

ANA MARIA PEREIRA BRASÍLIO DE ARAÚJO

Análise da Formação em Saúde: Uma Cartografia das Mudanças Curriculares no Ensino

**Análise da formação em
saúde: Uma cartografia
das mudanças
curriculares no Ensino**

**Ana Maria Pereira Brasília
de Araújo**

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – Feso

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Direção Geral

Michele Mendes Hiath Silva
Direção de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Direção Administrativa

Fillipe Ponciano Ferreira
Direção Jurídica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Roberta Montello Amaral

Direção de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Mariana Beatriz Arcuri

Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim

Direção Acadêmica de Ciências e Humanas e Tecnológicas

Pedro Luiz Pinto da Cunha

Direção de Educação a Distância

Copyright© 2022
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO

Comitê Executivo

Roberta Montello Amaral (Presidente)
Anderson Marques Duarte (Coordenador Editorial)

Conselho Editorial e Deliberativo

Roberta Montello Amaral
Anderson Duarte
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial

Laís da Silva de Oliveira

Revisor

Anderson Marques Duarte

Formatação

Laís da Silva de Oliveira

Capa

Thiago Pereira Dantas

A687 Araújo, Ana Maria Pereira Brasília de

Análise da formação em saúde: uma cartografia das mudanças curriculares no ensino. / Ana Maria Pereira Brasília de Araújo. Coleção FESO --- Teresópolis: Editora UNIFESO, 2021.

122p.: il.

ISBN: 978-65-87357-35-5.

1. Educação médica. 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 4. Ensino superior. 5. Currículo. I. Título. II. Coleção FESO

CDD 610.7098153

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

Coleção FESO

A **Coleção FESO**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNI-FESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação.

É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia na recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do Unifeso como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

Série Teses: Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

Série Dissertações: Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Mestre”.

Série Pesquisas: Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

Série Especiais: Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós- doutores.

Série Produções Técnicas: Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico- administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados; cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

Série Materiais Didáticos: Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no Unifeso.

Série Arte e Cultura: Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos, etc.

Série Documentos: Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do Unifeso.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas

é certo que fortalece ainda mais a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito à compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos para a formação da sociedade que queremos: mais crítica, solidária e capaz de enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Roberta Montelo Amaral

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – Unifeso

Agradecimentos

A meu pai Sebastião e minha mãe Thereza (Therezinha) pela força e carinho que me fizeram seguir. (In memoriam).

À Prof.^a. Dr.^a. Ana Abrahão, uma intercessora, a quem agradeço pela ponderação, dedicação e por acreditar sempre neste trabalho.

À Prof.^a. Dr.^a. Maria Paula Cerqueira e Prof. Dr. Mauro Leonardo Caldeiras dos Santos pelas contribuições valiosas. Paixões alegres que me nutriram.

À Christina Mendes por acolher os devires que me povoam.

Ao Prof. Luís Eduardo Tostes pelo apoio, compreensão e carinho.

À Prof.^a Verônica Albuquerque, Prof.^a Mariana Arcuri, Prof. Manoel Pombo e Prof.^a Suzelaine Tangi. (In memoriam).

Ao caro amigo José Carlos Lima e cara amiga Agnes Bueno por compartilharem suas vidas, suas intensidades.

Ao Laboratório de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde - CNPQ/UFF da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa.

Aos docentes, estudantes, funcionárias e funcionários da FESO/Unifeso.

Aos habitantes do território da formação com suas cartografias.

Dedicatória

Aos que se lançam a acompanhar processos.

ANÁLISE DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UMA CARTOGRAFIA DAS MUDANÇAS CURRICULARES NO ENSINO

Ana Lúcia Abrahão

O campo da formação profissional em saúde tem sido apresentado de diferentes formas, configurando várias possibilidades de entrar e explorar algo estruturado, a partir das ciências biológicas de três séculos passados. Entretanto, aqui neste livro, iremos encontrar uma vista sobre o ponto de vista que nos possibilita compreender o enunciado da formação em outra perspectiva. Em uma outra vista do ponto, de novos modos de viver que não separa com firmeza currículo e ensino, discente e docente. Nesse caso, a autora quando se propõem a cartografar as transformações vividas e produzidas a partir das alterações na mudança curricular, busca a perspectiva da transformação dos sujeitos envolvidos, nos provocando a refletir sobre nossas vistas sobre a formação em saúde.

No exercício da docência, Ana Maria descortina um lugar de fala que comporta tensões de toda ordem, e a partir deste processo nos convida a pensar-fazer educação de um modo fluído, com as transformações e mudanças produzidas que se constitui na dinâmica do trabalho vivo docente. Uma narrativa porosa, afetada pelo vivido e tramada pelas implicações.

Não é tarefa fácil ativar processos de mudança curricular e a autora nos convoca para outras aberturas, sobre as mudanças curriculares nas formas de ser, de agir e de sentir dos docentes, nos encontros que se formalizam no espaço micropolítico que vai sendo ativada e desativada, neste processo. No percurso de sustentá-las, Ana Maria, também nos oferece a aproximação com as implicações do coletivo que lutou por sua implantação, e se aglutinou em determinado momento no projeto Educação da FESO.

Uma convocação que invade e penetra não pela beira, não pelas bordas deste território denso que é a formação em saúde, mais sim pelo centro, pelo meio das mudanças, no movimento a quente, no processo que está sendo construído, deixando aparente as tensões na perspectiva da docente. Um sujeito que está institucionalizado no lugar de quem detém a vista sobre o ponto, e que vai aos poucos revelando as surpresas e elementos simples, dos desejos, implicações, afetos que lançam dúvida sobre uma única vista cristalizada.

A proposta de entrar pelo meio destas mudanças vem pela via da cartografia, como um cartógrafo, que não cria mapas, não desenha o visível. Aqui vamos acompanhar a latitude e a longitude das intensidades dos afetos, das experiências da autora no processo de mudança curricular que marca e remarca a multiplicidade rizomática dos movimentos para além do visível, a partir da sensibilidade meticulosamente trabalhada com o objetivo de captar as forças que operam na mistura de afetos, resultado dos encontros da autora com os demais atores, por onde reverberam os movimentos do desejo da mudança curricular.

Ana Maria, como uma cartografa foi se fazendo ao mesmo tempo que certos afetos foram sendo revisitados, ou vistos pela primeira vez. Essa fluidez proposta é muito interes-

sante, nos aproxima de fenômenos, experiências, acontecimentos, ações, do movimento produzido com as mudanças curriculares. Podemos acompanhar o incômodo presente na relação de ensino-aprendizagem de perto, e o contorno das outras vistas sobre o ponto. A proposta de mudar o currículo, é uma ativação produzida, não apenas a partir de conhecimentos, mas de vários afetos.

Ao acompanhar a autora em sua cartografia, somos convidados a adentrar no movimento de experimentar as contradições, tensões, desejos desta construção de mudança, por dentro de um território cristalizado, com instituídos fortes, como é a formação na saúde, que guarda com muito zelo verdades produzidas sobre um ponto de vista estruturado no século XVII. O movimento tomado pelo meio do processo de mudança curricular, nos provoca a repensar em perceptiva a vista que temos sobre o ponto, ou o sujeito institucionalizado que produzimos com esta formação, especificamente no curso de Enfermagem e de Medicina da FESO/UNIFESO, conjuntura da cartografia deste livro.

Mas, ao questionar as mudanças curriculares no ensino, Ana Maria está questionando a si mesma e ao mesmo tempo, nos faz refletir sobre o campo da formação, não porque o estudo agrega conceitos sobre a mudança curricular em saúde já dados e produzidos a priori das circunstâncias vividas, mas porque a autora está implicada. Ela atua, habita e se constitui nas instituições presentes, o que possibilita nesta lógica experimentar uma vista do ponto inovador. Nesta relação, a autora estabelece uma afinidade de imanência entre conhecer-fazer, campo/sujeito, teoria/ prática, o que tensiona e desloca as formas instituídas de atuar e de ensinar, pois a todo momento somos capturados por uma lógica de produções de respostas acerca do viver, pré-estabelecidos.

O território da formação, vai se fazendo apresentar na medida em que autora também vai se singularizando no processo de mudança curricular, e nos oferecendo um território para formação docente. Neste processo, Ana Maria convoca determinados conceitos, que deslocam as clássicas teorias da educação, na medida em que traz para cena a relação marcada pela provisoriedade do conhecimento produzido pela autora implicada, em um movimento epistêmico, colocado num sentido de provisoriedade, de verdades provisórias.

Podemos acompanhar a cartografia e os outros sentidos do processo, ao pensar outros contornos. O que aponta à formação que a autora vai elaborando. Ao narrar este movimento Ana Maria nos apresenta diversos extratos, sequências, em forma de narrativas que segue pelo campo micropolítico, sempre em um exercício de um corpo vibrátil, deslocando as intensidades do vivido no território da formação em saúde.

Faço aqui um convite ao leitor que ao entrar em contato com o material, possa criar outras sequências sobre o livro apresentado, sem compromissos com princípios e fins, atravessando as entradas propostas pela autora e estabelecendo uma outra vista do ponto.

