

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**A formação de si e o processo de construção de conhecimento: análise da
experiência do Currículo Integrado**

Ana Celina de Souza

Orientadora: Ms. Renata Pekelman

Porto Alegre, abril de 2013.

Sumário

1. RESUMO.....	3
2. INTRODUÇÃO	4
3. OBJETIVOS	8
4. OLHANDO AO REDOR	9
5. CONSTITUINDO O PROJETO.....	20
6. SABERES CONSTRUÍDOS	27
7. CONCLUSÃO.....	30

Resumo

O presente trabalho objetiva narrar a proposta pedagógica, partindo do olhar de facilitadora de aprendizagem, e discutir sua ação reflexiva a partir dos caminhos metodológicos propostos para sua experimentação. Este escrito compõe o curso de Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde. O contexto desta experiência é o ensino em serviço, a partir da modalidade de Residência, no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição/RS. O espaço a ser estudado chama-se Currículo Integrado e configura-se como uma atividade de *campo* e *teórico-prática*, desenvolvida durante os dois anos das Residências de Saúde da Família e Comunidade. A ancoragem metodológica do espaço está no referencial das metodologias ativas de aprendizagens, como o PBL, Problematização e a pedagogia Freireana. Neste texto será enfatizada a experiência como facilitadora de aprendizagem do segundo ano, no qual é desenvolvido um exercício em forma de projeto, que propõe a implantação, expansão ou fortalecimento da ESF/ESB/NASF, em municípios de pequeno porte ao entorno de Porto Alegre. Os objetivos do trabalho são: narrar a trajetória formativa da facilitadora, identificar as linhas de atuação deste ator e trazer alguns resultados da construção deste conhecimento. Este é um estudo descritivo exploratório que faz incursões no método cartográfico. A experiência coloca em análise a micropolítica institucional, que quando estimula o fazer do trabalhador em saúde também a partir do ensino, expõe conflitos e contradições constituintes desta construção. Traz para os cenários de atuação, as tensões que perpassam a formação de um trabalhador no lugar do “entre” saúde e educação. Na construção do exercício, as linhas de atuação da facilitadora colaboram para a constituição de um espaço grupal de trabalho cooperativo que analise a interface gestão/atenção de uma perspectiva ampla e histórica, contextualizada com a produção de saúde. Na análise de dez projetos realizados entre os anos de 2009 e 2012, há um indicativo claro que aponta para a mudança de modelo de saúde nos municípios. As categorias analisadoras foram: Processo de Trabalho, Educação no Trabalho no SUS e Síntese de Conhecimentos. O exercício expõe os residentes a refletirem sobre a sua atuação no SUS, buscando ampliar e superar a noção de ensino-serviço, ao afirmar que o trabalho em saúde busca contemplar a busca pela integralidade. Os caminhos da construção de conhecimento, apontam para uma formação comprometida com a mudança de paradigma na saúde, contribuindo para a construção da intersectorialidade e integralidade na formação e na consolidação do SUS.

Descritores: Interdisciplinaridade; Currículo Integrado; Residências em Saúde;

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo narrar a proposta pedagógica, a partir do olhar de facilitadora de aprendizagem¹, e discutir sua ação reflexiva a partir dos caminhos metodológicos propostos para sua experimentação. A monografia compõe o curso de Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde, uma parceria entre o Grupo Hospitalar Conceição, Escola de Saúde Pública/RS e a Universidade Federal do Rio Grande Sul, representada pela Faculdade de Educação e o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (Educa Saúde).

O contexto em que esta experiência está inserida é do ensino em serviço, a partir da modalidade de Residência, uma pós-graduação realizada no lócus do trabalho em saúde, na qual os profissionais ingressam através de um processo seletivo público, e durante dois anos atuam na ênfase de interesse. O cenário de aprendizagem desta formação são os serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), um complexo hospitalar formado por quatro grandes hospitais (Clínica Geral, Saúde da Mulher, Atenção ao trauma e Cuidado à criança) e uma rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (12 Unidades Básicas de Saúde e um Consultório na Rua) e de Saúde Mental (3 Centros de Atenção Psicossocial). A gestão destes últimos serviços fica sob responsabilidade do Serviço de Saúde Comunitária (SSC). Esta rede de serviços localiza-se na zona norte do município de Porto Alegre/ RS, Brasil.

Da experiência do GHC com o ensino, nos serviços de saúde, nasce a Escola GHC que pretende ser um pólo formador de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), com cursos técnicos e de pós graduação, incluindo a Residência Integrada ênfase em Saúde da Família e Comunidade junto com o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RIS-SFC e PRMFC). A presença do ensino em saúde nesta Instituição confere aos serviços um movimento permanente de educação para a saúde, que anualmente, no SSC, forma cerca de 40 profissionais que vivenciam e aprendem na realidade do trabalho. Este trabalho vai se ocupar de uma das formações que acontecem nesta rede de ensino em serviço, referente aos processos de aprendizagem em APS, integrando as Residências em questão, que é chamado de Currículo Integrado (CI). O cenário

¹ Mais adiante me ocuparei de apontar a intenção do uso “facilitadora de aprendizagem”.

dessa formação são as doze US do SSC, que anualmente recebem em torno de 50 residentes, que se envolverão em atividades de núcleo, de campo, práticas, teóricas e teóricas-práticas. Aspectos que contextualizam o CI na história do SSC são apontados por Pekelman (2010) e falam da invenção deste dispositivo de formação interdisciplinar em sintonia com um projeto de gestão e atenção à saúde. O CI é criado como um componente de um projeto de **trabalho em saúde** (ensino, gestão e atenção), superando a noção de ensino-serviço ou ensino-comunidade-serviço, ao afirmar que o trabalho em saúde se orienta pela busca da integralidade (Ceccim e Carvalho, 2005).

O Currículo Integrado é um dispositivo de construção de conhecimento interdisciplinar que ocupa um lugar de produção de saberes de *campo* na Saúde Coletiva. Segundo Campos (2000), o campo é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Neste sentido, o CI se configura como uma atividade de *campo* e *teórico-prática*, pois seu processo pedagógico direciona-se para a construção de conhecimentos através da análise de problemas a partir de território, para a compreensão da realidade em sua complexidade e trabalha a realidade a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos (Diercks et al, 2010). Acrescento a esta afirmação, o fato do processo pedagógico ter como lugar privilegiado os pequenos grupos (PG's), formados por profissionais residentes de categorias diversas, o que tem uma potência multiprofissional em si.

Durante o primeiro ano do CI, no primeiro semestre, são estudados os princípios da APS, conceitos norteadores da prática: território, acesso, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. No segundo semestre é a vez dos modos de fazer APS: educação em saúde, abordagens comunitárias, vigilância em saúde e ações programáticas (Diercks et al, 2010). Importante ressaltar que todos os núcleos que compõe a Residência Integrada e a Medicina, durante o desenvolvimento do primeiro ano de residência, realizam uma imersão na unidade de saúde, compondo os espaços de trabalho em equipe, vivenciando práticas de ambulatório/núcleo profissional e de campo. Já no segundo ano, os residentes vivenciam outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como serviços especializados, espaços intersetoriais, gestão em saúde e o estágio optativo (PPP, 2004).

