos pertencentes a ela. A idéia de que a Rede estava atrasada, no que se referia ao contexto, e que se deveria suprir as deficiências através da formação de um novo grupo de projetos trouxe apreensão aos participantes dos projetos da Rede.

Acho que não foi uma junção entre IDA e UNI, mas um contexto em que aquilo que sustentava os programas IDA já estava superado. Eu não gosto muito de uma discussão que se faz, às vezes, sobre o atraso desses programas, pois não era isso o que estava acontecendo, mas sim uma superação. Em 1990, quando surgiram os UNI, já se vivia um outro momento, um momento de implantação franca do SUS, um momento em que a organização dos serviços não se dava mais por programas, ou seja, vivia-se um outro contexto, uma outra conjuntura (IDA-2).

Dessa forma, a concepção, a instauração dos projetos UNI e a posterior união com os projetos da Rede tiveram, entre alguns participantes dos projetos da Rede IDA, uma certa resistência. Membros da Rede, embora soubessem que era necessária a mudança, sentiram-se intranquilos e temiam uma “substituição”. Instaurou-se, entre os participantes da Rede IDA uma certa intranquillidade, pois alguns membros, além de se sentirem substituídos, questionavam a incerteza quanto à responsabilidade de condução do projeto.

Eu senti que a união foi polêmica, e não algo tranquilo com o que todos concordavam. Todos concordavam que os Projetos

UNI eram um avanço, não sendo contrário à ampliação de concepção, mas dois sentimentos estavam nitidamente presentes, naquele momento. O primeiro era uma espécie de revolta dos IDA, relacionada à sensação de que os UNI estariam tomando seu lugar, apagando sua história e ainda ditando como deveria ser o trabalho dali em diante, como se sua experiência fosse insignificante. O segundo era uma confusão quanto à responsabilidade da condução do projeto (IDA-8).

Houve vários momentos de discussão entre IDA e UNI. Os Projetos IDA, mesmo com uma certa desconfiança, reconheciam a importância da união entre eles para a continuação da Rede IDA, que já havia feito o que estava ao seu alcance e que a mudança seria necessária.

Alguns de nós, que éramos da Rede IDA, tivemos uma certa desconfiança em relação à união, pois vínhamos de uma escola de integração docente-assistencial. Porém, a própria Rede IDA parecia ter esgotado o que ela tinha para fazer, e se continuasse, tornar-se-ia mais tecnicista, aprimorando processos técnico-pedagógicos, melhorando a formação dos docentes, mas sem abordar a questão – que já inflamava e que vinha do debate da VIII Conferência – do serviço com gente, com o povo, com representação da sociedade (IDA-4).

O movimento foi-se constituindo e conseguindo agregar mais pessoas, à medida que se procuraram, nos dois projetos, pontos comuns ao invés das diferenças. Assim, a junção uniu as pessoas que estavam interessadas numa relação maior das universidades com os serviços, em mudanças na formação de profissionais da saúde, e na possibilidade da população estar mais presente nas decisões. As inovações dos projetos UNI eram, para muitos, a continuidade dos projetos da Rede, era o desenvolvimento, a possibilidade de encontrar caminhos. Não houve rupturas na transição dos projetos, o que aconteceu foi o acréscimo de pessoas e idéias que contribuíram para a consolidação de um novo panorama para os serviços e o ensino/aprendizado.

Não ocorre uma ruptura com o que os IDA haviam sido, mas um desenvolvimento. Acreditávamos que os UNI eram um passo adiante dos IDA. Os UNI tinham idéias inovadoras, conectados com outros projetos da América Latina, e influenciaram muito a Rede IDA, pois eram *network*, cheios de entusiasmo e motivação. Houve um momento em que até os projetos da Rede IDA começaram a se assemelhar aos projetos UNI, mesmo porque eles viam os UNI como o futuro do seu trabalho. De 94 em diante, quem foi hegemônico dentro da Rede UNIDA foram os UNI. Muitos dos projetos anteriores até se desligaram, distanciaram-se da Rede (Kellogg-2).

Os UNI do Brasil tiveram uma visão clara de que sozinhos não iriam conseguir mobilizar uma mudança para além do seu âmbito interno, nem teriam repercussão ou sustentabilidade. Além disso, reconheciam que as pessoas dos projetos IDA compartilhavam idéias similares. Porém, não foi tão fácil o processo de mudança, tendo havido várias reações, pois muitas pessoas, mesmo sendo progressistas, pensavam que a população já contava com os serviços como seus representantes.

5.5.1 RAZÕES PARA A UNIÃO ENTRE OS PROJETOS IDA E UNI

5.5.1.1 SUJEITO POLÍTICO

Nesse contexto, a Rede UNIDA deixa de ser um movimento apenas de trocas de experiências, passando a intervir nas políticas públicas que tocavam a questão da formação de profissionais de saúde. Mas, quando a Rede se torna, realmente, um sujeito importante que influencia a elaboração de políticas públicas na saúde e na educação?

Feuerwerker (2002b) relata que, para ser possível a mudança na formação dos profissionais de saúde, deve ser criada uma massa crítica,

que tenha governabilidade no local em que se estão propondo as mudanças, pois a educação está intimamente relacionada às tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde, à organização dos serviços e políticas de saúde da comunidade.

Existe uma certa divergência nas opiniões sobre quando a Rede tornou-se um sujeito político. Os representantes dos Projetos UNI e alguns representantes dos Projetos IDA são convictos em que a Rede passa a ter influência política com a entrada dos Projetos UNI. Assim, para estes membros da Rede, a união teve propósitos políticos, no sentido de que somente após a união entre os projetos a Rede passa a produzir mudanças políticas.