RESUMO

Objetivo: construir uma cartografia do trabalho docente a partir das mudanças produzidas com a incorporação de novos paradigmas pedagógicos na formação em saúde. A publicação da Portaria nº 2530/2005, do Ministério da Saúde, homologa a política de incentivo às mudanças curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. Entretanto, os efeitos do processo de mudança curricular nos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO) ocorrem para além dos currículos, na medida em que abalam as formas de ser, de sentir e de agir dos docentes. **Método:** traçar uma cartografia da formação, tendo como instrumentos de pesquisa, o diário de pesquisa e a análise da implicação. **Resultado:** analisado à luz da Análise Institucional e da Esquizoanálise, o material exposto é composto pelos diários de pesquisa, que nesse trabalho foram tomados como um “dentro do texto” no sentido dado por Lourau. O material, fruto dos encontros no território da formação, que se dão a partir dos afetamentos no percurso do cartógrafo, servem de analisadores para se pensar as mudanças que se fizeram presentes no trabalho docente.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1.1 SEQUÊNCIA 01 – A ENTRADA NO TERRITÓRIO.....	19
1.1.1 Como dar conta desta pesquisa?.....	19
1.1.2 A cartografia.....	22
1.1.3 O território.....	23
1.1.4 O grupo.....	25
SEQUÊNCIA 02 – A IMPLICAÇÃO DO CARTÓGRAFO.....	26
1.1.5 A implicação.....	26
1.1.6 Pesquisar é intervir – a pesquisa intervenção.....	28
1.1.7 Campo de pesquisa / plano.....	29
1.1.8 Sujeito implicado – sujeito epistêmico.....	30
1.1.9 A pesquisa – uma encomenda, um pedido de intervenção.....	30
1.2 SEQUÊNCIA 03 – AS FERRAMENTAS DO MODO DE ESTUDO.....	31
1.2.1 O diário de pesquisa e análise da implicação.....	31
1.2.2 Condição de uso das ferramentas.....	33
2 OBJETIVOS, QUESTÕES QUE NORTEARAM, MODO DE ESTUDO E IMPLICAÇÕES.....	33
2.1 SEQUÊNCIA 01 – O QUE TRAZ ESSA CARTOGRAFIA?.....	33
2.1.1 Objetivo do estudo.....	33
2.1.2 Questões que incomodaram e que foram norteadoras para o estudo.....	33
2.1.3 O método (ou modo de estudo).....	34
2.1.4 Instrumentos de pesquisa.....	34
2.1.5 Implicações conceituais.....	34
2.1.6 Implicações acadêmicas.....	34
2.1.7 Implicações financeiras.....	35
3 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	35
3.1 SEQUÊNCIA 01 – A INTIMIDADE COM OS PROBLEMAS DA EDUCAÇÃO.....	35

3.2 SEQUÊNCIA 02 – PRINCÍPIOS TEÓRICOS DA MUDANÇA CURRICULAR.....	36
3.2.1 As bases das mudanças curriculares – educação maior.....	36
3.2.2 A criação do SUS e suas ressonâncias.....	37
3.2.3 A Estratégia de saúde da família – efeitos na formação.....	39
Formação: indagações que estavam em curso.....	40
3.2.4 A formação com os óculos do Modelo Flexneriano.....	42
3.2.5 As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e o que muda com elas.....	44
3.2.6 Os Programas de incentivo às mudanças curriculares no ensino – opção ética e implicações.....	46
3.2.7 A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS).....	46
3.3 SEQUÊNCIA 03 – MUDANDO DE CENA, UM BREVE ENQUADRAMENTO DA FESO.....	48
3.3.1 O que é a FESO com a Medicina, a Enfermagem e o hospital de ensino?.....	48
3.4 SEQUÊNCIA 04 – O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FESO – O CHÃO DAS MUDANÇAS CURRICULARES.....	53
3.4.1 A experiência da Beira Linha.....	53
3.4.2 A experiência da Beira Linha ativa o conhecimento.....	56
3.5 SEQUÊNCIA 05 – A MUDANÇA ENTRANDO PELA PORTA DA FRENTE.....	57
3.5.1 Um solo propício às mudanças?.....	57
3.5.2 As condições do solo.....	58
3.5.3 A mudança é rizomática.....	59
3.5.4 Os problemas de solo que surgem com a implantação da mudança.....	61
4 OS PROGRAMAS DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES NO ENSINO...63	
4.1 SEQUÊNCIA 01 – A MUDANÇA SE PRODUZ NAS MISTURAS.....	63
4.2 SEQUÊNCIA 02 – OS INCENTIVOS FINANCEIROS A MUDANÇA – MEIOS E FINS.....	68
4.2.1 O analisador-dispositivo dinheiro.....	68
4.3 SEQUÊNCIA 03 – A TRANSIÇÃO PROMED – PRÓ-SAÚDE.....	71

4.4 SEQUÊNCIA 04 – O PRÓ-SAÚDE.....	72
4.5 SEQUÊNCIA 05 – COMO APRESENTA A MUDANÇA?.....	73
4.6 SEQUÊNCIA 06 – PEQUENO MANUAL DE LEITURA DAS MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA DA FESO/UNIFESO.....	73
4.6.1 Proposta curricular integrada.....	73
4.6.2 Como se dá a concepção curricular?.....	74
4.6.3 As metodologias ativas assumidas – um meio de percorrer a mudança?.....	74
4.6.4 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).....	75
4.6.5 Problematização.....	75
4.6.6 O aprender a aprender - centralidade a docentes e estudantes?.....	75
4.6.7 E como se desdobra o aprender a aprender?.....	76
4.6.8 Como as atividades pedagógicas são organizadas durante a semana para estudantes e docentes?.....	76
4.6.9 Como se configura uma sessão de tutoria nos cursos de Medicina e Enfermagem?.....	77
4.6.10 As narrativas de prática.....	78
4.6.11 As conferências.....	78
4.6.12 Síntese individual e portfólio.....	78
4.6.13 Módulo de prática profissional.....	78
5 CONCEPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS.....	82
5.1 SEQUÊNCIA 01 – CONSTRUTIVISMO.....	82
5.2 SEQUÊNCIA 02 – UM PASSEIO SOBRE AS MUDANÇAS NO PROCESSO DO CONHECIMENTO HUMANO.....	84
5.2.1 O racionalismo.....	84
5.3 SEQUÊNCIA 03 – O EMPIRISMO.....	85
5.4 SEQUÊNCIA 04 – OS EFEITOS NA MUDANÇA.....	85
5.5 SEQUÊNCIA 05– AS POLÍTICAS DE COGNIÇÃO.....	86

5.5.1 Aprendizagem significativa.....	87
5.5.2 Aprendizagem inventiva.....	89
6 “CENAS DO MOVIMENTO DO CARTÓGRAFO NO TERRITÓRIO”	89
6.1 SEQUÊNCIA 01 – OS MOVIMENTOS DE ENTRADA NO TERRITÓRIO.....	90
1.1.2 As múltiplas entradas.....	91
1.1.3 A docência, as alianças nesse processo.....	91
1.1.4 Abrindo a caixa de ferramentas.....	93
1.1.5 Ferramentas de percurso – conhecimento, percepção e sensação.....	93
6.2 SEQUÊNCIA 02 – NO TERRITÓRIO, O CARTÓGRAFO VAI INAUGURANDO OUTROS	
MUNDOS.....	94
6.2.1 O encontro com o especialismo – salvação à primeira vista.....	94
6.2.2 Especialismo – do individual ao político.....	95
6.2.3 Desenvolvimento docente, seleção/ contratação – pontos delicados nas	
mudanças.....	96
6.2.4 Médicos e a função docente na mudança curricular.....	97
6.2.5 Quando a precarização e flexibilização de tarefas compõe o trabalho docente.....	97
6.2.6 Assustentabilidades da mudança – o analisador dinheiro produzindo visíveis.....	98
6.2.7 Estratégias de sobrevivência docente – As metamorfoses no processo de	
mudanças.....	99
6.2.8 O cartógrafo abre o ângulo, fecha o foco.....	101
6.2.9 Ventos, movimentos, mudanças no território da formação.....	102
6.2.10 O cartógrafo relembra o ethos da pesquisa.....	104
6.3 SEQUÊNCIA 03 – FABRICAÇÕES DE PENSAMENTO, FABRICAÇÕES	
DOCENTES.....	105
6.3.1 O movimento do formar-se.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	117

APRESENTAÇÃO

“Não é possível cartografar um território antes de habitá-lo.”
(KASTRUP, 2002, p. 81)

A proposta de escrever sobre as mudanças curriculares assumidas no Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), a partir das transformações ocorridas no ensino com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pro-Saúde), não nasceu de um desejo de pesquisar a formação como um estudo que pudesse traçar uma cronologia dos passos dados pelas mudanças curriculares acontecidas no ensino da saúde. Vazava como desejo, escrever sobre os movimentos de entrada no território da docência, que chamaria mais tarde de território da formação, a partir daquilo que vivenciava no cotidiano das mudanças curriculares.

Entretanto, ao entrar no Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (MACCS), na Universidade Federal Fluminense (UFF), não tinha um caminho a seguir, tampouco um problema de pesquisa. Tinha sim, muitas dúvidas, incômodos, acerca da docência e da minha condição de docente. Se a historicização das mudanças curriculares no ensino não constava como um tema a ser abordado exclusivamente neste trabalho, é porque um problema de pesquisa não é estanque ao vivido (BERTUSSI, 2010). Antes, ele é da vida do pesquisador, de sua lida e implicação, comportando as vicissitudes e os contornos que o tornam singular.