O CI, institucionalmente, é composto por trabalhadores da saúde que atuam na APS/SSC, podendo ou não ser preceptores das Residências. Os facilitadores estão distribuídos entre aqueles que atuam junto aos residentes do primeiro ano (R1) e aqueles que atuam junto aos de segundo ano (R2). No segundo ano do Currículo Integrado é desenvolvido pelos residentes e facilitadores, exercícios em forma de projeto, que propõe a implantação, expansão ou fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/ESB/NASF) em municípios de pequeno e/ou médio porte no entorno de Porto Alegre.

Pretendo, ao olhar o processo pedagógico proposto, identificar as linhas de atuação deste ator pedagógico (facilitador) e buscar evidenciar alguns resultados da construção deste conhecimento. Seu trabalho principal é mediar o trabalho do grupo, não ser um transmissor de conteúdos, mas estimular a curiosidade, exercitar a pergunta, o questionamento, ou seja, a problematização (Diercks et al, 2010).

Na construção de outros modos de aprender e ensinar, orientados pela problematização da realidade, e que busca processos críticos-reflexivos para a transformação desta, aqui se dará foco para a construção do conhecimento a partir do olhar da facilitadora de aprendizagem. Uma consideração importante sobre a constituição desta figura, especificamente neste trabalho: este/a facilitador/a é um profissional da saúde que se insere em processos formativos de si e de outros, que ocorrem concomitantemente. Ou seja, são profissionais que se forjam na perspectiva do ensino da saúde em serviço e que estão de alguma maneira, inseridos e produzindo os modos como se aprende a trabalhar em saúde, a cuidar da população, a pensar e agir em prol de processos democráticos e participativos para o fortalecimento do SUS. Aqui se tem uma ação anti-dicotômica entre saúde e educação e que pode ser um analisador para pensar/providenciar a Educação Permanente em saúde, como sugere Ceccim (2005), para superar a concepção hegemônica tradicional para uma concepção construtivista.

O trabalho discute o processo pedagógico, a partir da visão da facilitadora de aprendizagem, de uma atividade teórica dessas Residências do GHC, como um dispositivo para a formação interdisciplinar na saúde, com ênfase na Atenção

Primária em Saúde. Este é um estudo qualitativo, descritivo exploratório, com processo metodológico ancorado na potencialidade da experiência de uma facilitadora de aprendizagem e nos sentidos que são apresentados pela experiência na relação com os objetivos propostos pelo dispositivo em questão (CI). Este estudo utiliza-se do método cartográfico, onde o pesquisador acompanha o processo de se tornar uma facilitadora de aprendizagens e também reflete consigo no processo de investigação. Para Barros (2010, p. 57), a cartografia difere-se do método da ciência moderna, “pois não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo”. Sendo assim, a pesquisadora realizou a pesquisa a partir de suas observações e anotações sobre a sua formação, buscando encontrar as linhas de atuação e as tensões constituintes da identidade de quem se constitui no entre² saúde e educação. O estudo também analisou os projetos apresentados pelos residentes na finalização do exercício pedagógico, da problematização para reconhecer os caminhos da construção desses conhecimentos, os objetivos e as propostas de intervenção que os residentes construíram.

² Ceccim (2005, p.265) propõe o termo no lugar de interdisciplinar, podendo encontrar não o cruzamento ou intersecção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando alteridade e aprendizagens. Surge, então, a terceira margem, não a intersecção da interdisciplinaridade, mas a emergência do “entre”.

OBJETIVOS

- Narrar a proposta pedagógica, partindo do olhar da facilitadora de aprendizagem;
- Discutir sua ação reflexiva a partir dos caminhos metodológicos;
- Evidenciar algumas marcas da construção de conhecimento.

OLHANDO AO REDOR ...

Minha trajetória de profissional de saúde, quase sempre, foi marcada por identificações/representações enquanto trabalhadora do campo da saúde. Na formação de enfermeira, durante a graduação e na residência em atenção básica, descobri que minha categoria profissional assumia um papel articulador nas equipes, no que refere as articulações do quadrilátero da formação: ensino, atenção, gestão e controle social. Não considero esta identificação restrita à enfermagem, mas percebo que, pela formação universitária que somos expostos construímos competências diversificadas, em função da nossa categoria estar compartimentada entre auxiliares, técnicos e enfermeiros e este último estar no papel de coordenação desta equipe. Ou seja, somos de nascimento, potenciais coordenadoras de equipe, podendo operar pela via do exercício da verticalidade da função, ou pela co-gestão dos processos de trabalho.

A residência integrada também provocou a construção deste olhar ampliado sobre as possibilidades de desconstrução de uma identidade profissional fechada. Estar junto com residentes de categorias profissionais diferentes para pensar, avaliar, planejar e executar práticas de saúde é terreno fértil para a formação de profissionais de saúde inventivos e ampliadores de horizontes.

O que quero salientar com isso é a minha pré-disposição em trabalhar junto à equipe multiprofissional e principalmente reconhecer o ensino em saúde como espaço potente para desenvolver habilidades do campo da saúde. Uma palavra que descreve esta pré-disposição é mutante, aquele que não se fixa em uma identidade profissional rígida e pré-estabelecida, que não dança conforme a música, mas que compõe a música ao dançar.

O início dos trabalhos junto ao SSC foi ritmado neste compasso: olhos abertos para o que há de vir. Não tem como narrar a experiência de facilitação no Currículo Integrado de modo descontextualizado destes pressupostos que expus, muito menos dos cenários de atenção à saúde os quais habitava. De maneiras distintas, estes cenários determinaram minha atuação como facilitadora e vice-versa, e as escolhas que fiz durante estes 4 anos falam destes contextos, ora potentes para a atuação enquanto facilitadora, ora completamente frágeis.

Em 2009, ano que iniciei a composição do Currículo Integrado, eu fazia parte de uma das equipes do SSC. Éramos 3 enfermeiras nesta unidade, duas trabalhando pela manhã e eu na tarde. Quando iniciei os trabalhos nesta equipe fui convidada a assumir as funções de preceptoria de enfermagem na residência integrada em saúde, e este convite foi feito a mim em razão da minha formação e experiência na residência.

Em determinado dia, próximo ao horário do almoço, recebo uma ligação telefônica de uma colega enfermeira de outro posto do SSC. Nós havíamos passado no mesmo processo seletivo público e ambas tínhamos contratos temporários em 2008, e seguidamente conversávamos e apoiávamos uma a outra neste momento de indefinição de futuro. Havíamos nos aproximado. Era ela ao telefone e por ela recebi o convite para tornar-me facilitadora do CI junto aos residentes do segundo ano. Por telefone ela me explicou qual seria a proposta, quando eram os encontros e quando começaria. Isto aconteceu antes do semestre iniciar, em fevereiro de 2009. Fiquei positivamente surpresa com o convite, agradei e me comprometi em responder em breve.

Conheci a proposta do CI brevemente, em 2008, através dos residentes do Jardim Itu, que me contaram de uma viagem que fizeram a um município – São Francisco de Paula – para conhecer a gestão municipal e a estratégia de saúde da família. Sabia que era um espaço de teórico/prático das residências integrada e médica; que era um espaço que só existia na ênfase de saúde da família e que sua proposta pedagógica era diferenciada dos espaços que eu conhecia, pois privilegiava o pequeno grupo como espaço de aprendizagem.