O processo de formação e de capacitação esbarrava em questões mais gerais, portanto era preciso uma política mais geral para fortalecer as nossas ações locais. Para que isso fosse possível, precisávamos ser um ator político, uma rede que de fato influísse em políticas públicas, na área da educação e da saúde. Nós convocamos uma primeira reunião dos Projetos UNI para discutir a questão de incorporação com a Rede IDA. Chamamos os representantes da Rede IDA que se dispuseram a fazer essa discussão, e fizemos um pacto de nos constituirmos como ator político capaz de estar levando e buscando essas políticas públicas para a área da educação e da saúde, de forma conjunta (UNI-1).

Acho que a união teve o propósito de produzir mudanças, de intervir mais, politicamente, na formação de profissionais e na conformação do sistema de saúde. A incorporação da dinâmica UNI na Rede IDA permitiu que a Rede tivesse uma direcionalidade, pois a produção de mudanças na formação dos profissionais de saúde, a partir da intervenção política sistemática, não estava presente nos IDA, ou seja, a união permitiu que a Rede se tornasse um espaço, onde, além de ocorrerem trocas, experimentos e avanços, mais política seria discutida (IDA-8).

Pode-se verificar esse fato na literatura, na definição da Rede

UNIIDA, segundo Rangel; Vilasbôas (1996, p. 16):

A Rede deve se conformar enquanto um ator político, no sentido de intervir sobre a formulação e execução de políticas públicas de saúde e educação, consentâneas com os propósitos de mudança pactuados entre seus pares (...) O fortalecimento da parceria entre os três segmentos e sua atuação política foram considerados os elementos prioritários do trabalho da Rede.

Porém, muitos entrevistados, representantes dos Projetos IDA enfatizam que a Rede, desde o seu início, objetivava uma atuação no contexto político do país, frente às mudanças que deveriam acontecer na formação dos profissionais de saúde.

A Rede IDA já era um sujeito político, mas o era num outro contexto, porque senão não há possibilidade de entender isso como um movimento, mas como uma ruptura. Não concordo com o discurso de que, a partir da união, ela passa a ser um sujeito político. O ideário da reforma sanitária sempre foi o ideário que sustentou a Rede IDA (IDA-2).

O movimento da integração assistencial ocorre numa época em que o espaço político era outro, o modelo estava contra o processo hegemônico, não havia as aberturas políticas que existiram posteriormente. Esse momento foi crescendo e enriquecendo até os dias atuais, em que a força política é maior. A construção da rede já ocorreu na lógica de uma atuação política a que nós pretendíamos chegar, e aonde estamos chegando hoje (IDA-3).

Logo, podemos perceber que os participantes da Rede IDA concordam com esse discurso quando se refere a uma certa intensificação da viabilidade de se ter uma massa crítica, uma rede maior, com atores já definidos, reconhecendo que, por meio da união com os projetos UNI, houve um aumento da influência da Rede na construção de políticas públicas favoráveis as mudanças na saúde e educação, mas deixando claro que, desde o início da criação da Rede, já se procurava uma integração às políticas públicas de saúde daquele momento, através da discussões de temas relevantes em suas reuniões.

5.5.1.2 COMUNIDADE

Outro discurso foi veiculado, o de que a partir da união entre a Rede IDA e os Projetos UNI, ocorreu uma articulação maior com as organizações comunitárias possibilitando que essas organizações participassem mais efetivamente das discussões e da busca de soluções para os seus problemas. Segundo Kisil & Chaves (1994), nos projetos IDA, o trabalho universitário com a comunidade não estava articulado com os serviços, o que dificultou a sua disseminação e o caracterizou apenas como uma extensão ou ação comunitária. Assim, a falta da participação da comunidade, de forma consciente e co-responsável, foi uma das deficiências desses projetos.

Os projetos UNI tinham a comunidade como elemento fundamental, estando presente até na denominação dos mesmos, e deles recebendo recursos, ou seja: tratava-se de uma evolução dos projetos IDA, que dava maior ênfase à participação da comunidade, inclusive com a alocação de recursos específicos (BOLETIM INFORMATIVO: Rede IDA/BRASIL, ano XI, nº20, jun. 1996).

Os Projetos UNI têm uma estratégia diferente, pois além de serviços e academia, têm a comunidade, um terceiro componente, não como objeto, mas como ator, como parte do cenário. A participação comunitária desenvolvida nos projetos IDA não era como protagonista, como um parceiro, era uma participação restrita, mesmo porque os conselhos locais e municipais de saúde começaram a ser organizados a partir do início de 1990 (UNI-2).

Alguns Projetos IDA concordam com este discurso, afirmando ter sido a união essencial para uma maior participação da comunidade nos projetos.

Os UNI constituíram uma relação orgânica entre serviços, universidade e usuários. Nos projetos IDA, havia uma certa participação de alguns movimentos que já estavam constituindo conselhos locais de saúde; mas não era uma ligação tão profunda como a proposta UNI. No projeto IDA de que participei, a idéia existia, mas a população não participava do núcleo central, apenas da discussão no local. Eu diria que houve uma mudança na estrutura e divisão do poder (IDA-5).

Mas esse discurso também é questionado por alguns membros que participaram da Rede IDA, pois muitos projetos da Rede já tinham uma boa articulação com a comunidade local.

Muitos projetos IDA não conseguiram ter um grande impacto, pois eram projetos locais, setoriais, vinculados a um departamento, mas não se pode imaginar que a inserção da participação popular em todos os projetos só começa a ser iniciada nos UNI. Existiram projetos IDA consistentes e que tiveram avanços, seja na área de serviços, ensino ou na área da participação popular (IDA 3).