O incômodo que se apresentava era em muito reverberado pela própria metodologia ativa assumida no ensino pela FESO, na qual os estudantes no centro da relação de ensino-aprendizagem demandavam um docente-tutor que os acompanhasse de perto, dando conta de suas necessidades, que se tornavam também as do docente. Com a proposta de mudar o currículo, uma ativação diversa acontecia, isto é, não apenas de conhecimentos, mas de afetos vários - no sentido Espinosista - que, no bojo das metodologias ativas, demandam um tutor sensível ao grupo de estudantes e a si.

Dessa forma, na medida em que percorria o território da formação e por ele era também percorrida, foi ganhando visibilidade a aliança de uma ação política para pensar sobre os acontecimentos vividos, como uma abertura para a reflexão, com uma opção ética de falar deles em uma dissertação. Assim, a cartografia como modo de estudo, não foi na verdade escolhida, ela se apresentou pela imperiosa necessidade de dar “língua para os afetos vários que pedem passagem” (ROLNIK, 2006, p. 23).

Os registros desse percurso que foram se fazendo em forma diarística, são postos

aqui como diários de pesquisa, a partir do referencial da Análise Institucional Francesa, que, com Lourau, os tem como um “dentro do texto” (PEZZATO; L’ABBATE, 2011). Junto com os diários, a análise das implicações, que é tomada também como instrumento de pesquisa, vem a produzir visibilidade daquilo que:

diz respeito menos à vontade consciente ou intenção dos indivíduos do que às forças inconscientes que se atravessam constituindo valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, isto é as formas que se instituem (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 19).

Na impossibilidade de tomar este estudo como um objeto de pesquisa distante de tudo o que me atravessa e me torna o que sou, deixo de lado os aspectos da neutralidade do pesquisador que compõem a ciência de tradição positivista. Esta impossibilidade, antes de ser obstáculo, é tomada neste trabalho como eixo norteador.

Por ser a cartografia um modo de detectar os elementos de processualidade do território da formação, desfaz-se também o compromisso com um desenho identitário desse território (KASTRUP, 2002). Por não se pontuar em um relato fidedigno do vivido, o compromisso do cartógrafo, reside em acompanhar os movimentos processuais acontecidos nesse território, os quais portam também as marcas dos encontros que foram se produzindo no percurso: afetamentos no corpo do cartógrafo (ROLNIK, 2006).

Faz-se presente também o referencial da Esquizoanálise, na medida em que por ser a cartografia, uma expressão, uma característica, daquilo que Deleuze e Guattari (1995) chamaram de rizoma, convocá-la para ser aqui o modo de estudo para esse trabalho, é entender que o território da formação é também concebido como rizomático. O objetivo deste estudo então foi o de construir uma cartografia do trabalho docente a partir das mudanças produzidas com a incorporação de novos paradigmas pedagógicos na formação em saúde. Esta pesquisa visou produzir um recorte da formação em saúde a partir de alguns marcos teóricos escolhidos. A estas escolhas somam-se as experimentações vividas no território da formação e dizem a implicação ética, política e libidinal da pesquisadora.

Este trabalho será composto de sequências a partir de uma concepção do cartógrafo de criar um caminho de leitura desse material. Mas fica a cargo daquele que se dispor a lê-lo, criar outras sequências de leitura, sem compromissos com princípios e fins, numa inspiração deleuzeana de livro, de mundo.

Na primeira sequência apresento o modo do estudo, isto é, como se deu a pesquisa, dedicando-se a problematizar a cartografia, os instrumentos de pesquisa que foram utilizados e alguns conceitos que foram convocados para esse trabalho, por serem intercessores desse processo de conhecimento.

Na segunda sequência é apresentada uma síntese do que foi a pesquisa, seus objetivos, instrumentos e implicações.

Na terceira sequência me detenho à formação do profissional de saúde, evidenciando os movimentos articulados de uma educação maior e menor (GALLO, 2008), entendida aqui como movimentos da macro e micropolítica. Estes movimentos são definidos por Gomes *et al* (2010) como as transformações de currículos das organizações de ensino a partir das políticas públicas em educação e saúde que se operam no cotidiano das salas

de aula.

Na quarta sequência abordarei as mudanças no ensino a partir dos programas de incentivo às mudanças curriculares, destacando como estas se operaram nos cursos de Enfermagem e de Medicina da FESO.

Na quinta sequência, um passeio por concepções epistemológicas que afetaram as mudanças curriculares, focando no construtivismo, no conceito de aprendizagem significativa e trazendo para o debate o conceito de aprendizagem inventiva como possibilidade de problematizar as nossas práticas docentes.

Na sexta sequência apresento as Cenas do Movimento do Cartógrafo no Território da Formação, estratos dos diários de pesquisa, numa narrativa mais dissolvida dos percursos desse trabalho. Por fim, breves considerações sobre um campo que se abre a partir dessas reflexões.

1 MODO DE ESTUDO – AS LENTES USADAS PARA DAR CONTA DESTE ROTEIRO

1.1 SEQUÊNCIA 01 – A ENTRADA NO TERRITÓRIO

“... é possível haver vida na pesquisa. A pesquisa não era mais cinza, como sempre tinha sido, cheia de regras, onde não era possível afetar-se, sentir, viver.” (BADUY, 2010, p. 50).

1.1.1 Como dar conta desta pesquisa?

O modo como foi feito o estudo para dar conta desta pesquisa-roteiro, não foi na verdade escolhido. Ele me escolheu. Ou melhor, a natureza do problema, exigiu-me trabalhar com a cartografia. A proposta de trabalhar com a cartografia se fez pela natureza do problema a ser investigado. Sendo o campo da formação território processual, exigiu que optasse por uma forma de entrar neste território fora das regras cientificamente comprovadas, tornando assim possível uma sintonia com o objeto de estudo.

Saraiva e Cannito (2004) ao discorrerem sobre a composição de um roteiro para cinema, nos dizem que mais do que indagar sobre o que um filme quer dizer, cabe a investigação de como foi construído. O *como* aqui é posto como possibilidade de invenção dentre as diversas formas de concebê-lo, pois diz dos caminhos tomados e dos outros que, deixados para trás, permitem o acesso a um roteiro às avessas.

Este *como* na pesquisa é posto a partir das lentes utilizadas pelo cartógrafo que portam a intensidade das implicações dele no território. Aqui nesta sequência o que se pretende é apresentar as condições de realização deste roteiro, levando em consideração os elementos expressivos empregados na sua realização, os quais podem ser vistos como a montagem, o trabalho de câmera, a fotografia, o *mise-enscène*, os cenários, as músicas, os ruídos, os diálogos, a interpretação. As lentes utilizadas para captar as cenas se dão a partir de um corpo que, sensível aos movimentos do território da formação, utiliza da cartografia para compor esta narrativa.

O território da formação foi se fazendo para mim, na medida em que eu também ia me singularizando no processo de formação docente. Neste processo instigava-me trabalhar com determinados conceitos, os quais não estavam somente contidos nas teorias da educação, na medida em que a sensação era de que algo não dava conta do incômodo ou mal-estar que sentia ao ler “teorias” cronologicamente tão arrumadas.

Definições objetivas e concretas sobre a formação acessam um campo de saber válido para um percurso nas diversas correntes que discorrem sobre o processo de ensino-aprendizagem e de suas modificações ao longo do tempo, contudo, pareciam não dar conta das interrogações sobre a formação que se faziam presentes no cotidiano daquela prática docente.

Assim, os incômodos advindos com a mistura do pesquisador no campo de pesquisa, começavam a dar sinais de que algo precisava ser feito. As opções que se apresentavam eram a de optar por caminhos já trilhados a partir das inúmeras teorias de educação ou, ao escutar estes incômodos, intuí-los, como a insurgência de algo que, mesmo sem cara, sem rosto, pedia passagem. Tomá-los como sintomas sempre é uma possibilidade. Senti-los como movimento de uma vida que tem no caos a possibilidade de criação é também um caminho. Um bom caminho no sentido de Espinosa.

A irrupção de um acontecimento nos convoca a criar figuras que venham dar corpo e sentido para a arregimentação de diferenças que ele promove. Faz tremer nossos contornos e nos separa de nós mesmos, em proveito do outro que estamos em vias de nos tornar. Perdem sentido nossas cartografias, depaupera-se nossa consistência, nos fragilizamos - tudo isso ao mesmo tempo (ROLNIK, 1995, p. 2).

De início, logo na entrada no mestrado, o que sentia era a necessidade de conversar mais com alguns autores por meio dos conceitos por eles fabricados, mas esbarrava na exigência de que ao entrar num curso de pós-graduação *stricto sensu* tinha que ter de imediato um objeto a ser estudado.

Os paradigmas científicos são cruéis nestas situações, na medida em que ou vive-se dentro daquilo que é definido como ciência, que ao ritualizar-se em projetos de pesquisas celebram uma tradição ainda positivista, presente na produção de conhecimento ou “ignora-se” qualquer outra forma, que não coloque de um lado um sujeito que conhece e de outro um objeto a ser conhecido.