Antes, precisaria conversar com minhas colegas enfermeiras, pois dependia do apoio do grupo para estar fora da Unidade de Saúde nas quintas de tarde, e uma delas precisaria ficar em meu lugar neste turno. Nesta conversa expus que havia recebido o convite e que tinha interesse de minha parte em aceitar, e que um ponto importante neste aceite seria que em nossa unidade de saúde não havia nenhum(a) facilitador(a) no CI e que seria importante esta presença para articular o nosso serviço com os elementos constituintes do currículo do CI. Uma colega aceitou cobrir a quinta feira á tarde, e aceitei ao convite.

Estava descobrindo espaços, estruturas e processos dentro da instituição e me falaram que minha primeira reunião seria no NES – Núcleo de Educação em Saúde, em frente ao mezanino do HNSC. Chegando lá, encontrei uma sala

acolhedora, com muitos livros, documentos, computadores, arquivos e uma mesa redonda com materiais de escritório em cima (clips, borrachas, canetas...) , tudo isso em mais ou menos 5x3 metros. Tinha muita informação por ali, cartazes com salas dos pequenos grupos, cronogramas, telefones e ramais, fotos das pessoas que ali circulavam, frases de Paulo Freire, imãs de geladeiras nos arquivos, imagens de Frida Kahlo, poesias, lembrancinhas dos lugares por onde as pessoas passavam/visitavam, mandalas, livros, muitos livros! Aos poucos fui conhecendo os demais colegas que faziam a facilitação dos pequenos grupos

Os colegas foram bem acolhedores! Lembro que neste primeiro encontro minha colega estava com dois grandes cadernos, um seria um livro de registros dos facilitadores e outro seria do pequeno grupo que iríamos facilitar. Sim, seríamos uma dupla, ela com mais experiência, pois havia participado em 2008, e eu me formando para ser uma facilitadora. Havia aí uma lógica de educação permanente para os profissionais, um espaço para aprender com e no trabalho, um espaço com pelo menos dois objetivos ao mesmo tempo: expor os residentes ao exercício do diálogo, da problematização e da formação de consensos através da construção do projeto; e ser um espaço de formação para os trabalhadores do SSC, através do exercício da facilitação dos processos de aprendizagem dos pequenos grupos e das discussões formativas entre os facilitadores – que na época aconteciam de modo mais sistematizado.

Voltando aos colegas acolhedores, percebia que no espaço havia uma certa leveza, lembro que existia em mim uma expectativa de seriedade sisuda, que não encontrava espaço para ser naquele coletivo. Havia muita informação a ser repassada e questões importantes a serem discutidas (a centralidade do processo pedagógico no residente e as ancoragens no PBL e Metodologia da Problematização, por exemplo), porém este processo foi estimulado pela via da proximidade, do estar junto e do respeito ao meu tempo. Alguns textos foram me passados, sobre Currículo Integrado, PBL, Tutoria entre iguais, e logo fiz uma pasta para andar comigo e ler quando fosse possível. Também conversamos sobre a proposta de exercício para o CI no seu segundo ano, que seria realizada pela primeira vez: a implantação ou ampliação da ESF em um município próximo à Porto Alegre. Esta ideia foi proposta pelo grupo de residentes que havia vivenciado o CI no ano anterior, durante o segundo semestre do segundo ano, no qual havia uma proposta de estudo por grupo de interesse, ou seja, os pequenos grupos eram

formados por temáticas eleitas pelo grupo de residentes. Um dos grupos de interesse havia escolhido conhecer a realidade de São Francisco de Paula, como citado acima; e ao finalizar a vivência e fazer/discutir a avaliação do processo do CI, foi sugerido que esta proposta poderia tornar-se comum para todos que passavam pelo CI durante o segundo ano. Acredito que este grupo de interesse tornou-se atividade pedagógica para todos na residência, e que hoje semestralmente é avaliado positivamente, por que representa uma imersão na realidade do SUS que até então, tem sua parcela de novidade no currículo das Residências em questão.

Já em meu primeiro semestre como facilitadora me deparei com uma dificuldade estrutural importante: a falta de espaço físico adequado para os encontros em pequenos grupos. Os residentes, de modo geral, sempre foram solidários a esta dificuldade e ofereciam suas residências para realizar os encontros. Por um lado, humanizamos as relações e os vínculos tornam-se mais profundos, ao abrir a casa, ao ir ao mercado junto comprar o lanche, ao sentar mais à vontade para desenvolver as discussões, ao permitir conhecer-se fora do ambiente institucional (ainda que com o crachá da instituição junto ao peito). Por outro lado, é descompassado o ritmo do crescimento e desenvolvimento institucional com a estrutura que a mesma oferece, não tendo espaço físico suficiente para dar conta da formação que propõe. E o recurso da internet, que é fundamental para desenvolver as aprendizagens, não está disponível em todas as salas, o que torna a dificuldade maior ainda.

Enquanto aprendiz de facilitadora meus primeiros encontros em pequenos grupos foram bem tímidos, eu buscava ao mesmo tempo entender como aquela proposta de exercício e de processo de aprendizagem, tomava corpo nas relações que ali se constituíam. Queria entender o papel do facilitador, o papel de protagonistas da construção de conhecimento dos residentes, como as intervenções dos facilitadores resultavam numa experiência de aprendizagem significativa? Acho que é esta questão que busco desenvolver nesta escrita de conclusão de curso, e que frequentemente me deparo com uma intuição de que não existe receita de bolo. E que é nas relações estabelecidas em cada pg (entre os residentes, entre residentes e facilitadoras) que este aprendizado se processa ancorado nas dúvidas, nas respostas e mesmo nas dúvidas que não tem repostas.

Sobre esta questão das respostas, logo no início minha colega chamou minha atenção sobre o fato de eu estar respondendo a uma questão levantada por alguém

no grupo. Fiquei incomodada com o fato de ela ter me exposto ao grupo, mas serviu para eu perceber que o ímpeto de dar a resposta é o natural, que foi socialmente construído.

Frequentemente percebo a contradição dos papéis que exerço enquanto enfermeira e enquanto facilitadora: a primeira é aquela que é acionada quando necessita de resposta, tanto pelo usuário que vem a uma “consulta”, quanto pelo colega que busca a enfermeira pela retaguarda que esta estabelece com o processo de acolhimento, ou pelo agente comunitário de saúde que está com dificuldades para orientar a medicação para tal usuário, ou pela equipe de enfermagem que me aciona para resolver uma situação. A segunda, a facilitadora de aprendizagem, é que responde as perguntas com outra pergunta, ou aquela que amplia as questões, aquela que coloca o residente dentro do labirinto para encontrar a resposta, para este perceber que a dúvida mudou. Enfim, são dois referenciais de postura pedagógica que habitam o encontro/intersecção interdisciplinar.

Aqui, cabe uma reflexão sobre os modos como de fazer ensino em saúde pode contaminar os modos de fazer saúde ou vice-versa. No cotidiano do trabalho em saúde, a resolução dos problemas que surgem é um princípio norteador legal para nossa prática, e em muitos momentos o usuário e a equipe demandam respostas. Perrenoud (2002), didaticamente reflete, sobre a diferença entre *refletir para agir* e *refletir sobre a ação*, e pondera sobre a flexibilidade destas distinções e o fato de haver mais continuidade entre elas do que distinção. Para o autor, “refletir durante a ação consiste em se perguntar o que está acontecendo ou o que vai acontecer, o que podemos fazer, o que devemos fazer, qual é a melhor tática, que desvios e precauções temos de tomar, que riscos corremos, etc.”