Embora existissem experiências anteriores com relação entre os serviços, universidades e comunidade que atestavam a competência dos projetos IDA, havia, nos projetos UNI, uma crítica forte sobre a forma como os IDA construíram essa parceria entre os três segmentos. As críticas eram fundamentadas na verticalidade e unilateralidade dessas relações, na falta de compromisso com a continuidade dos processos, com as demandas geradas, e numa capacidade limitada que os projetos IDA tiveram na questão de estratégias para abrir espaços de permeabilidade e comunicação. Os Projetos

UNI procuraram construir uma relação mais horizontal entre esses segmentos (REDE UNIDA, 2000b).

Os projetos UNI desenvolveram um conceito de parceria, que envolvia não apenas a universidade e os serviços de saúde, mas também a comunidade. Essa relação entre os três atores é construída de uma forma bastante articulada, para que realmente consiga impulsionar as mudanças no processo de formação baseado num ideário – que era o famoso ideário do UNI - , o qual, apesar de vago em muitos aspectos, conseguiu ser potente no sentido de dar um salto de qualidade em relação ao ideário IDA, que era um ideário um tanto quanto exaurido e extremamente limitado aos departamentos de Medicina Preventiva (UNI-3)

Nos Projetos UNI, o enfoque dado a comunidade permitiu a construção da cidadania a partir da democratização das relações entre universidade, serviços de saúde e comunidade, através de três elementos relacionados nos projetos: a) criação de espaços de interlocução entre os parceiros; b) democratização da informação e o *diálogo entre saberes*, instrumentos fundamentais para a redistribuição do poder e para o *empoderamento* dentro dos projetos; c) apropriação de conhecimentos pela comunidade (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Nos projetos UNI, a construção de novos sujeitos passa pela redistribuição dos poderes, através do estabelecimento de articulação e participação efetiva dos três segmentos de atores sociais envolvidos: universidades, serviços e população, levando a uma democratização das suas relações. Mesmo com a participação da comunidade prevista no programa, esse foi um espaço que na prática teve que ser conquistado, com dificuldades diversas, dependendo da organização popular e das concepções políticas predominantes na direção dos projetos (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Pode-se perceber que alguns projetos IDA tiveram um papel muito importante junto à comunidade, e que inclusive trabalhavam com ela, mas não tinham esse papel embutido em sua tradição ou em seu nome. Isso pode ser devido ao controle social ter sido garantido pela Constituição Federal apenas após a união, possibilitando um aumento da participação comunitária nas políticas do país, por meio da criação dos Conselhos de Saúde.

A participação da comunidade é vista como fundamental para o sucesso dos programas instaurados. A luta pela inserção da comunidade nos projetos era uma constante e, no momento em que se tornou UNIDA, a Secretaria Executiva de Salvador incluiu, na Rede, pessoas da comunidade. Embora fizesse parte da tríade universidade, serviço e população, que constituía a Rede UNIDA, não houve uma participação efetiva da comunidade logo após a constituição da Rede.

A Rede abriu espaço, inclusive na secretaria executiva, para representantes das comunidades. Mas, de fato, em Salvador, eles participavam ativamente dos congressos, de algumas oficinas, mas não se incorporaram efetivamente à secretaria executiva, talvez porque realmente o objeto de maior interesse da comunidade não fosse exatamente o mesmo da Rede UNIDA naquele momento, que eram as diretrizes curriculares. A comunidade estava mais presente nas discussões sobre: a relação profissional/paciente, a questão da organização dos serviços, qual tipo de profissional queria, mas na essência da discussão da Rede, desses movimentos políticos, isso não acontecia (UNI-1).

Naquela época, a Rede UNIDA tinha como foco nos seus debates: a elaboração das novas diretrizes curriculares, tema que não foi muito atraente a comunidade, que centrava-se em objetivos pontuais como o relacionamento profissional/paciente, a forma de organizar os serviços prestados à comunidade, quais profissionais seriam necessários. Isso a

distanciou dos debates promovidos pela Rede que buscava reformular as diretrizes dos cursos na área da saúde e, assim, ir ao cerne da questão: a formação do profissional que iria atuar junto à população.

5.5.1.3 FINANCIAMENTO

Do ponto de vista da lógica financeira, o término do financiamento dos projetos IDA pela Fundação Kellogg foi uma condição que ajudou a acelerar esse movimento de união. Todos concordam que a entrada dos projetos UNI na Rede IDA foi importante para a continuação do financiamento do trabalho que ela estava desenvolvendo, na época. Os recursos financeiros proporcionados pela união aos projetos UNI, foram um dos responsáveis pela consolidação da Rede UNIDA. A atuação dos projetos IDA já se via enfraquecida pela falta de financiamento e, apesar de poder solucionar este problema buscando outras fontes de financiamento, buscou solucionar seu problema operacional e associou-se aos projetos UNI. Essa união proporcionou aos projetos da Rede IDA a inserção de recursos e a revitalização de seus projetos.

Os IDA já não tinham financiamento da Kellogg, então era preciso pensar numa forma de financiar esses processos de articulação. A Rede IDA tinha projetos no Brasil inteiro, e era preciso manter a capilaridade, injetar idéias, o que se tornava cada vez mais difícil sem o recurso (IDA-8).

Acho que a entrada dos Projetos UNI na Rede IDA deu uma vitalidade à Rede, porque a grande maioria dos projetos da Rede estava sem o financiamento, o que dificulta a atuação dos projetos, e os Projetos UNI estavam a todo vapor, com o financiamento (UNI-1).