Dessa forma, passei a buscar um objeto, pois, matriculada numa disciplina eletiva do MACCS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), precisava de algo a ser decifrado, estudado, pesquisado, pois ele me credenciaria a produzir um projeto de pesquisa – exigência para a seleção no programa.

A experiência como docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) despontava para mim como um campo que talvez “escondesse” este possível objeto a ser tomado como meu. Entretanto, nas conversas com a orientadora, nas leituras indicadas e com o próprio desenrolar da construção do projeto de pesquisa, fui me distanciando desta busca narcísica por um objeto e conversando mais com os determinados conceitos que, longe de me fornecerem respostas, me lançavam num campo de indagação.

Indagar sobre o campo da formação não significava me lançar a interrogá-lo, no intuito de usufruir de respostas que calassem temporariamente minha inquietude. Já no Abecedário, Deleuze assinala que na maior parte de nossas conversas correntes, o que se suscita são interrogações sobre a vida cotidiana, sem compromissos maiores com o pensar – uma vez que pensar é produzir questões, produzir problemas (BRASIL, 2001).

A passagem destas interrogações para questões ou problemas, neste caso, um problema de pesquisa, teve seu percurso nos encontros e desencontros que se fizeram presentes durante o trilhar no mestrado. Assim, na medida em que fabricavam as questões desse trabalho, modifica-me também como pesquisadora. Esta (trans)formação criava condições para a produção de outros conhecimentos, de outros saberes, que agora necessita-

vam conversar mais e produzir outras questões.

Ao problematizar o campo da formação em saúde, não como um objeto estático, prestes a ser consumido pela epistemologia, fui invadida por algo que parecia um ritmo melódico, que me fazia pensar o movimento da formação como uma dança, onde estudante-docente, mais do que portar separações, pareciam se misturar.

Mais do que pensar a formação, tão estática, tão já dada, com um *objeto estudante* a ser decifrado e do outro lado um *sujeito-docente*, autorizado pelas estruturas acadêmicas a conhecer, encantava-me pensar o *formar-se* como um movimento. Movimento que consolidava permanentemente as mudanças curriculares, tendo como opção metodológica uma ativação do conhecimento de variadas formas.

O *formar-se* então, como movimento deste processo de construção do conhecimento, foi pensado aqui comportando um inacabamento, na medida em que o docente, ao ocupar um espaço destinado ao saber, é ao mesmo tempo convocado a aprender, diferindo-se neste processo da formação.

Ao vivenciar esta convocação para o movimento do *formar-se*, algumas questões começaram a rondar a feitura do projeto de pesquisa e se tornaram norteadoras deste percurso; foram elas: como *formar-se* ocupando um lugar afirmado pelo estudante que, em sua busca de conhecimento tem no docente, muitas vezes, seu porto, vislumbrado como seguro? Como estar em um lugar, em que enquanto formo sou também formado? Como afetar-se pelas mudanças, desterritorializar-se, sair do centro de uma cena, num lugar em que por ofício formamos estudantes, formamos gente?

Neste sentido, pensar o processo de mudança para além de currículos, na medida em que afeta todos os envolvidos neste processo de formação, é entender que este movimento não apenas transformava currículos, mas abalava nossas formas de ser, de sentir e de agir enquanto docentes. Uma mudança não somente curricular, mas existencial.

Movimentos de territorialização: intensidades se definindo através de certas matérias de expressão; n a s c i m e n t o d e m u n d o s . M o v i m e n t o s d e desterritorialização: territórios perdendo a força de encantamento; mundos que se acabam [...] (ROLNIK, 2006, p. 36).

Segundo Canguilhem (1990 *apud* CAPONI, 2009, p. 62), “a filosofia é o conjunto de questões onde aquele que questiona é, ele próprio, questionado”. Assim sendo, não creio que somente a aposta em referenciais teóricos sobre as mudanças curriculares pudesse me oferecer algumas pistas conceituais sobre as questões apresentadas, pois sem subtrair potência das ferramentas que operacionalizam as propostas de mudança na formação dos profissionais de saúde, creio que é também no terreno da filosofia que poderemos problematizar estas questões de forma mais fecunda.

Machado (2009) assinala que para Deleuze a função da filosofia é da criação de conceitos e não de uma reflexão pura e simples sobre a realidade que colocaria o filósofo num lugar contemplativo. Ser amigo da filosofia, para Deleuze, é inventar conceitos que deem conta das questões da vida. Longe do intuito ou pretensão de produzir respostas, de ser um “isto” ou “aquilo”, mas de indagar, colocar em análise um certo problema, esta pesquisa, ao utilizar alguns conceitos da Esquizoanálise e da Análise Institucional Fran-

cesa, os faz por entender que estas reflexões não são pensamentos etéreos sobre uma prática. Mas antes, são efeitos deste pensar-fazer docente, implicado com a formação e com a produção do conhecimento que sustente um campo de indagação sobre o território da formação.

Passos, Kastrup e Escóssia (2010), pontuam que pensar a cartografia como uma metodologia, definida como *metá* (metas) e *hódos* (caminho), isto é, com metas que sejam pré-estabelecidas ao caminho a ser tomado, não se afirma na construção de um mapa que tem como característica a sua mobilidade. Sendo a cartografia a própria reversão metodológica, o que se apresenta é um '*hódos-metá*'.

A difícil tarefa do cartógrafo é dar expressividade às intensidades, cartografando os movimentos produzidos sem ser tomado por uma racionalidade de pesquisador, que crê que tudo possa ser evidenciado numa pesquisa. A dificuldade é de operar com ferramentas conceituais que possam auxiliar a pensar este campo de pesquisa, enquanto campo de sensibilidades, possibilitando a passagem dos afetos, a partir dos encontros produzidos no *entre* como assinala Rolnik (2006).

Como uma cartógrafa iniciante, os movimentos processuais detectados a partir de algumas ferramentas- conceituais serão como bússolas, réguas e compassos, que auxiliam e inventam trajetos para esta pesquisa. Para operar estas ferramentas-conceituais, sirvo-me de lentes que foram perecendo enquanto olhoretina, que tudo queria ver, observar, entender, e me percebo enquanto corpo vibrátil que, sensível às afetações deste percurso, captam as intensidades do vivido (ROLNIK, 2006).

A tarefa de ir construindo o caminho na medida em que avançamos em nossa caminhada, é o de ser percorrida por uma sensibilidade, que ao colocar "alma nas pernas" impulsiona este caminhar. As pernas aqui podem ser braços, olhos, fígado ou coração que compõem um corpo vibrátil, já que não tem compromisso com a estrita funcionalidade dos órgãos definida para um corpo. Corpo deleuziano, sem órgãos, operado pela sensação dos encontros.

A questão colocada por Passos, Kastrup e Escóssia (2010), e que a todo o momento venho sentindo neste trabalho é a de como investigar processos sem deixá-los escapar por entre os dedos? Como assegurar no plano dos processos a sintonia entre objeto e a cartografia? Experimentando abandonar uma certa onipotência de pesquisador que, sobre o seu campo de pesquisa, tem a falsa (pre)tensão de a tudo controlar e expressar, lanço-me na cartografia do território da formação, compreendendo-o como território existencial.

1.1.2 A cartografia

O conceito de cartografia é apresentado por Deleuze e Guattari no livro *Mil Platôs* (1995). Nele, ao destacarem algumas características aproximativas do rizoma, apresentam a cartografia como um mapa aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável e suscetível às modificações. Diferente de um decalque, que retorna sempre a um mesmo, reproduzindo imagens já dadas, a opção pelo mapa é "por estar inteiramente voltado para

uma experimentação ancorada no real” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 22).

Pensando a formação como território rizomático, aberto, proponho-me a cartografá-lo por suas múltiplas entradas, quer seja como docente nos cursos de Enfermagem e de Medicina, na gestão no Gabinete da Reitoria, e nos demais espaços acadêmicos experimentados nesta trajetória docente-cartógrafa. O eixo tomado aqui, é pensado a partir de um campo de afetações. A capacidade de afetar-se é concebida, no sentido dos *afectos* dado por Espinosa, os quais nos compõem e decompõem, fazendo-nos ampliar, expandir, minguar ou encolher, a partir dos encontros produzidos (DELEUZE, 2002).

Neste sentido, o modo de estudo tomado para dar conta desta pesquisa se pontua em uma narrativa que enquanto traça os movimentos acontecidos, porta também o traçado do cartógrafo, que vai fazendo-desfazendo as paisagens psicossociais (ROLNIK, 2006).

1.1.3 O território

Lemke e Silva (2010) ao abordarem o conceito de território, nos falam do território existencial como chão, como solo que se fundamenta a partir daqueles que aí habitam. No sentido tomado na pesquisa, o território da formação é chão para nós, docentes e estudantes, que nos aventuramos na viagem de discuti-lo e de cartografá-lo, pois nele moramos, nele habitamos.

A questão colocada é que o lugar da formação em saúde, “chão em que enquanto formo sou também formado”, é tomado aqui como processualidade, onde não deverá ser entendido como tendo um início nem fim, com partida e chegada definidas. Pode iniciar-se com um Programa de mudança curricular, mas nele não se finda, pois como rizoma produz-se em suas diversas conexões.