Ao tempo que a reflexão sobre a ação tomamos nossa própria ação como objeto de reflexão para dar sentido e compreender, aprender e integrar o que aconteceu. Segundo o autor a “reflexão não se limita a uma evocação, mas passa por uma crítica, por uma análise, por uma relação com regras, teorias ou outras ações, imaginadas ou realizadas em uma situação análoga” (p.31).

Desconsiderando as diferenças estruturais das cenas e dos propósitos de uma situação da atenção à saúde (dúvida da equipe de enfermagem em ato, por exemplo) e outra do ensino em saúde, no caso a facilitação do CI (com uma metodologia e ancoragens pedagógicas), e sem avançar nas narrativas no/do espaço da atenção à saúde, me inquieta as diferenciações percebidas entre estas

duas racionalidades. Encontro a discussão que Pasini (2010) faz sobre o exercício de poder da racionalidade biomédica no saber prático cotidiano dos serviços de saúde. Este tem grande influência ao colar-se em respostas prontas e fechadas, verdades sobre aquela situação, seja ela o corpo de um usuário ou a constituição de algum processo de trabalho.

Pasini (2010) vai relacionar este modo de ensinar e aprender como uma representação (re-apresentação), que está “marcada pelo modelo platônico de apropriação do mundo, tomando o sujeito pensante como aquele submetido à lógica da representação”. Nesta lógica, estamos fadados a sermos sempre os mesmos e o conhecimento perpetuar-se como tijolos e muros, bem acimentados pelas mesmas respostas. Outra pesquisa poderia trazer mais elementos contraditórios e desafios sobre os modos de ensino/aprendizagem no cotidiano do trabalho em saúde, evidenciando a desconstrução da verdade como potencial para lidar com a diversidade da vida.

Aqui, me suscito refletir sobre o deixar-se transbordar as aprendizagens vivenciadas nos espaços educativos formais (CI, curso de práticas pedagógicas, espaços de núcleo) para o cotidiano do trabalho em saúde.

Porém, tentando situar o leitor nesta narrativa a partir de uma linha de tempo, volto ao processo de olhar ao redor e vejo que no meio do caminho havia uma pedra. Após os primeiros encontros de pequeno grupo, no qual trabalhamos temas transversais para a construção do projeto, recebo outro telefonema de minha colega facilitadora, porém para dar a notícia que ela precisaria deixar o currículo integrado em função de seu segundo emprego. Meu mundo caiu e eu sorria para não chorar, pois eu estive aprendiz de facilitadora para facilitadora em menos de um mês. O grupo já estava formado, o processo já havia começado, a história estava andando e por isso não passou pelas minhas ideias desistir de estar ali. Novamente o grupo de facilitadores me apoiou, sempre abrindo espaço para me colocar e falar sobre os trajetos e contornos que as discussões tomavam.

Com este episódio abro a reflexão sobre a diferença entre coordenar e facilitar os processos. Não me colocava como liderança/coordenação deste processo e por isso tive tranquilidade para aprender com o grupo, observar e interagir a partir dos pressupostos direcionais do exercício. Porém, mesmo estes pressupostos me escapavam durante este momento de estar só, ou melhor, acompanhada de longe pelos colegas. Logo após a saída da colega, percebi um

movimento de coordenação de si, operada pelo próprio grupo, a partir de uma orientação equivocada que fiz. Transformei o projeto de implantação de ESF no município, na implantação de uma equipe de ESF no município. Foi quando alguém no grupo disse: não, nossa atividade é implantar a ESF no município. Ou seja, houve aí uma tomada de consciência do grupo sobre qual era o objetivo do exercício e a diferenciação entre implantar UMA equipe de ESF e implantar A ESF no município.

Sobre esta diferenciação (coordenação e facilitação), na caminhada inventiva do CI e na “necessidade de uma experiência problematizadora e construtiva, buscou-se alguns elementos na Problem Based Learning (PBL) e na problematização como principal eixo estruturante do processo pedagógico” (Diercks et al, 2010). Aqui me detenho a fazer breve pesquisa sobre as terminologias utilizadas para conceituar um facilitador de aprendizagem, e ao longo do texto tenho a expectativa de que o/a leitor/a consiga visualizar o porquê da defesa desta figura no processo de construção do conhecimento. Segundo Berbel (1998) ambas as propostas “trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender”. Cyrino e Toralles-Pereira (2004) complementam a expressão e colocam que ambas “são apoiadas na aprendizagem por descoberta e significativa, ambas valorizando o aprender a aprender”. Mas como estes pressupostos tomam contorno para a materialização a partir da figura do/a facilitador/a desta aprendizagem? Seria uma incoerência dizer que o “sucesso” destas metodologias está apoiado na figura do facilitador de aprendizagem, afinal ambas as propostas são centradas no educando e na sua potencialidade de aprender, individual e coletivamente. Porém, considero estratégico dar visibilidade para a pergunta acima no atual contexto, pois espero que auxilie a problematizar os caminhos que os “cavaleiros acertantes” percorrem ao se aventurarem nas fronteiras entre saúde e educação. Para ajudar nesta compreensão farei breve revisão sobre a definição de facilitador de aprendizagem ou educador, buscando significar os termos numa atitude educativa compatível com a construção da autonomia, de processos de aprendizagem significativa e de ensinoaprendizagem³.

Mamede e Penaforte (2001), em sistematização sobre o PBL, destacam que

³ Termo que Roberto Henrique Amorim de Medeiros(2010) produz para evidenciar o elemento de simultaneidade e o caráter dialético deste fenômeno que se dá na relação entre as posições daquele que ensina e daquele que aprende.

a principal característica do facilitador de aprendizagem é a promoção tanto do processo de aprendizagem como a cooperação mútua entre os alunos. Considerando que o PBL parte da premissa que o espaço pedagógico privilegiado é o pequeno grupo e que é neste que os princípios da educação de adultos são aplicados, os autores sistematizam as funções do facilitador como as seguintes:

- 1) Manter os fluxos das discussões: manter o processo de aprendizagem em movimento, integrando sua sequência;
- 2) Estimular: à medida que o facilitador questiona, durante a análise e resolução do problema, estimula o grupo a pensar crítica e profundamente sobre o tema;
- 3) Fazer perguntas: os questionamentos podem ajudar os estudantes a descobrir e resolver por si mesmos quaisquer erros de concepções;
- 4) Prover informações: ao detectar possíveis informações erradas ou se perceber que o grupo não pode encontrar sozinho o caminho correto, o facilitador deve dar uma breve explicação ou exemplos práticos, para retomar o funcionamento normal ou estimular maior profundidade da discussão;
- 5) Observar e analisar: auxilia na detecção dos pontos positivos e negativos do funcionamento do grupo, com o objetivo de dar feedback sobre o método utilizado, a qualidade das discussões e contribuição de cada membro;
- 6) Dar feedback: deve opinar sobre a qualidade do conteúdo das discussões com o objetivo de melhorar a participação individual de cada membro.