A Rede IDA, se tivesse suas convicções, se não tivesse sido abalada pela idéia de junção com o UNI, talvez buscasse financiamento em outras esferas. Mas, ela aproveitou a crise para prestar atenção ao que estava acontecendo no campo, e essa mudança lhe acenou. Eu não considero que o financiamento tenha definido o processo, mas ele o ajudou, à medida que a crise financeira se tornou uma perspectiva de se prestar atenção ao caminho que as duas redes deveriam percorrer juntas (IDA-4).

5.6 REDE UNIDA: ATUAÇÃO NAS DIRETRIZES CURRICULARES

A Constituição Federal do Brasil (1988) definiu saúde como *dever* do Estado e direito da população, e, no seu artigo 200, afirmou ser atribuição do SUS o ordenamento da formação para a área, ou seja, o SUS *deve* interferir pela orientação da formação em coerência com as diretrizes constitucionais da saúde. A saúde é a *única* área com o dever constitucional de ordenar a formação de seus profissionais, uma vez que, no art. 197 da Constituição, define-se a saúde como uma das áreas de relevância pública, e portanto, o Estado deve adotar medidas políticas que possam organizar as ações e serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 13 e 15, também determina que cabe ao SUS cumprir o seu papel de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, contribuindo para a formação em todos os níveis de ensino. Ainda determina, no art. 27, a constituição dos serviços públicos que integram o SUS como sendo campos de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (CARVALHO; SANTOS, 2001).

Na criação do SUS, predominava uma concepção de que as mudanças na organização do sistema de saúde antecederiam as mudanças na formação profissional, considerando o poder de pressão e conformação do mercado. Mas, os participantes da Rede acreditavam que os dois processos tinham de se construir simultaneamente. Por isso, uma das principais estratégias da Rede para produzir mudanças é o trabalho de forma articulada entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, por meio de sujeitos sociais desses segmentos, que possam cumprir um papel relevante na transformação da formação e do modelo de atenção à saúde (ALMEIDA, 1999).

Foram estas estratégias que a Rede propôs-se a executar. Ela atuou ativamente para promover o diálogo entre gestores do SUS e as universidades no sentido de inserir esses segmentos em um cenário que pudesse garantir a participação de todos os agentes políticos na reformulação das diretrizes curriculares.

A Constituição de 88 diz que cabe ao SUS ordenar a formação dos profissionais de saúde, mas isso não estava na agenda dos gestores do SUS. Por outro lado, na universidade, existia uma resistência muito grande a isso, porque ela tem a autonomia universitária. Então, a Rede buscava, ativamente, estabelecer o diálogo com os gestores do SUS, a fim de sensibilizá-los, de fazer com que essa questão entrasse na agenda política deles (UNI-4).

Assim, a Rede passou a se articular com todos os setores e segmentos que incluíam a questão da formação dos profissionais de saúde, fortalecendo os espaços de discussão que favoreciam a articulação entre as instâncias que definem as políticas públicas em saúde e educação: Ministério

da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Educação (CNE), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais em Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros (BOLETIM INFORMATIVO: REDE UNIDA, 1998, n°2).

Naquela época, existiam os currículos mínimos, que estavam defasados, estabelecendo uma dicotomia entre teoria e prática, ciclo básico e ciclo profissionalizante, sendo preciso, para uma mudança na formação, um currículo integrado (FEUERWERKER, 2002a).

A Rede começa, então, a intervir no cenário político, produzindo propostas concretas para favorecer a mudança na formação. Um dos maiores exemplos disto foi a proposta de diretrizes curriculares para as profissões da saúde (FEUERWERKER, 2002b).

Em dezembro de 1996, trinta e cinco anos depois da promulgação da primeira LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), foi publicada a nova LDB (Lei 9394/96), fruto de mais de uma década de negociações, demandando que todo o processo educacional vigente no país se adequasse a ela. O processo de discussão sobre a proposta das diretrizes curriculares ocorreu em paralelo, dentro de alguns dos princípios da nova LDB (ALMEIDA, 2003).

A Secretaria de Ensino Superior (SeSu) do Ministério da Educação (MEC) lançou um convite público às instituições de ensino superior e às ordens profissionais, para que participassem da discussão das novas

diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde, através do edital 04/97 (ALMEIDA, 2003).

A Rede, então, iniciou um processo de mobilização de seus membros, para construir, com base nas experiências dos projetos de mudança, uma proposta de diretrizes. Desencadeou também um trabalho político de mobilização de todos os atores interessados no tema, para que apresentassem subsídios para a construção de uma proposta em conjunto, configurando uma definição democrática em torno do tema. Assim, foi um ator ativo na busca da construção do consenso entre as várias entidades e movimentos (BOLETIM INFORMATIVO: REDE UNIDA, 1999, n° 3).

A Rede e outros atores, como a ABEM (Associação Brasileira de Medicina) e a ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), pressionaram alguns atores da saúde (CNS, CNE, Coordenação de Recursos Humanos do MS, etc.) para que se posicionassem no debate, apresentando suas sugestões a respeito do perfil do profissional de saúde. As instituições de nível superior também foram convidadas a apresentarem subsídios para a construção de uma proposta em conjunto (FEUERWERKER; COSTA; BARBOSA; KHALIL, 2000). Assim, a Rede cumpre o seu papel de agente articulador e promotor de ações políticas necessárias para a reformulação do ensino e, conseqüentemente, a melhoria dos serviços prestados à sociedade.