Ao pensar a formação como um território a ser cartografado, destaco alguns elementos que produzem, ou melhor, delineiam um território. Deleuze e Guattari (1997) destacam que a composição de um território pode ser marcada por um canto dos pássaros que ao cantarem o delimitam; pelos gatos que ao excretarem, demarcam seu espaço; pelos sons emitidos numa casa pelo rádio ou TV que, sonoramente, demarcam o limite do morador. Um território que se compõe de elementos sonoros, olfativos, visuais, isto é, sensíveis, que afirmariam a sua qualidade expressiva.

Essas qualidades são assinaturas, mas a assinatura, o nome próprio, não é a marca constituída de um sujeito, é a marca constituinte de um domínio, de uma morada. A assinatura não é a indicação de uma pessoa, é a formação de um domínio... É ao mesmo tempo que gosto de uma cor, e que faço dela meu estandarte ou minha placa. Colocamos nossa assinatura num objeto como fincamos nossa bandeira na terra (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 123).

Nos pequenos grupos tutoriais, senti estas qualidades expressivas, pois como morada singular construída pelos sujeitos que a habitam, no caso estudantes-tutor, é espaço específico de um certo domínio. Não é à toa que, em turmas com número expressivo de

estudantes, os pequenos grupos tutoriais são definidos de imediato por letras. Esta assinatura, que por si só vem a definir um grupo, marca também sua diferença em relação aos demais. Assim, com o passar do tempo, vou percebendo que tais diferenças, marcadas pelas bandeiras fincadas pelas letras, irão se fazendo a partir de características expressivas que diferenciam a tutoria A da tutoria H.

O “passeio” pelos grupos tutoriais, que a experiência de tutora dos cursos de Enfermagem e de Medicina me permitiu fazer, expressa um cenário interessante para pensarmos acerca da produção de território, pois os sons de um grupo, seus cheiros, formas de celebrar suas conquistas, de negociar e/ou brigar frente aos problemas cotidianos, variam em muito de um para outro grupo.

Em relação, aos sons emitidos pelos grupos, notei que, quando a sonoridade das vozes de um grupo rompe a “falsa” barreira erguida por divisórias que separam as salas tutoriais, o que se sente não é apenas uma “perturbação” à concentração grupal, interrompendo a discussão de determinado tema. O que está em jogo é uma certa invasão de espaço, uma ameaça que coloca em jogo as demarcações sensíveis que distanciam um território do outro, como se as fronteiras e distâncias erguidas pudessem ser subitamente derrubadas.

Deleuze e Guattari (1997) avançam no conceito de construção de territórios quando falam que na iminência do caos, onde as barreiras físicas e sensíveis não conseguem produzir uma distância que possibilite a convivência entre aqueles que habitam um território, tomar-se-á o corpo como o próprio território, como a casa da tartaruga, como as tatuagens que, em si, demarcam o corpo-território.

O território é primeiramente a distância crítica entre dois seres da mesma espécie: marca suas distâncias. O que é meu é primeiramente minha distância. Não querem que me toquem, vou grunhir se entrarem em meu território, coloco placas (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 127).

Uma cena num determinado grupo tutorial dá visibilidade a esta questão, na medida em que opera com conceito de corpo-território. Uma determinada tutoria estava prestes a ter seu encontro cancelado dado a ausência de grande parte de seus integrantes. Como facilitadora daquele grupo, a opção negociada foi a de que poderia unir o grupo a um outro, para que os estudantes presentes não fossem prejudicados pelas ausências. Após as negociações feitas entre os grupos, apoiadas pela coordenação do período, iniciei a tutoria com 12 estudantes, fruto da mistura dos dois grupos.

A situação-problema deste dia era específica de conteúdos de saúde mental, o que já fez com os estudantes manifestassem um misto de interesse e de receio aos temas. No decorrer da sessão tutorial, a discussão acalorada sobre os temas diferenciava a forma de atuar daquele grupo em outros encontros. Algumas discussões paralelas aconteciam frente a uma discussão mais central e dispersavam as atenções.

O interesse nos assuntos marcava aquele encontro, entretanto este interesse gerava por vezes falas com tons mais agressivos, que demonstravam uma certa inquietude ou impaciência com as discussões produzidas. A sensação que tinha no grupo era que algo

maior parecia estar sendo gestado naquele encontro. Entretanto, esta sensação não foi suficiente para que fizéssemos alguma intervenção e preferimos, eu e a outra facilitadora, deixar o grupo seguir nas discussões, pois acreditávamos que o próprio tema, por si só, já produziria um certo desconforto.

Num determinado momento um estudante que trocava olhares com outro, inicia uma forte discussão e começa a agredir com palavras o estudante da outra tutoria. De frente para ele, via-o apertando as mãos embaixo dos braços como se pudesse se segurar nele mesmo, a ponto de parecer que os braços tinham sumido tamanho o esforço que fazia para segurar os membros. Por alguns instantes sentime num grupo de esquizodrama, como se não acreditasse que aquilo estava acontecendo, dado o ataque verbal proferido ao colega. O ataque, explicado posteriormente à cena, seria resultante de um olhar “estranho” manifestado por um deles. Após este momento, frente a uma iminente possibilidade de agressão, interrompemos a tutoria e posteriormente decidimos pensar um pouco sobre o acontecido.

Nesta avaliação do encontro, foi manifestado pela maioria um incômodo com a mistura de dois grupos tutoriais. Assinalaram que a junção dos grupos favoreceu a criação de um “mal-estar”, uma vez que não se conheciam - nem tampouco se reconheciam como grupo, assinalando que os conteúdos discutidos também possibilitaram que se exacerbassem as emoções. Entretanto, ao término da tutoria a cena do menino segurando os braços, estranhando o grupo e a si, não me saía da lembrança, como se naquele momento não restasse a ele outro lugar seguro, senão o seu próprio corpo.

1.1.4 O grupo

As cenas descritas acima falam dos grupos tutoriais de estudantes e, dado a diversidade de análises que o conceito de grupo nos remete, cabe dizer que os grupos aqui tomados são pensados a partir das contribuições da Análise Institucional (AI).

Altoé (2004) ao compartilhar o artigo de Lourau em “Grupos e Instituições”, traz que a origem do entendimento de grupo, a partir da dinâmica de grupo - muito utilizados por nós, profissionais *psi*, advém das contribuições de Kurt Lewin, pensando o grupo enquanto dispositivo centrado nele mesmo, sobre a tarefa a que se destina.

A AI se distancia do entendimento de uma concepção grupista como uma entidade, observável e impermeável a si e a outros grupos. O grupo é pensado aqui por suas características de ser poroso a si e ao meio - característica necessária à sobrevivência do próprio grupo; por seu devir e por sua capacidade de transversalizar-se, pondo em análise as instituições que o atravessam e fazendo desta análise a matéria expressiva de suas implicações.

Passos, Kastrup e Escóssia (2010) nos fala que o conceito de transversalidade é proposto por Guattari com a intenção de colocar em questão os limites do *setting* clínico da psicanálise, demarcando este conceito como ampliação dos *quanta* comunicacionais intra e intergrupos. Acrescenta que ampliar o coeficiente de transversalização da clínica é apostar nos devires presentes em diferentes intensidades.

Ainda que esta pesquisa discorra sobre a formação, a clínica na perspectiva deste trabalho é ampliada em seu entendimento, tomando por empréstimo a proposta:

“A clínica das múltiplas clínicas do campo da saúde”, surge logo, de imediato a ideia de que a clínica, ou a primeira vez que se escreve sobre isto, remonta a história na Grécia; com os gregos dizendo que clínica é observar, se debruçar sobre o outro, estar atento ao que o outro nos diz de forma ampla, múltipla e irrestrita (ABRAHÃO, 2010, p. 01).

Estar em um grupo tutorial, formando e sendo formado para atuar na área da saúde, é apostar no entendimento que a própria composição de pequenos grupos tutoriais a partir da mudança curricular nos convocam a este debruçar sobre o outro. Um cuidado sobre o estudante e também sobre o docente. Movimentos do processo de *formar-se*.

Passos, Kastrup e Escóssia (2010) destacam que quando falamos de grupos o interesse é no que se apresenta nos grupos, entre os grupos, naquilo que está aquém e além da forma dos grupos, no *entre* as formas grupais. Pontuam ainda que os grupos são redes, redes de inter-relações, relações entre as relações. Assim, o que interessa a esta pesquisa é o que está no *entre* e para isto utiliza-se a cartografia, “a cartografia do intermediário” (p. 28).

SEQUÊNCIA 02 – A IMPLICAÇÃO DO CARTÓGRAFO

1.1.5 A implicação

Ao desfiar os fios das relações que se fizeram no caminhar desta pesquisa, precisaria enunciar as ações desenvolvidas por mim neste campo, as ações do campo s o b r e m i m e o s e f e i t o s d e s t e s e m a r a n h a d o s , acontecimentos diversos, conscientes e inconscientes, que perpassaram este trabalho. O destaque a algumas situações é exercício para a análise das implicações presentes neste trabalho que, mesmo na tentativa de fugir de uma cronologia de acontecimentos, não me furto de enumerá-las, pois são pistas para esta análise.