As avaliações são um capítulo a parte nesta construção enquanto facilitadora, pois é a partir delas que aponto as velas da facilitação para um lado ou para outros. Elas são instrumentos potentes para compreender a representação que o CI tem para os residentes. Sendo um dispositivo para a formação interdisciplinar, a avaliação de processo pode ser o ninho formado por linhas prestes a serem desenredadas, para construir este percurso pelas terras (des)conhecidas. Mas tenho que pontuar que ler e analisar as avaliações de processo, e realizar as avaliações individuais, vem acompanhado de certo frio na barriga. Relaciono este frio, com o fato de minha atuação enquanto facilitadora também estar sendo avaliada. Esta tensão tem ligação direta com a vivência à que os residentes são provocados e expostos, na qual é estimulado o olhar de avaliação, de realizar a crítica partindo do

lugar de quem compõe o espaço, e constrói do processo. Vejo-me um tanto exposta enquanto facilitadora, no sentido de estar ocupando um lugar carregado de histórias e culturas hegemônicas de aprendizagens, e que nem sempre são de fácil desconstrução. Assim como o papel diferenciado de ser facilitadora não está naturalizado, constituir uma nova atitude de aprendiz, nesta metodologia, é uma busca constante, tensionada a partir da história de aprendizagem que cada um/a carrega consigo. E ser facilitadora é estar neste enrosco, ora um lugar de produzir respostas, ora um lugar de reinventar as perguntas.

De modo geral os residentes avaliam minha prática positivamente, ou seja, percebem que os meus posicionamentos são tomados com a intenção de que o grupo descubra seus caminhos para a construção do exercício em suas diferentes etapas. Por exemplo, no que se refere à transformação de um dado bruto em informação em saúde (ler o dado dentro do contexto onde ele foi produzido), o que os simples questionamentos como: “o que este dado nos diz?” ou “o que este dado e este contexto produzem juntos?” estimula que respostas/dúvidas individuais sejam expressas e transformem-se em discussão coletiva. Neste processo, me interessa, como facilitadora, perceber quais saberes entram em cena, quais as possíveis conexões destas construções com as temáticas trabalhadas no exercício, quem fala o quê e quem não fala.

Por outro lado, percebo e compreendo as críticas que recebo. Estas apontam para a dificuldade de convocar para a discussão em grupo aquelas pessoas que se expõe em menor intensidade na construção do projeto. Existe aí a necessidade de exercitar o ato de dar feedbacks individualizados para todos os membros do pequeno grupo, bem como, para o processo de construção do conhecimento coletivo, este em ato.

O processo que foi coletivizado em todo tempo, ao final é dado visibilidade para cada sujeito que compõe o grupo, com a expressão da sua individualidade. Estas, na medida do possível, entregam para o grupo o que tem de melhor naquele momento, sua bagagem cultural, seus posicionamentos políticos, suas crenças e ideias; e não entregar isso ao grupo também é expressar esta individualidade. Nas avaliações individuais é comum ouvir que “eu poderia ter colaborado mais”, ou “geralmente sou uma pessoa quieta, fico mais na minha”; e o facilitador enxerga quais as potencialidades, dificuldades e o quanto há de desejo em cada um que compõe os grupos, durante o desenvolvimento do exercício. Minha hipótese é que

há uma linha tênue entre o afirmar-se de tal jeito, com tal característica e o ir além do que do que até hoje fui. Enquanto educadora que avalia estes residentes, também esta linha é tênue: entre o considerar que estas são as potencialidade e limites do residente e a atitude de dar um retorno que promova o crescimento desse profissional enquanto um sujeito em construção, que não naturalize atitudes freadas e que estimule o seu envolvimento nesse grupo.

Enquanto os trabalhos do Currículo Integrado se desenrolavam, algumas situações aconteciam na unidade de saúde, e isto me deixava preocupada e por um tempo gerou uma inquietação grande sobre o estar “fora” da Unidade, como se houvesse uma “traição” de minha parte com aquela equipe. Aconteceram problemas nas quintas feiras pela tarde, turno em que eu não estava lá, e que apesar da combinação de me cobrirem, nem sempre isso acontecia. Havia uma cobrança da equipe de enfermagem da minha presença e que foram necessárias articulações com a chefia, recombinações com as colegas, e reafirmação de minha parte quanto ao fato do ensino ser parte constituinte de nosso trabalho no SSC/GHC. A forma como os poderes eram constituídos, naquela unidade, eram evidentes e acredito que recombina acordos e levar as questões para a coordenação foram possibilidades para afirmar que o espaço do Currículo Integrado é importante para a instituição e que quando há acordos a assistência não fica prejudicada. Aliado a esta reflexão, considero que os modos como a minha chegada nesta equipe aconteceu, constitui um senso de responsabilidade que disfuncionou minha capacidade de construção e desconstrução enquanto enfermeira naquele local. E que isto foi evidenciado por ora uma grande responsabilização e ora um sentimento de culpa de não estar presente. Fajardo (2010, p.197) reflete sobre o incômodo compreendido no descompasso entre o que está prescrito para o trabalho no campo da Saúde e o esperado no cotidiano de uma instituição tão múltipla como o GHC. Para a autora,

“a cultura do trabalho em saúde não prevê a interação com o ensino e a pesquisa, pois prevalece na nossa memória o professor universitário e o pesquisador cientista, como contraposição ao trabalhador em inter-relação direta com um paciente ou com usuários individuais ou coletivos das ações e dos serviços sanitários.”

Finalizo esta etapa de escrita apontando similaridades entre este esforço

institucional para o espaço de ensino ser reconhecido e integrado aos processos de atenção à saúde, e os desafios pedagógicos que se apresentam em minha constituição enquanto facilitadora. Faço uma relação sobre ir além das já conhecidas dificuldades pessoais e profissionais, com a desenvoltura que forjamos para constituir novas equipes em novos cenários, durante a vida de trabalho. Um pouco do ser mutante que falei lá em cima. Após 4 anos como facilitadora estou aprendendo a ir além das minhas dificuldades de ser um pouco mais dura, mas sem perder a ternura; de me conectar a este outro profissional/sujeito de modo leve, mas evidenciando que nunca se está pronto e a construção de habilidades e saberes é um processo de vida.

CONSTITUINDO O PROJETO

No segundo ano do Currículo Integrado residentes e facilitadores, desenvolvem um projeto que propõe a implantação, expansão ou fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/ESB/NASF) em municípios de pequeno e/ou médio porte no entorno de Porto Alegre.

O exercício parte de alguns pressupostos que compõe, no final deste processo, uma experiência que tem se mostrado potente para a formação dos residentes em SFC/GHC. No exercício de pensar/fazer gestão municipal, enfocando as questões da rede de saúde e dando ênfase à implantação de processos de trabalho que podem qualificar a atenção primária em saúde, a partir da operacionalização da ESF, o pequeno grupo coloca em movimento debates sobre a engrenagem social que cria as realidades municipais estudadas.

O planejamento deste processo acontece a partir dos resultados pedagógicos obtidos no semestre anterior, o que nos apresenta um dado de que o próprio planejamento da atividade pedagógica busca contemplar uma dinâmica participativa e reflexiva, pois considera a avaliação de processo realizada pelos residentes como dado para orientar o planejamento do projeto a cada semestre.