A Rede teve uma importante participação na discussão das diretrizes junto ao Conselho Nacional de Saúde. Na verdade, provocou essa discussão junto ao CNS e conseguiu desenvolver uma série de ações políticas junto aos conselhos profissionais (IDA-7).

Nas diretrizes curriculares, a participação da Rede foi fundamental, pois, nesse momento de formulação de uma política pública, a Rede pôde expressar uma simulação do que ela tinha de novas práticas de ensino e de relação com os serviços. Existiram outros atores, mas o conteúdo das diretrizes foi baseado nas experiências que a Rede trazia (IDA-2).

Durante o debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, houve uma mobilização muito expressiva das profissões de saúde que concordavam com a mudança de currículo que buscasse uma perspectiva transformadora da formação dos profissionais de saúde, levando a uma ruptura do modelo de currículo mínimo obrigatório (REDE UNIDA, 1999).

As propostas enviadas foram consolidadas em projetos de diretrizes curriculares de cada área do conhecimento, e depois enviadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE), para serem submetidas em audiência pública (BOLETIM INFORMATIVO: REDE UNIDA, 1998, nº 1).

O interessante é que a Rede, ao fazer a sua proposta de diretrizes, não sabia quais seriam os resultados, porém identificava o espaço que tinha como estratégico, ocupando-o e passando a cumprir um papel de ator político, na medida em que seus membros passaram a ser chamados para debater, em vários locais, sobre esse assunto (UNI-3).

O primeiro documento político que propôs diretrizes para Medicina, Enfermagem e todas as outras carreiras foi o documento da Rede UNIDA, publicado em maio de 1998, na Revista Olho Mágico, e que subsidiou os debates. Nas diretrizes atuais, foram incorporadas praticamente todas as contribuições da Rede UNIDA (REDE UNIDA, 1998).

A proposta foi construída com base nas experiências que já estavam sendo realizadas, ou seja, não era idealista, pois apesar de trazer elementos novos, baseava-se em experiências reais. A parte comum das diretrizes era literalmente igual ao que a Rede UNIDA tinha proposto, e a

aproximação adequada que cabia a cada profissão ocorreu depois (UNI-4).

Quando foram definidas as diretrizes, elas praticamente traduziam a essência da proposta da Rede, mas que já não era somente dela, era da Rede com os outros atores políticos que já tinham sido acordados nesse processo todo (IDA-3).

Essas diretrizes foram levadas a audiências públicas, na sede do CNE em Brasília, em junho de 2001, consolidando as inovações (BOLETIM INFORMATIVO: REDE UNIDA, 1999, nº3).

A Rede fomentou o debate para a elaboração de uma proposta de diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde.

Essa proposta foi levada ao Conselho Nacional da Educação, que era o Fórum encarregado de realizar a discussão final. Existiam várias outras propostas, mas os argumentos e as propostas da Rede tiveram uma aprovação importante. A articulação política garantiu a aprovação das propostas da Rede e consolidou a substancial colaboração dada para a elaboração das diretrizes curriculares, como se pode observar nos comentários que seguem:

A maioria das escolas pactuava a proposta que construímos juntos. Existiram algumas propostas divergentes, mas nós conseguimos garantir o movimento político para que acontecessem as audiências públicas, pois havia propostas que já tinham sido levadas para o Conselho, mas foram aprovadas as propostas encampadas pela Rede UNIDA (UNI-1).

A construção da proposta não foi condição polêmica. A Rede UNIDA se mobilizou antes de todos, mas as pessoas que participavam na Rede UNIDA também participavam de discussões na ABEM, na ABEN, então as propostas correspondiam a uma construção que vinha sendo feita, ou seja, não tinham diferenças substanciais, ocorrendo, na verdade, mais disputa política do que divergência (UNI-4).

Finalmente, em 2001, foi homologado o Parecer CNE/CES nº. 1133/2001, que definiu as diretrizes curriculares específicas para o ensino de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição (ALMEIDA, 2003).

Acho que chamou a atenção o fato da Rede, que não tinha tanta gente, ter conseguido fazer uma mobilização estratégica, criando espaços de discussão, obtendo um destaque no cenário nacional, sempre com o interesse focado na criação de condições políticas favoráveis para a mudança (UNI-4).

Todo esse trabalho em torno das diretrizes foi uma excelente oportunidade para ampliar o objetivo e a visibilidade da Rede no processo de formação, criando um cenário que favorecesse os processos de mudança e o seu reconhecimento como interlocutora para as questões de formação e capacitação de profissionais de saúde.

5.7 REDE UNIDA: FUNCIONAMENTO

Para existir de fato um funcionamento de rede foram dados vários passos, como: a construção de uma agenda comum, com a temática central na formação e capacitação de profissionais de saúde, utilizando o planejamento estratégico situacional; criação de canais de comunicação entre os participantes da rede, com a reativação do boletim impresso; estabelecimento de uma dinâmica de comunicação eletrônica, por meio da criação do site da Rede UNIDA (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, nº1, 1998).

Na Rede, somos militantes diversos, lutando por uma inserção. Eu costumo brincar, dizendo que o *espírito* da rede é de colaboração e desprendimento, e que nela somente

permanecem as pessoas que compartilham desse espírito e que têm propostas e interesse. Talvez aqueles que abandonam não tenham esse espírito, afinal a Rede não tem gestão, comando nem estrutura hierárquica: ela é aberta, e quem entra o faz porque realmente quer participar do processo de mudança (IDA-3).