Assim, destacaria que frequentar as disciplinas optativas do MACCS como aluna especial; estar como docente dos cursos em mudança curricular do UNIFESO; participar da gestão de uma organização que opta por mudanças curriculares em seus cursos da saúde; entrar no processo de seleção do mestrado; ter como orientadora uma professora que se afeta pela AI e pelos conceitos da esquizoanálise; ter a psicologia como plano de atuação; dentre outros, são acontecimentos que dizem da construção de intercessores (bem) antes e durante o processo da pesquisa, os quais possibilitaram conceber o problema, ou melhor, inventá-lo, produzindo visibilidades e interrogações às questões relacionadas ao campo da formação.

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. (AGUIAR;

Baremlitt (2002) assinala que para AI a implicação não se define somente como um processo psíquico, inconsciente, mas por ser também um processo econômico, político e psíquico, é de materialidade plural, sobre determinada. A implicação não é reativa a uma intervenção ao objeto, prévia a este contato, não se iniciando nem findando nela (intervenção).

Poderíamos afirmar que a implicação não é uma questão de decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho. Ela inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 656).

Ao discorrer sobre o percurso tomado por Lourau na construção do conceito de implicação, Passos, Kastrup e Escóssia (2010) assinalam que inicialmente advinda do conceito de transferência e contratransferência da psicanálise na dinâmica institucional, a implicação radicalizava a crítica à neutralidade analítica e ao objetivismo da ciência.

Com as fortes influências do conceito de transdução de Simondon, Lourau vai definir o campo de intervenção pelo modo como nele as oposições, sujeito/objeto ou indivíduo/grupo, apresentam aquilo que chamou de uma dinâmica transductiva, “uma dinâmica de devir” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 20).

Esta mudança em relação ao campo de intervenção, produz uma modulação na forma de operar o conceito de implicação, uma vez que a ausência de equipamentos de neutralidade, que assegurem uma produção de conhecimento isenta, diz de um sujeito sempre implicado em seu campo cuja intervenção vem modificar o objeto.

Esta dinâmica de movimento, daquilo que devém, coloca em xeque as dualidades sujeito-objeto ainda presentes em pesquisas de tradição positivista, que se evidenciaram no percurso desta pesquisa, nas aulas no próprio MACCS acerca do modo de estudo, nas falas de alguns docentes que, sem entender a cartografia como modo de pesquisar, pareciam discorrer sobre um *nonsense metodológico* e, principalmente, nas regras dos Comitês de Ética, quando do momento da submissão deste trabalho ao Comitê do Hospital Antônio Pedro para obter sua aprovação. A adaptação do trabalho a estas regras, produzindo-se um projeto de pesquisa atento à expressão da natureza do problema de pesquisa, ao modo proposto e aos conceitos-ferramentas, que ajudariam a operar no campo da formação, sem perder de vista aquilo que é definido como pesquisa para este espaço, significaram a construção de um *duplo* no projeto de pesquisa. Isto é, o projeto em si e o projeto aos olhos do Comitê.

Questões como a separação entre sujeito e objeto e de uma busca - mesmo que discreta de neutralidade - que parecem ter sido superadas frente aos movimentos instituintes ocorridos a partir das pesquisas participativas no século passado, não parecem muito distantes da nossa realidade enquanto pesquisadores, quando tomamos a pesquisa-intervenção como proposta ética-política e estética de fazer pesquisa.

O que vem a ser problematizado neste trabalho é que as dualidades destacadas

mais acima - que interessam na medida em que dão visibilidade as formas instituídas de se fazer pesquisa - colocam em jogo a dinâmica do conceito de implicação, onde posições bem localizadas e definidas não têm mais espaço.

Nesse sentido, a proposta de problematizar o movimento da formação é por entender que estas separações ou dualidades não dão mais conta de serem concebidas, na medida em que *formar-se é se fazer/ (re)fazer* a todo momento, onde estudante-docente interagem, alternam movimentos, se hibridizam. Como em uma dança, as mudanças ocorridas no movimento corporal de um são sentidas pelo outro, produzindo assim uma outra expressividade corporal.

1.1.6 Pesquisar é intervir – a pesquisa intervenção

Não há neutralidade no processo de produção de conhecimento, uma vez que a pesquisa, muito mais do que representar ou constatar em um discurso zeloso das evidências recolhidas em um campo de pesquisa, intervém na realidade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Assim, o observador está sempre implicado em seu campo de observação, não saindo ileso desta observação, tampouco o campo a partir desta intervenção. É nesta condição de “dupla mão” que toda pesquisa intervém na realidade, onde “o pesquisador e o campo da pesquisa foram se produzindo ao mesmo tempo. Portanto, este é um trabalho de pesquisa-intervenção” (BADUY, 2010, p. 42).

Os estudos de Maturana e Varela (1995), com a Teoria de Autopoiese, apontam a indissociabilidade entre a nossa história de ações (biológicas e sociais) e de como o mundo nos parece ser, o que afirmaria que o processo da experiência está amarrado à estrutura humana. Para eles, o fenômeno do conhecer não pode ser dado como a existência de fatos ou de objetos alheios àquele que experiencia o conhecimento, já que a experiência é mediada pela estrutura humana. Daí, postulam que “todo conhecer é fazer e que todo fazer é conhecer”.

Conforme é assinalado por Passos, Kastrup e Escóssia (2010), esta coemergência entre sujeito/objeto no ato de conhecer faz da implicação elemento constitutivo deste conhecimento, fazendo cair por terra as formas pré- estabelecidas, que teriam uma existência prévia ao ato de conhecer.

Portanto, esta visão derruba também a existência de um dentro e fora à experiência, já que, por ser o ato cognitivo um ato de produção de mundo, atua como máquina fechada criando seus próprios elementos, os quais conectam-se com o ambiente em um “acoplamento estrutural”. Neste sentido, a implicação como elemento desta co-emergência, traz indícios daquilo que atravessa tanto sujeito quanto o objeto.

Se as contribuições conceituais, acima colocadas, operam no sentido de pensar a implicação e de como a pesquisa ao produzir conhecimento intervém na realidade, é válido também afirmar que as formas de se produzir pesquisa foram se transformando, na medida em que múltiplos acontecimentos viriam abalar uma certa forma de se fazer ciência. Aguiar e Rocha (2007) assinalam que os movimentos de contracultura ocorridos na década de

60 afetariam as formas de se conceber a pesquisa, que já clamavam, desde a década de 40, por formas que tomassem a participação popular de modo mais central no campo da produção de diagnósticos sobre as condições de vida. Contudo, é nas décadas de 70 e 80 que as pesquisas participativas ganham sentido.

No clamor dos movimentos políticos produzidos nesta época, a criticidade presente nos movimentos populares e educacionais colocavam em xeque a forma clássica da pesquisa científica, que parecia não dar mais conta das complexidades da realidade. Neste processo de interrogação das práticas vigentes, construía-se uma base conceitual que não mais oporia ciência e política, uma vez que crítica e a participação popular eram elementos constitutivos de uma forma de se produzir a pesquisa.

Neste processo de indagação da realidade e das formas de se pesquisar, a pesquisa participativa traria também uma diferença em relação às formas clássicas de pesquisa, uma vez que colocava pesquisador e pesquisado numa posição de produtores de um conhecimento, já que coparticipantes do ato de pesquisar não mais se oporiam.

Lourau no curso da problematização das práticas de pesquisa e de construção do conhecimento é afetado pelos trabalhos das pesquisas participativas de Kurt Lewin (da pesquisa-ação). Entretanto, a proposta lewinina de articular campo e pesquisador ainda se mostravam insuficiente na superação das dualidades, na medida em que mesmo operando por junção ainda os colocava em posições diferenciadas.

Assim são os conceitos de Simondon, que contribuem para que Lourau module o pensamento da AI, especialmente no que se refere a implicação e conseqüentemente a intervenção (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). Esta forma de se conceber a pesquisa enquanto intervenção é por entender que não há distâncias que assegurem um espaço inequívoco de ações isentas entre pesquisador e em um campo de intervenção. Mais do que relação que ainda porta uma dualidade, com espaço previamente definido, é ele de produção mútua, processual.

Quando se priorizam os movimentos, os processos, é a expressão singular que entra em jogo, através, especialmente, da análise das implicações. Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processos de subjetivação e de objetivação, criação de planos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos, que se revezam (PASSOS; BARROS, 2000, p. 74).

1.1.7 Campo de pesquisa / plano

No lastro do modo de estudo cartográfico e tomando a pesquisa intervenção como a forma de se produzir conhecimento acerca do território da formação, oriento este trabalho na perspectiva da ruptura que comprometa as dualidades sujeito/campo, teoria/prática, na medida em que quando intervimos conectamos as dimensões tradicionalmente entendidas como teórica, presente no cabedal de conhecimentos que se colocam disponíveis; e como práticas, presentes num fazer.

Entendendo a pesquisa como um conhecer-fazer, toda intervenção carrega em si tecnologias, (caixa de ferramentas com vários saberes) que se acham disponíveis em um intervir, presentes no ato do fazer. Assim, a pesquisa intervenção convoca o pesquisador a

ficar mais “sabido” sobre o seu campo, não porque se lança ao estudo de conceitos sobre ele, com conceitos já dados, produzidos a priori das circunstâncias vividas, mas porque implicado neste campo, nele atua, habita, inventando conceitos ou mesmo, outras formas de operá-los na realidade.