Semestralmente temos uma turma de, em média, 25 residentes de distintas categorias profissionais, que são divididos em pequenos grupos que variam conforme a disponibilidade de facilitadores do semestre (atualmente somos 4 facilitadoras). O critério para a divisão dos pequenos grupos é: multiprofissionalidade - composição de distintas categorias - e a diversidade entre as Unidades de Saúde onde desenvolvem sua residência dentre as doze do SSC. Este item é importante para relacionar com uma provocação intencional feita pela proposta pedagógica em ato: constituir equipes de trabalho diferentes daquelas que os residentes estão acostumados a trabalhar no cotidiano dos dois anos de residência.

Sendo a proposta pedagógica um convite a composição conhecimentos interdisciplinares, ao experimentar saberes, práticas e políticas de gestão em saúde com ênfase na Atenção Primária e Gestão de Redes de Saúde, o grupo constitui uma nova equipe de trabalho, e aqui se percebe o exercício de colocar-se aberto ao

novo, ao relacionar-se com os "desconhecidos" e enfrentar o desafio de constituir neste agregado de pessoas, uma equipe de trabalho, o que mais adiante será uma necessidade do mundo pós formação.

O Currículo Integrado tem se apoiado em algumas referencias metodológicas progressistas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, Problematização, Método do Arco e bases Freireanas, e aqui não vou me deter em diferenciar e aproximar estes caminhos metodológicos, mas referenciarei como metodologia ativa de aprendizagem, apontando como pontos comuns entre as metodologias a centralidade do protagonismo do educando e a crítica ao modo expositivo e bancário das metodologias tradicionais. Neste sentido Mitre et al (2008) nos ajuda a pensar que,

“(...) as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades.”(p. 2135)

Em média contamos com 17-18 encontros para a construção do exercício, sendo que estes são realizados nas quintas feiras, durante 3 horas. O grupo de facilitadoras organiza o cronograma desta atividade que irá ser baseado em quatro grandes momentos: Encontros em grande grupo para discutir temas chaves da temática de gestão da APS; escolha do município e pesquisa em dados secundários; Visita de campo ao município, incluindo o planejamento desta; levantamento de problemas, planejamento e decisões sobre o projeto - incluindo a apresentação para o grande grupo.

O início

No início dos trabalhos realizamos o encontro para nos reconhecermos enquanto atores deste processo pedagógico. A partir de uma dinâmica de apresentação, apresentamos a proposta do exercício, as ancoragens metodológicas, com os conteúdos e referências que vão preencher a mala desta viagem. Aqui também são compartilhados os aspectos mais significativos da avaliação de processo do último semestre, composto por falas de cunho geral, singulares e particulares sobre a experiência vivida.

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) trabalhamos os temas que tem sido avaliados como positivos e transversais para a realização do exercício: Redes Integradas de Saúde, Educação Permanente, Apoio Matricial/Apoio Institucional, Financiamento do SUS e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os encontros iniciais são oportunidades de (re)conhecer os aprendizados vivenciados durante a residência no cotidiano do trabalho na atenção. Sendo a formação multiprofissional, é fato que diferentes conteúdos são trabalhados de diferentes formatos e perspectivas, dependendo do núcleo profissional que o estuda ou ainda se é um estudo a partir da vivência ou da teoria. Contudo estes conteúdos podem ou não fazerem parte dos itinerários formativos dos sujeitos da formação. Este é um momento que se propõe tanto para os que já possuem saber aproximado, quanto para os que não, dependendo do itinerário de cada um.

O objetivo principal do estudo das temáticas é ser elemento comum, em diferentes intensidades, para todos e auxiliar na contemplação do referencial teórico para o exercício.

A escolha do município

O exercício propõe que seja estabelecido a partir de 3 critérios: até 120 mil habitantes, até 30% de cobertura de ESF e ser relativamente próximo a Porto Alegre. E que utilize como trilha o documento “Normas e Diretrizes para implantação da Estratégia de Saúde da Família” da Secretaria Estadual de Saúde/RS, versão adaptada em Anexo. Cabe ao grupo, agora, escolher o município: e quais seriam os critérios? Como estão as conjunturas locais? Quem está em nossa rede quente? Vamos pensar sobre os condicionantes e determinantes sociais nestes cenários estudados? E outras questões mais afetivas, como ser a cidade de nascimento de alguém do grupo? Ter alguma relevância cultural e/ou gastronômica? Estas e outras questões fazem parte da rede de escuta/conversação exercidas que compõe o processo de constituição do grupo. Além de a “Norma”, também, ser um instrumento de levantamento de informações e dados em saúde. Ao grupo de residentes cabe descobrir os caminhos da informação, exercitando sua capacidade de busca, sua curiosidade na formulação da pesquisa e sua potência para transformar dados “frios” em informação em saúde.

Os principais caminhos de pesquisa são bancos e plataformas como Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (www.ibge.gov.br), Data-SUS

(www.datasus.gov.br), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (<http://189.28.128.178/sage/>), Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (www.cnes.datasus.gov.br) entre outros. As páginas virtuais dos municípios a serem estudados também são fontes de pesquisa, principalmente sobre dados culturais.

Realizada a escolha da cidade, é feito o contato com o gestor municipal e apresentada a proposta do exercício. Feitas as combinações de objetivo, data/hora e referências para a visita, temos uma etapa concluída, para fins didáticos.

Até aqui já temos, pelo menos, dois processos disparados. O primeiro deles é a escrita do projeto. A iniciação da escrita acontece quando os dados pesquisados transformam-se em um projeto estruturado em introdução, objetivos, justificativa, desenvolvimento, avaliação e resultados esperados.

O outro processo disparado é o planejamento do exercício/projeto. Ao realizar a pesquisa sobre a condição sanitária (em um conceito amplo) do município “X”, algumas conclusões provisórias vão tomando corpo e preparando um primeiro diagnóstico.

Visita ao município

Ao obter a decisão do gestor de receber o grupo em seu município, no processo de continuidade⁴ com o planejamento da visita de campo, a partir da discussão do grupo sobre “o que queremos” da gestão, é importante para aprimorar o primeiro diagnóstico, encontrando o lugar que a dúvida habita e buscando a integralidade na construção de uma proposta. Como integralidade entendo a busca das partes e a formação do todo necessário para a composição do exercício/projeto. Há chuvas de perguntas: o que queremos saber? O que precisamos saber para construir uma proposta de qualificação, expansão ou implantação da ESF? Uma característica que marca este momento são as perguntas por profissões: a farmacêutica quer saber sobre a assistência farmacêutica; a enfermeira quer saber se existe protocolo de enfermagem; a médica quer saber onde é o laboratório de referência; o dentista quer saber sobre o processo de trabalho na saúde bucal; a nutricionista quer saber o que ela faz na atenção à saúde; a psicóloga quer conhecer os serviços de saúde mental; e assim por diante. Aqui podemos dizer que

⁴ Mitre (2008): O *processo de continuidade* é aquele no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cognitivas já existentes.

construímos um aprendizado multiprofissional. Buscarei observar a inter/transdisciplinaridade desta produção de conhecimento no próximo capítulo.