Uma Rede funciona pela conexão de vários nós, que são os projetos, as instituições filiadas e articuladas à Rede, sendo indispensável haver um núcleo dinamizador, que é, basicamente, o papel da Secretaria Executiva. Porém, em determinados momentos, não é apenas a Secretaria Executiva que dinamiza as discussões da Rede. O funcionamento da Rede inclui momentos presenciais com oficinas, encontros e congressos, os quais dão mais visibilidade à Rede, além de canais de comunicação, como o boletim impresso e discussões via internet.

“Uma rede é necessariamente uma construção de sujeitos que se articulam horizontalmente, ativamente, voluntariamente, e que devem ter papel muito ativo na definição de seus rumos e dos caminhos que a rede deve seguir” (FEUERWERKER; COSTA; BARBOSA; KALIL, 2000, p. 11).

A perspectiva da rede é de uma atuação do ponto de vista de um trabalho articulado, tendo um papel de “ponte” entre as diferentes associações e entidades, inclusive o governo, com quem estiver ocupando posições estratégicas, não tendo uma preocupação associativa, e sim uma atuação fundamentalmente política, de cumprir um papel de articuladora no processo de mudança das políticas de educação e de saúde.

A organização da Rede é horizontal, tem uma Secretaria Executiva, com um coordenador executivo, e, dentro da sua estrutura, há

peças de todos os segmentos, tanto da academia como dos serviços e da comunidade. A Secretaria Executiva tem reuniões periódicas que se pautam na discussão e atualização todas as frentes de atuação, para que a Rede possa ter uma atuação mais estratégica, de acordo com as prioridades estabelecidas na sua agenda.

5.8 AVANÇOS, LIMITES E DESAFIOS PARA A REDE UNIDA

Um dos desafios para a Rede é, seguramente, a sua institucionalização, pois hoje ela é caracterizada através de pessoas e não de instituições, o que representa um risco para ela, que pode se tornar cada vez mais virtual, e assim menos conhecida.

Acho que o pensamento é minoritário em relação à maioria dos professores, e o embate é muito forte. A Rede está menos institucional: por exemplo, se disser ao diretor da universidade da Paraíba sobre a Rede UNIDA, possivelmente ele não irá saber do que se trata. Será que ao longo do tempo ela não vai ficar cada vez mais virtual? (IDA-1).

Isso é uma facilidade, porque não há barreiras para a participação, mas, ao mesmo tempo, é uma debilidade, porque fica difícil traçar políticas, definir estratégias e planos de ação, e amarrar um compromisso das pessoas para uma ação sistemática (UNI-2).

A Rede tem também o desafio de dar continuidade às transformações geradas, pois não basta formular as mudanças sem depois executá-las. Além disso, as estratégias para essa continuidade devem-se basear na análise da conjuntura do momento, para que se possam identificar os atores em movimento, as possibilidades e os obstáculos, possibilitando a escolha do melhor caminho rumo aos objetivos pretendidos.

Quanto mais mudanças conseguimos gerar, mais mudanças temos que fazer, pois não há limites para elas (IDA-2).

É preciso continuar uma discussão ativa das políticas de governo, mesmo que estejam de acordo com o pensamento da Rede, para que seja possível operacionalizá-las. A Rede não pode ficar estagnada, há problemas a serem resolvidos. Uma dificuldade de trabalhar em rede é manter um objetivo que mobilize o conjunto. Existe uma necessidade de articulação para que se tenha força e se alcancem os objetivos.

É necessário ainda que a Rede fortaleça suas relações internamente, para que consiga atingir suas metas. Parece que cada um tem preocupações locais e imediatas, sem se lembrar de que elas poderiam ser resolvidas, com mais segurança, se fossem compartilhadas, ou seja, se existisse uma real articulação na Rede.

No momento, conseguimos ter uma influência significativa nas Diretrizes, mas não conseguimos ter praticamente influência nenhuma na questão da organização dos serviços, que era algo almejado pelos UNI. Quantas escolas estão conseguindo efetivamente enfrentar a questão das Diretrizes? Como envolver gerações mais novas? Na maior parte do tempo, todos estão ocupados com a execução imediata do que é local, e esquecemos que esse imediato local pode ser alimentado e reforçado com articulação (IDA-8).

Quanto à mudança na formação profissional, é preciso uma articulação entre Município, Estado e Federação, com a organização de núcleos da Rede nesses três níveis, para que ela consiga uma atuação satisfatória nas políticas públicas.

Para produzir mudanças na formação, é necessário uma articulação entre as ações nos níveis macro e micro, estando os sujeitos envolvidos com estes dois níveis de atuação (Rede UNIDA, 2000a).

A atuação da Rede nas políticas públicas ainda não é perfeita. Ela não é ágil o suficiente para, ao detectar uma situação, interferir. A Rede não é organizada, com núcleos estaduais e municipais, mas é dividida entre indivíduos soltos pelo mundo, que se comunicam através da Internet (UNI-2).

Outra necessidade que se impõe à Rede é a participação estudantil ativa, pois, apesar de ter havido um movimento de estudantes de Medicina e Enfermagem, em prol das mudanças, esse movimento não se articulou em rede.

O movimento estudantil, particularmente de Medicina e Enfermagem, foi-se organizando para participar e ajudar a construir mudanças, mas isso não foi canalizado e articulado dentro dessa articulação em rede (UNI-4).

Finalmente, a extinção do isolamento de certas universidades não foi alcançada pela Rede, mas, provavelmente, será o fim de um processo que está em evolução e que é irreversível, pois acompanhar as mudanças é a alternativa mais segura para a sua permanência no cenário atual.

Ainda não se extinguiu o isolamento de muitas universidades, que se comportam como “torres de marfim”, mas o processo já está evoluindo, e me parece que ele é irreversível, porque não tem a alternativa de voltar atrás. Como já se disse, nada tem mais força do que uma idéia que chegou ao seu tempo (Kellogg-1).