Nesta relação de imanência entre conhecer-fazer, vão se produzindo mutua e processualmente campo/sujeito, teoria/prática. Esta cisão nas formas clássicas de se entender a pesquisa, mais *esquizo* - pois se move na fratura das dualidades - é que este trabalho vem se lançar.

Passos e Barros (2000) afirmam que os esforços produzidos nas formas de se produzir conhecimento/ pesquisa, que flexibilizaram os limites entre sujeito/objeto, com a criação de porosidades ou mesmo zonas de interseção entre estes termos, não foram por si suficientes para a superação dos limites definidos para sujeito/objeto, mantendo assim uma identidade que assegura uma constituição em separado.

A proposta ao superar a ideia de campo (aqui tomado como campo de pesquisa) por plano, não se resume a uma escolha semântica, pois mesmo que ainda opte em falar de campo de pesquisa, o sentido aqui dado é de uma relação de interferência que produzem entre si sujeito/campo, que em si é constituidora destes termos. Neste movimento em que co-emergem sujeito-campo, estabelece-se também a provisoriedade de suas identidades, dado que como movimento é dinâmico, variante e não estático.

1.1.8 Sujeito implicado – sujeito epistêmico

Nesta relação de criação mútua de sujeito/campo, o sujeito implicado a priori não tem a promessa de uma produção de conhecimento. Ao tomar um campo de ação, de militância, como campo de pesquisa, ele o faz pelos diversos sentidos que vão se produzindo a partir dos encontros com os sujeitos que neste campo atuam/habitam. Entretanto, é a partir do protagonismo neste campo, dos incômodos gerados, dos questionamentos que este saber militante permite que o sujeito implicado é convocado a saber mais sobre a situação para prosseguir.

Assim, a implicação passa a ser constitutiva de um processo de produção de conhecimento em que pesquisador e pesquisado não se contrapõem, já que se assume que o sujeito militante, implicado no campo de pesquisa almeja ser sujeito epistêmico. Mais do que uma distância entre sujeito e objeto, sujeito e campo de pesquisa, o que há é uma relação de mistura (MERHY, 2004).

Se o que se tem entre sujeito/campo é uma relação marcada pela provisoriedade de suas identidades, o conhecimento produzido por este sujeito implicado- epistêmico é também colocado num sentido de provisoriedade, de verdades provisórias. Cabe dizer que a recusa por uma vontade de verdade, no sentido posto por Nietzsche, tenciona a produção de um campo de problematização, posto que a vontade aqui é pela potência do pensar e não pelo encerramento deste em um solo seguro de verdades.

1.1.9 A pesquisa – uma encomenda, um pedido de intervenção

Sendo a pesquisa, ou mesmo um curso *stricto sensu* uma encomenda no sentido de uma produção de conhecimento acerca de um campo de saber, tanto a “resposta” a esta encomenda quanto a posição ocupada por este sujeito epistêmico devem ser analisadas com cautela. Cautela aqui posta como compromisso de que conhecimento produzido estará sempre conectado a um emaranhado de implicações que atravessam a pesquisa.

Além disso, cabe uma análise do lugar ocupado por este sujeito que, ao ocupar o lugar de um intelectual, possa dispor de uma certa “autorização” para falar sobre alguma coisa ou sobre aqueles que “imagina” representar.

Cabe destacar a partir de Rodrigues (2006) que a encomenda, para a AI, está ligada a um pedido de intervenção, que no caso da produção de uma pesquisa, seria a produção de um conhecimento, que ao se produzir interviria também na realidade, uma vez que os processos de conhecer e fazer são imanentes.

Contudo Rodrigues (2006) assinala, a partir de Lourau, que é matéria para ser posta em análise a posição que este intelectual vem a ocupar no processo de produção do conhecimento, uma vez que a aceitação ou recusa de um mandato social que esta intelectual porta definiria seu nível de implicação. Dito de outra forma, todos nós, especialistas em determinada área, sobre um determinado campo de saber, portamos este “mandato” outorgado por aqueles que de nós esperam uma intervenção especializada acerca das queixas que se apresentam acerca do vivido.

Entretanto, é matéria a ser analisada - que é a análise da implicação - a postura do intelectual frente a este pedido de intervenção. Produzir uma escuta sensível destes pedidos definiria a diferença de um intelectual engajado a outro, implicado. Enquanto que para o primeiro, Rodrigues (2006) assinala que a crítica daquilo que está instituído não basta para pôr em análise sua própria posição de especialista, para o intelectual implicado esta questão torna-se matéria central, pauta constante de suas análises, uma vez que a recusa de um certo “falar sobre” é condição para a criação de um campo de indagação da realidade - transformando simples queixas em questões (MERHY, 2009).

De certo, esta condição de recusa é que vem a deslocar o intelectual de uma posição de especialista, saindo de um campo simplista de produção de resposta, para aquele que visa problematizar o vivido.

Nesse sentido, é no território da formação em saúde, que podemos tensionar deslocamentos em nossa forma “especialista” de atuar, pois a todo momento somos capturados por uma lógica de produções de respostas acerca do viver, com diagnósticos e tratamentos pré- estabelecidos que, por vezes, desconsideram o conhecimento daquele que nos procura. Entretanto, operar com instrumentos conceituais que visem desnaturalizar este especialismo, dando visibilidade a este espaço de saber- poder, é desafio do campo da formação em saúde, uma vez que o *formar-se* comporta formas de fazer, de agir e de sentir.

1.2 SEQUÊNCIA 03 – AS FERRAMENTAS DO MODO DE ESTUDO

1.2.1 O diário de pesquisa e análise da implicação

Se cartografar é evidenciar os movimentos produzidos num território, o modo de estudo não se pontuou apenas em procedimentos a serem tomados, mas também a partir da postura do pesquisador, afirmando as dimensões ético, estético e política de suas práticas. Tanto o diário da pesquisa quanto a análise da implicação, instrumentos de pesquisa que nos auxiliaram na construção deste percurso, são tomados aqui na condição de dispositivos-analisadores. Esta condição, pensada a partir de Lourau (ALTOÉ, 2004) deu visibilidade aos instituídos no processo de pesquisar, possibilitando discutir a formação em saúde por dentro, percorrendo os diferentes e múltiplos territórios que se produzem no aprender a aprender.

Se ao pesquisar temos uma certa pretensão, no sentido de pretender algo, visto que toda pesquisa é matéria composta de ações conscientes e inconscientes; com o diário de pesquisa e a análise da implicação, há a possibilidade de retorno aos movimentos produzidos no território da formação que evidenciaram como os possíveis foram acessados neste percurso.

No diário foram colocados os relatos da pesquisadora, considerando até aqueles anteriores ao início da pesquisa, quando da entrada no mestrado, mesmo que naquele momento não se sentisse produzindo um diário de pesquisa. Se existem relatos mais estruturados, organizados, há também momentos de angústias, medos, raivas e conquistas. Como um movimento reflexivo, o diário não se refere estritamente a pesquisa, mas ao processo do pesquisar. Estão nele os sussurros inauditos da pesquisadora com seu campo, que captado pelas lentes sensíveis do corpo vibrátil, deixaram *marcas-registros* num *corpo-diário*.

Baduy (2010) assinala que o narrado no diário de pesquisa traz não apenas a voz da pesquisadora, mas tantas outras, efeitos dos afetamentos produzidos pelos diversos movimentos no campo de pesquisa. Tomando por empréstimo a proposta da autora de composição da narrativa da pesquisa, trago neste trabalho as sequências com a intenção de perfazer neste roteiro os movimentos produzidos no percurso desta pesquisa.

Se o diário é um modo diferente de produzir intervenção, de produzir pesquisa, só o é pelo abandono na crença que algum instrumento de pesquisa possa fornecer- garantir a neutralidade ou a busca de uma essência daquilo que se pesquisa.

O diário tomado aqui como “dentro do texto”, e não como um “fora do texto”, é concebido na perspectiva da análise institucional, desvinculando-se de outras abordagens teórico-metodológicas como a pesquisa etnográfica ou a pesquisa-ação que também dele fazem uso. Pezzato e L’Abbate (2011) analisam as diferentes formas de produção e utilização dos diários, como de bordo, de campo, de pesquisa. Entretanto, alertam, a partir da concepção de Lourau, que será o modo como o pesquisador/diarista fará uso deste instrumento de pesquisa no ato de pesquisar, que marcará sua singularidade.

Entendendo que nas pesquisas etnográficas e na pesquisa ação, o pesquisador ainda mantém uma distância entre pesquisador e pesquisado, o diário aqui tem sentido diverso, uma vez que é ferramenta da pesquisa intervenção, com potencial para disparar reflexão sobre e com o vivido, evidenciando os ditos e os não ditos, tal como assinalado por Pezzato e L’Abbate (2011).

Assim, o diário possibilita a desnaturalização das formas instituídas, já que porta também a dimensão de analisador. Por ser analisador é dispositivo, gatilho, para produção de novas coisas (MERHY, 2009). O novo aqui não é pensado como uma novidade, como algo que, por ainda não ser visto, traria a necessidade de ser descoberto ou revelado. A noção da visibilidade, proposto por Foucault (2006), é a de um olho produzindo o visível, produzindo o real. Como criação, não desvela, posto que não está encoberto.