Desde o ano de 2012, o SSC disponibiliza vans para realizarmos as visitas, que dura o dia todo. As visitas são marcadas com o objetivo de conversar com os gestores e trabalhadores da atenção básica, bem como conhecer os principais serviços de APS e nível secundário (ESF, UBS, CAPS, Ambulatórios...), entender algumas questões que compõe o fazer da interface gestão/atenção primária, como: as lógicas de acesso nos territórios, o modelo de saúde proposto pelo gestor e controle social, o financiamento, a organização dos serviços de saúde, entre outros. Aqui são fontes de pesquisa documentos oficiais do município, como o Plano Municipal de Saúde, os discursos, as respostas das questões e as cenas vivenciadas durante a visita. As expectativas com o momento da visita, e mesmo para os que não têm expectativas, podem não ser alcançadas e para esta frustração é preciso atenção. Apesar dos critérios e de ser um projeto pré-estruturado, o exercício exige criatividade para o imprevisto, quando as cenas saem do script.

Construções dos problemas

Acredito que esta separação entre os tópicos criados para designar “passos” deste exercício pedagógico, marca pelo menos dois objetos de reflexão. O primeiro dele é buscar nas definições de Perrenoud (2002) sobre refletir *na* ação e refletir *sobre* a ação para pensar esta passagem, que tem mais continuidade do que distinção. No momento intitulado “A visita” o grupo exercita sua capacidade de refletir para agir, planejando e executando a mesma, fazendo o exercício de prática reflexiva, “entendida como uma reflexão sobre a situação, dos objetivos, dos meios, do lugar, das operações envolvidas, dos resultados provisórios, da evolução previsível do sistema de ação (2002).”

A partir de agora o exercício propõe o reconhecimento dos problemas e a definição de propostas para o conjunto de trabalhadores da atenção, gestão e controle social deste município. O planejamento das ações requer reflexão sobre o diagnóstico prévio e a visita ao município, “a fim de compreender, aprender e integrar o que aconteceu.”

O segundo objeto reflexivo é o que Mitre(2008) chama de *processo de ruptura*, que está a acontecer no pós visita,

“(...) instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências – conceitos prévios, sínteses anteriores e outros –, tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento.”(p.2136)

Um dos desafios é a produção do processo de grupo constituir-se como potente para ampliar os horizontes nesta construção de conhecimento. Os debates sobre as constituição dos problemas é o espaço privilegiado para o reconhecimento dos integrantes do grupo e criação de vínculos de trabalho cooperativo. Os grupos utilizam-se de diferentes estratégias para construir a rede de problemas/objetivos dos seus planos, para então definir quais os objetivos do seu projeto (Implantar? Expandir? Qualificar?)

Na rodada avaliativa os principais nós críticos e também as potencialidades serão ferramentas para dar continuidade na proposta do grupo para a atenção primária neste município. Aqui resgatamos a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) como trilha na construção desta proposta e como instrumento questionador da realidade, pois elementos importantes como a constituição das equipes, a organização dos serviços de ESF/ESB/NASF, os processos de educação permanente, a forma de contratação dessas equipes, o arranjo do apoio matricial são algumas temáticas que estão colocadas no exercício de projeção. E a pergunta para o grupo: como disparar estes processos a partir das potencialidades e dificuldades que esta gestão apresenta? As ideias pré-concebidas antes da visita foram desconstruídas, e agora temos um novo olhar coletivo se formando, menos ingênuo, mais próximo a esta realidade.

Conseguindo visualizar os objetivos do projeto o grupo parte para a construção dos caminhos para que este objetivo ganhe movimento na realidade. Que processos precisam ser ativados para que a organização dos serviços esteja sendo baseada no reconhecimento dos territórios, com a produção e leitura dos dados epidemiológicos,? Ou, para quê as equipe aumentem sua capacidade de aprender pelo trabalho, como os processos de educação permanente podem ser

disparados? Ou, para garantir a fixação dos profissionais na ESF, a fim de garantir vínculo e continuidade do cuidado, quais os caminhos possíveis para a contratação dos profissionais?

Geralmente os grupos dividem-se em duplas ou trios para realizar as pesquisas sobre estas questões (e outras que são levantadas), para que na continuidade do processo estas pesquisas sejam compartilhadas com todos. A decisão sobre o plano de ação volta-se para o grupo, após a discussão sobre os estudos que cada dupla realizou. Ao traçar o plano de ação, o grupo é convocado a pensar nos resultados esperados e em como/por quem estes processos serão avaliados.

As pesquisas compartimentadas têm como objetivo dar dinamicidade ao processo de discussão e elaboração do projeto, ao segmentar o estudo em duplas ou trios para abrir as possibilidades do desejo de aprender de cada residente possa se reconhecer em alguma temática. Perfis desafiadores ou mais conservadores são exercidos, para expressar desejo de novidade ou de consolidação de conhecimentos.

Acredito que esta característica da metodologia proposta, dialoga com a necessidade do residente/educando assumir um papel mais ativo na construção do seu itinerário formativo, produzindo relações desestabilizadoras no concerto escolar hegemônico (Feruerwerker (2002) apud Mitre, 2008)

No próximo capítulo me deterei a analisar os objetivos, de alguns projetos, e suas relações com o processo de construção das propostas, a fim de evidenciar o processo de construção do conhecimento.

SABERES CONSTRUÍDOS

Foram analisados 10 projetos feitos pelos pequenos grupos de residentes ao longo de 4 anos (2009/2012), com o objetivo de relacionar os objetivos (principal e específicos) às justificativas e aos resultados esperados. Esta análise visa reconhecer o caminho que os grupos traçaram para construir o projeto, e que conseqüentemente apontam para os conhecimentos construídos durante os semestres. Os municípios analisados foram: Carlos Barbosa, Nova Santa Rita, Glorinha, Santo Antônio da Patrulha, Sentinela do Sul, Garibaldi, Sapucaia do Sul, Esteio, Ivoti, Montenegro, Flores da Cunha e Harmonia.

De maneira geral, esta análise sugere que as propostas apresentadas e os modos de planejamento e execução das mesmas tem um objetivo concomitante aos já esperados (implantação, expansão ou qualificação da APS pela ESF) que é a mudança de modelo tecnoassistencial de saúde vigente. Esta clareza é possível de ser visualizada nas justificativas dos projetos, quando são colocadas em texto e em debate o arcabouço teórico/filosófico da Atenção Primária em Saúde, as pesquisas já realizadas que descrevem os benefícios deste modelo comparando ao modelo tradicional de especialidades e desterritorializados, e principalmente quando destacam que o modo de construção da relação gestão e atenção à saúde parte de uma construção dialógica, argumentativa, focada na construção da longitudinalidade e no vínculo entre população e trabalhadores para melhoria da qualidade de vida.

Como analisadores da construção de conhecimento durante o exercício, descrevo três categorias, que foram pensadas a partir dos objetivos específicos e das mudanças desejadas e que dão algumas pistas de como realizar a mudança de modelo de atenção.

A primeira categoria é a “*Processo de Trabalho*”, e nela destaco alguns elementos contidos na *Política Nacional de Humanização (PNH)* que são referência na construção de sujeitos trabalhadores, gestores e usuários implicados com os processos de produção de saúde, que sinaliza para que os elementos que fazem parte da organização dos serviços de saúde (planejamento, avaliação, decisão de processos) devam confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde (Brasil, 2004). A PNH se utiliza de estratégias para ser elemento transversalizador na construção do SUS, as quais podem ser encontradas nos projetos e que pretende estar na interface gestão/atenção, tais como:

- no eixo da gestão do trabalho: **gestão compartilhada** ou co-gestão das equipes da atenção básica e da gestão da Estratégia de Saúde da Família, com valorização do profissional que está atuando na atenção para compor os espaços de planejamento e decisão perante o desenvolvimento das ações de saúde nas equipes e nos territórios. Composição de gestão colegiada para realizar a gestão municipal da atenção básica/ESF.