6 CONCLUSÕES

A principal finalidade de criação da Rede IDA foi proporcionar entre os seus membros uma aproximação maior, um espaço próprio onde pudessem trocar as experiências entre cada projeto presente, e com isso possibilitar um melhor aprendizado entre eles com o intuito de se fortalecerem.

Pelo fato da idéia de criação da Rede ter surgido entre uma reunião onde estavam presentes apenas Projetos IDA financiados pela Kellogg, ficou a idéia de que somente os Projetos IDA financiados poderiam participar, porém isso não era o que ficou determinado naquela primeira reunião de criação da Rede, podendo ser constatado, em diversos documentos, que qualquer projeto que se identificasse com o trabalho da Rede poderia participar da mesma.

Apesar da Rede ter sido criada em 1985, ela não teve uma participação efetiva na VIII Conferência Nacional de Saúde. Os seus participantes já defendiam, anteriormente, os ideais que vieram a constituir o SUS, sendo que muitos deles estavam presentes naquela Conferência. Porém foi a partir da IX Conferência Nacional de Saúde que a Rede passou a ter a reconhecida participação em prol do movimento de mudança na formação dos profissionais da área de saúde.

A Rede IDA foi criada com um propósito inicial de trocar experiências entre os seus projetos, mas ficou evidenciado pela literatura a preocupação constante em discutir temas políticos de acordo com os interesses e pensamentos de seus membros. Um aspecto importante para a

Rede se posicionar como um sujeito social nesse processo de mudança, foi ter definido, desde a sua criação em 1985, a formação dos profissionais de saúde como foco do seu trabalho, uma vez que na época, poucos se ocupavam com esse assunto.

Os Projetos IDA deram o passo inicial para a mudança da formação dos profissionais de saúde, pois proporcionaram uma primeira aproximação entre os segmentos das universidades, dos serviços de saúde e, de uma forma mais singela, da comunidade. Também, pelo fato de experienciarem uma primeira aproximação entre universidade, serviço e comunidade, possibilitou modificações para consolidar esta relação entre os três segmentos, sendo fundamental para a elaboração da Proposta UNI, que foi embasada a partir da experiência já adquirida pelos Projetos IDA.

Os Projetos UNI foram idealizados pela Fundação Kellogg após estudos que identificaram como principal debilidade dos Projetos IDA: a ausência de participação da comunidade; estando restrito a certos segmentos das universidades; e assim, não conseguindo proporcionar alterações significativas na estrutura curricular das faculdades.

Constituíram como uma evolução dos Projetos IDA, no qual teve como prioridade envolver a participação da comunidade, uma vez que na época de sua criação já havia os Conselhos Locais de Saúde, sendo necessário uma maior participação da população nos serviços de saúde. E, se preocupou em envolver todos os segmentos da universidade que desenvolviam os projetos, promovendo a institucionalização dos mesmos.

Foi claramente percebido que, apesar das prioridades citadas anteriormente e dos esforços para a mudança nesse sentido, houve Projetos UNI que tiveram fracasso. Também, houve projetos IDA que, mesmo antes da criação dos Conselhos Locais de Saúde, já priorizavam a participação da população nos seus projetos.

A Rede UNIDA foi uma evolução da união entre os Projetos IDA e os Projetos UNI. Uma vez que cada processo de mudança responde a características de contexto, de história, de correlação de forças específicas, sempre aproveitando as lições já aprendidas em outros processos.

A união entre os Projetos IDA e Projetos UNI foi essencial para os dois Projetos, os UNI por conseguir um espaço onde pudessem discutir a formulação de políticas públicas na área da saúde e educação e para os Projetos IDA, por promover uma renovação nos seus ideais, passando a ter uma força política maior, o que foi evidenciado na elaboração das diretrizes curriculares. Também, evidenciou o estímulo da participação da comunidade nas reuniões da Rede UNIDA.

Atualmente, a Rede UNIDA tem uma experiência acumulada de 20 anos sobre o processo de mudança na formação de profissionais de saúde, reunindo pessoas, projetos e instituições comprometidos com esse tema. Porém, ela deve, cada vez mais, continuar se colocando no cenário político para poder continuar o seu trabalho de interferir ativamente neste cenário de mudanças constantes.

REFERÊNCIAS

ACORDO OPAS/MS/MPAS/MEC. **Programa geral de desenvolvimento de RH para a saúde**. Brasília. 1979.

ALBERTI, Verena. **O que documenta a fonte oral?** Possibilidades para além da construção do passado. Rio de Janeiro: CPDOC, 1996.

ALMEIDA, Márcio (org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2. ed. atual e ampl. Londrina: Rede UNIDA, 2005. 102p.

ALMEIDA, Márcio (org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003. 89p.

ALMEIDA, Márcio José de. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1999. 196p.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BOLETIM INFORMATIVO: **Rede UNIDA**, 1988 – 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **PROMED** – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 40 p.

BRASIL: **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Ed. Saraiva, 27 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI, Luiz Jr. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. p. 27-59. In: ANDRADE S. M.; SOARES, D. A., CORDONI, L. Jr. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde. 3º ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2001. 325 p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura c. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1400-10, 2004.

COSTA, H. O. G.; KALIL, M. E. X.; SADER, N. M. B. Rede UNIDA: um novo ator social no campo das políticas públicas. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 2: As vozes dos protagonistas. São Paulo: Hucitec, 1999 (p. 97-102).