- no eixo da atenção à saúde: o **conceito de acolhimento** aparece como estratégia de reconhecimento do “paciente” enquanto protagonista do seu discurso e prática acerca de sua saúde. E principalmente, aparece como modos de qualificação do acesso às equipes de saúde e ampliação da integralidade.

A segunda categoria é denominada “*Educação no Trabalho no SUS*”, e aqui utilizo do termo cunhado por Ceccim e Feuerweker (2004) para pensar uma teoria caixa de ferramentas “que permita a análise crítica da educação que temos feito no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores” (p. 41). Este termo destaca-se nas **análises dos projetos por que ele valoriza a dimensão educativa na construção** do SUS e dos seus elementos constituintes, controle social, atenção, gestão e educação. Esta é uma categoria que se mescla com a PNH quando nos dados produzidos pelos grupos, a educação aparece como forma de estratégias que valorizam a capacidade pedagógica dos serviços e que propõe a educação permanente como possibilidade para tal necessidade. Assim como sejam realizadas parcerias entre gestão municipal e instituições de ensino para ofertar cursos ou extensões para os profissionais da rede de saúde.

O controle social, também é espaço estratégico na construção de modelo de saúde, por ser espaço de conflitos de interesses, de diálogos entre os atores sociais participantes e de construção de consensos possíveis acerca das políticas de saúde do município. Ora este espaço aparece de forma a ser construído para cumprimento do princípio da Participação Social no SUS, ora aparece como um espaço legítimo para decisão sobre a implantação ou expansão da ESF.

A terceira categoria é denominada “*Síntese de Conhecimentos*”. Os projetos apresentam estratégias de mudança de modelo que envolve reconhecer que os conhecimentos construídos ao longo das Residências estão sendo novamente acionados no desenvolvimento do projeto. A estratégia do Monitoramento e Avaliação das ações de saúde propostas pela ESF aponta para o olhar para as coletividades de determinado território, fazendo uma ampliação dos elementos que

constituem o processo de reconhecimento do território, bem como são ferramentas auxiliares nos processos de planejamento das ações de saúde. Esta é uma vivência que os residentes realizam durante os dois anos da formação, nas Unidades de Saúde onde estão alocados. O sistema de informação disponibilizado pelo SSC permite que ao final de cada mês tenhamos um retrato do quadro epidemiológico das unidades, que podem nos dar pistas para a avaliação do processo de trabalho junto às ações programáticas executadas pelas equipes.

Outro indicador de sínteses é a presença em texto e nos debates dos temas trabalhados durante o Currículo Integrado no primeiro ano das Residências. Nas justificativas e nas ações propostas aparecem fundamentos e entendimentos importantes sobre os princípios e atributos da APS, reconhecimento do território (estimativa rápida, diagnóstico de comunidade) e a educação popular em saúde.

CONCLUSÃO

Estar compondo este “entre” muitas vezes foi tarefa desacomodadora e foi constituindo tensões que falam da composição de uma identidade que me remetia (e remete) aos espaços dos bancos escolares. Neste espaço, aos professores cabia a palavra e a transmissão do conhecimento, aos alunos o medo com as provas e as notas. Estas memórias estão foram sendo ressignificadas ao longo desta trilha pelo Currículo Integrado. A construção de um profissional que transita entre referenciais diferentes, no caso educação e saúde, convoca para atuação política nas equipes e na instituição. O trabalho com ensino ainda é tensionado pela cultura do trabalho em saúde, centrada na assistência. Ao mesmo passo que compor este espaço desloca a atuação do profissional para além da atenção, pensando a saúde como integração entre gestão-atenção-formação e participação popular.

Esta aproximação/integração está no nascimento do CI, como foi apontado na introdução deste trabalho, e também pode ser visualizada no processo de construção do conhecimento, quando, para qualificar a APS em um determinado município, se faz necessário integrar as dimensões do SUS. A estratégia principal para o desenvolvimento dos projetos fala de um elemento que dá condições para a escrita e a construção do processo grupal existir: o diálogo. É com ele que o grupo descobre as dificuldades para a mudança no modelo de saúde do município; é o diálogo e seu processo de se colocar e escutar o outro que dá condições para a construção do conhecimento interdisciplinar e conseqüentemente aproxima o grupo de sua ação protagonista no desenvolvimento das etapas envolvidas na construção do projeto. O exercício de construção coletiva e de consensos necessários promove o conhecimento construído horizontalmente, muitas vezes também gerador de conflitos e contradições entre concepções e projetos.

A dimensão dialógica também está presente nas avaliações de processo deste dispositivo, pois esta proposta foi “inventada” a partir de sugestões feitas pelo grupo de residentes, ao avaliarem um determinado semestre em 2008.

Acredito que ao CI ancorar sua metodologia nas aprendizagens ativas e basear o processo grupal no diálogo e na construção coletiva, cria condições destes profissionais refletirem e planejarem seu fazer profissional também baseados nestes pressupostos.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. P., KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: Pistas do método da cartografia. Org. Eduardo Passos, Virginia Kastrup, Liliana da Escóssia. Porto Alegre: Sulina, 2010.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Interface – comunicação, saúde e educação 2, fevereiro de 1998.

BRASIL, 2004. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador como prática de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde**, Brasília, 2004.

BRASIL, 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**, publicada em Diário Oficial em 21 de outubro de 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Revista Ciência e Saúde Coletiva 5 (2) 219-230, 2000.

CECCIM, R. e FEUERWERKER, L. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R. **Equipe de Saúde: a perspectiva *Entre-Disciplinar* na produção dos atos terapêuticos**. In: Cuidado, as fronteiras da integralidade. Org. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos. Rio de Janeiro CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

CECCIM, R. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Revista Interface Comunic, Saúde e Educ., v.09, n.16, pag. 161-77, set/2004 fev/2005. Acessado em 12/04/2013 <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>.

DIERCKS, Margarita et al. **O currículo Integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade**. In: Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde, org. Vera Lúcia Pasini, Cristianne Maria Famer Rocha e Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FAJARDO, Ananyr Porto, CECCIM, Ricardo Burg. **O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde**. In: Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde, org. Vera Lúcia Pasini, Cristianne Maria Famer Rocha e Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MAMEDE, Silvia et al. **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional.**Hucitec, Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2001.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim. **O que é demandado como integralidade na formação do profissional da área da saúde?** In: Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde, org. Vera Lúcia Pasini, Cristianne Maria Famer Rocha e Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MITRE, S.M ET al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Ciência&Saúde Coletiva,13(Sup2):2133-2144,2008.

PASINI, Vera Lúcia, GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde.** In: Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde, org. Vera Lúcia Pasini, Cristianne Maria Famer Rocha e Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

PEKELMAN R. **A construção da interdisciplinaridade na atenção primária à saúde através da experiência do Currículo Integrado.** Monografia apresentada no curso de Práticas Pedagógicas em Saúde. Curso de Especialização. UFRGS, 2010.