CHAVES, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; TANCREDI, F. B. Revisitando o ideário e reconstruindo a proposta. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999 (p. 165-183).

CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de**

saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999. (p.1-16)

CHAVES, M. M.; ROSA, A. R. **Educação médica nas Américas:** o desafio dos anos 90. São Paulo: Editora Cortez. 1990. 209p.

CORREIA, Luiza Mara; et al. **Construção do projeto pedagógico:** experiência da faculdade de enfermagem. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>> Acessado em 08 de setembro de 2004.

DECLARAÇÃO de Alma Ata. **Conferência internacional sobre cuidados primários em saúde.** Alma Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acessado em 21 de agosto de 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

FERREIRA, Marieta de Moraes. História oral: comemorações e ética. **Projeto História.** Ética e História Oral, São Paulo, nº 15, p. 157-164, abr. 1997.

FERREIRA, José Roberto. **PROMED** – da utopia à realidade. Cadernos ABEM, v.1, p. 12-14, mai. 2004

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002a. 306p.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Reflexões e propostas da Rede UNIDA para o programa de apoio ao desenvolvimento do programa de incentivos às transformações na educação médica. **Olho Mágico.** 2002b.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção dos sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 212, p. 18-24, dez. 2000a.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A Reforma Sanitária, a Medicina Social/Saúde Coletiva e o processo de formação de recursos humanos em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica & Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.22, p. 09-17, dezembro. 2000.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves; BARBOSA, Neusa; KHALIL, Maria Eunice. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.22, p. 09-17, dezembro. 2000.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; MARSIGLIA Regina. Estratégias para mudanças na formação de rsh com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p. 24-28, julho. 1996.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, Roseni R. A. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999.

FLEURY, Sônia. Equidade e reforma sanitária: Brasil: Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, n.43, p. 45-52, junho. 1995.

FLEURY, Sônia. Novos paradigmas para a saúde: sus, reforma sanitária, recursos humanos: Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, n.48, p. 51-53, setembro. 1995.

FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **Relatório anual de 2002**. 2002

FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **UNI Projects**. Maio. 1995

FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **Carta de apresentação dos Projetos UNI**. Fev. 1991.

KISIL, Marcos (org). Processos de mudanças: bases conceituais. In: **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KISIL, Marcos; CHAVES, Mário. **Programa UNI**: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Battle Creek: Fundação W. K. Kellogg, 1994. 136p.

LDB. **Lei de Diretrizes e Bases**. Lei nº 9324. Brasília: 20 dez., 1996.

MARSIGLIA, Regina M. Giffoni. **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. 118p.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Mai/Jun. 2004, vol.12, no.3, p.447-448.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 269p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: **teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-assistencial-IDA**. Brasília: MEC/SESu/CCS, 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente**. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 10 de março de 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília, mai. 2003.

MÜLLER, Mary Stela; CORNELSEN, Julce Mary. **Normas e padrões para teses, dissertações e monografias**. 5. ed. atual. – Londrina: EDUEL, 2003. 155p.

MOTTA, Marly Silva da. **História de vida e história institucional: a produção de uma fonte histórica**. Rio de Janeiro: CPDOC, 1995.

RANGEL, Maria Ligia; VILASBÔAS, Ana Luiza. Rede UNIIDA: Breve histórico, concepção, organização e estratégias de ação. **Divulgação em Saúde para Debate**. n.12. julho. 1996.

REDE IDA/BRASIL. **Relatório do I Encontro Nacional de Projetos IDA-BRASIL, Ouro Preto/MG 14 a 18 de abril de 1986**. Belo Horizonte: Rede IDA/BRASIL, 1987a. 153p.

REDE IDA/BRASIL. **Relatório do II Encontro Nacional de Coordenadores de Projetos**. Belo Horizonte: Rede IDA/Brasil, 1987b. 137p.

REDE IDA/BRASIL. **I Congresso Rede IDA/Brasil**. Rio de Janeiro: Rede IDA/Brasil, 1989. 114 p.

REDE UNIDA. A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem: as lições aprendidas pela Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 22, 2000a.

REDE UNIDA. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/ problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 22, 2000b.

REDE UNIDA. Intersetorialidade na Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 22, 2000c.

REDE UNIDA. Sobre a proposta de diretrizes curriculares para a medicina. **Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 20, out. 1999, p. 11-13.

REDE UNIDA. **VI Congresso Nacional da Rede UNIDA**, 2005.

REDE UNIDA. Contribuições para as novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação da área da saúde. **Olho Mágico**, 1998, v. 18, p. 11-28.

REDE UNIDA. **V Congresso Nacional da Rede UNIDA**: Nr. 1 jan./abr. 03: Anais. Londrina, 2003. CD-ROM.

RET-SUS, Entrevista: **Mario Rovere** – “A Reforma Sanitária brasileira é um exemplo de organização em rede”. Ano I, n. 4. Dezembro, 2004. p. 2-3.
Disponível em:

<http://www.retsus.epsiv.fiocruz.br/revista/materia.cfm?Num=2018> Acessado em 19 de janeiro de 2005.

RODRIGUEZ, Eleutério Neto. Integração Docente-Assistencial em Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 29-32, julho. 2003.

ROVERE, Mario. **Redes**. Seminário de Planejamento Estratégico da Rede UNIDA, Salvador, 1998.

RUIZ, 2003.

TANCREDI F. B.; FEUERWERKER L. C. M. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**. v. 8, n.2, mai./ago. 2001. p. 11-14.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. 172p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Catálogo de Projetos de Integração Docente-Assistencial**. Belo Horizonte, 1986.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Decidindo quais indivíduos estudar**. In: _____ Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.