1.2.2 Condição de uso das ferramentas

A aposta que se faz com a cartografia é de um modo de pesquisa para ser experimentado, não aplicado, mas assumido como atitude, não abrindo mão do rigor do caminho, sua precisão (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). Precisão não tomada como exatidão, mas como compromisso, interesse por aquilo que move o cartógrafo. O interesse é pelos movimentos que se fazem presentes no campo de pesquisa. Processos que se iniciam, que se vão, que se enviesam, tomam outros sentidos. Processos, sempre processos, a matéria do cartógrafo.

Se o diário de campo inquieta as formas de se pensar a pesquisa - sempre hermética a imprecisão de seus instrumentos - é com ele que compomos este trabalho, cujos resultados não são fruto da averiguação de dados no campo, mas dos relatos postos nestes diários. Alguns, foram trabalhados, isto é, operados com a ajuda de conceitos, ferramentas, que conferiram outros sentidos ao pensar, outros contornos à formação.

A narrativa desta pesquisa a partir dos diversos extratos, sequências, em forma de relatos, pretende produzir uma narrativa mais dissolvida, mais micro, mais devir. Sendo que, em alguns - muitos - momentos, foi impossível o abandono de uma narrativa mais fechada, cronológica. Entretanto, como exercício de um corpo vibrátil, pretende deslocar para a narrativa a intensidade do vivido no território da formação em saúde.

2 OBJETIVOS, QUESTÕES QUE NORTEARAM, MODO DE ESTUDO E IMPLICAÇÕES

2.1 SEQUÊNCIA 01 – O QUE TRAZ ESSA CARTOGRAFIA?

“Na perspectiva de Félix Guattari, não basta dar a palavra, sendo necessário criar condições para que se instale o exercício da análise”. (ROCHA, 2012, p. 43)

2.1.1 Objetivo do estudo

O objetivo deste estudo é construir uma cartografia do trabalho docente a partir das mudanças produzidas com a incorporação de novos paradigmas pedagógicos na formação em saúde.

2.1.2 Questões que incomodaram e que foram norteadoras para o estudo

Ao vivenciar esta convocação para o movimento do *formar-se*, algumas questões começaram a rondar a feitura deste projeto de pesquisa e se tornaram norteadoras deste percurso, tais como: Como *formar-se* ocupando um lugar afirmado pelo estudante que, em sua busca de conhecimento tem no docente, muitas vezes, seu porto, vislumbrado como seguro? Como estar em um lugar, em que enquanto formo sou também formado? Como afetar-se pelas mudanças, desterritorializar-se, sair do centro de uma cena, num lugar em que por ofício formamos estudantes, formamos gente?

2.1.3 O método (ou modo de estudo)

A proposta de traçar uma cartografia da formação tomando-a como um território rizomático, é a de percorrer e deixar-se ser percorrida pelos movimentos deste território, cartografando as mudanças ocorridas no ensino.

2.1.4 Instrumentos de pesquisa

Alguns instrumentos de pesquisa auxiliaram na construção deste percurso, quais sejam: o diário da pesquisa e a análise da implicação. O diário permite colocar em análise a implicação do pesquisador, isto é, a análise dos lugares que ocupamos no mundo, possibilitando discutir a formação em saúde por dentro, percorrendo os diferentes e múltiplos territórios que se produzem no aprender a aprender.

2.1.5 Implicações conceituais

Esta pesquisa visa produzir um recorte da formação a partir de alguns marcos teóricos escolhidos. A estas escolhas somam-se as experimentações vividas neste território, que longe de portarem o caráter de fidedignidade aos movimentos acontecidos, partem da implicação ética, política e libidinal da pesquisadora. Os conceitos aqui utilizados partem do referencial da Análise Institucional Francesa e da Esquizoanálise.

2.1.6 Implicações acadêmicas

Esta dissertação está vinculada ao programa de MACCS da EEAAC/UFF, à linha de pesquisa em cuidados coletivos em Enfermagem e saúde nos seus processos educativos e de gestão e ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES/CNPq), sendo aprovada nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro (02/09/2011, parecer nº 0244.0.258.258-11) e do UNIFESO (10/11/2011, parecer nº 692-11).

Projeto aprovado em 10/11/2011 pela banca composta por: Prof^a. Dr^a Ana Lúcia

Abrahão; Prof^a. Dr^a Paula Cerqueira e Prof. Dr. Mauro Leonardo Caldeira dos Santos na UFF.

Trabalho aprovado em 04/10/2012 pela banca de qualificação composta por: Prof^a. Dr^a Ana Lúcia Abrahão; Prof^a. Dr^a Paula Cerqueira e Prof. Dr. Mauro Leonardo Caldeira dos Santos; Prof^a. Dr^a. Dalvani Marques e Prof^a. Dr^a. Rossana Baduy na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.

2.1.7 Implicações financeiras

Apoio Financeiro à Pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1 SEQUÊNCIA 01 – A INTIMIDADE COM OS PROBLEMAS DA EDUCAÇÃO

Ao apresentar esta sequência a faço com objetivo de entrar no território da formação, por um de seus diversos platôs, sendo este mais diretamente ligado às mudanças acontecidas na formação dos profissionais de saúde.

Ao longo do tempo mudanças vem ocorrendo neste território, e o sentido dado para que tais acontecimentos façam parte desta cartografia não é com a pretensão de listá-los ou mesmos discuti-los com profundidade de um especialista em mudanças curriculares. Entretanto, situar os aspectos relativos às mudanças curriculares que aconteceram com os cursos de graduação da área da saúde, especificamente aqui, no Curso de Enfermagem e de Medicina da FESO/UNIFESO, chão dessa cartografia, é um dos caminhos possíveis, para que o cartógrafo empreenda o seu trabalho.

Há uma interessante discussão inerente ao território da formação, que ao longo deste trabalho vim percebendo. Quando me perguntavam sobre o que estava falando, discutindo, se era sobre metodologias ativas no ensino, elucidando a formação dos profissionais de saúde, sentia-me tentada a responder que não, decididamente não era isto. Todavia, a tarefa de mergulhar nos teóricos da educação e com eles dialogar para que pudesse minimamente abordar a problemática deste trabalho, sempre esteve um pouco presente. Como se a instituição formação, que atravessa esta escrita, falasse da necessidade de elucidar as transformações ocorridas na formação em saúde, para que ao final, nas linhas dedicadas às considerações finais lançasse mão de alguma proposta, mesmo que pequena, mas que trouxesse alguma solução, aos problemas identificados.

Se este trabalho tem um compromisso é com algo semelhante ao abordado por Sívio Gallo quando diz que “o filósofo da educação deve ter intimidade com os problemas educacionais, sentir-se tocado por eles, senti-los na pele” (GALLO, 2008, p. 57).

Se “o mais profundo é a pele”, nas palavras de Paul Valéry ou no recente artigo de

Merhy (2011), creio que sentir os problemas da educação na pele, não com o significado de sua profundidade, mas da rasa e vasta extensão, na multiplicidade de suas terminações nervosas livres, nas suas porosidades, é tarefa para o cartógrafo implicado com o território que habita.

Para Gallo (2008), o filósofo da educação, tem como tarefa a criação de conceitos e não a mera reflexão sobre os problemas educacionais postos. O pensamento de Gallo acerca do compromisso desse filósofo é operado pelo deslocamento dos conceitos de Deleuze (1992), para quem a função da filosofia é o da criação de conceitos e não de uma reflexão, de uma contemplação, acerca da vida.

Ter intimidade com os problemas da educação, ou, a partir das mudanças curriculares ocorridas nos cursos de Medicina e Enfermagem da FESO/UNIFESO, com o advento do Pró-Saúde e poder pensar o cotidiano da mudança a partir do encontro docente-estudante é o que vem sendo perseguido neste trabalho. Se a identificação de soluções para os problemas discutidos, não foi tarefa desenhada, como anteriormente dito, é por compreender que no processo de ensino aprendizagem não cabe apenas a solução de problemas identificados a partir de uma dada realidade, mas inclui também a invenção de problemas a partir das realidades, as quais também são inventadas (KASTRUP, 2012). Assim, o cartógrafo afetado pelos movimentos do território exercita suas lentes, amplia, diminui enquadramentos, cria realidades.

Se este trabalho mescla momentos de uma cartografia implicada com uma postura ética de reflexão sobre a temática desenvolvida e outros de discussão mais calorosa dos problemas que coçam, roçam a pele, é por compreender que em nós habitam diversos cartógrafos, os quais, por vezes, estão mais contemplativos, missionários, proféticos, e outros tantos, mais inventivos, vibráteis, céticos. Tê-los de modo clandestino ou não, implicados com uma educação maior, a qual é (re)produzida nos documentos, nos gabinetes, nas portarias e decretos ou com aquilo chamado de uma educação menor, que é vivida e sentida no dia-dia das salas de aula, nos espaços tutorias, nos cochichos da sala dos professores (GALLO, 2008), é exercício que venho empreendendo neste pensar.

3.2 SEQUÊNCIA 02 – PRINCÍPIOS TEÓRICOS DA MUDANÇA CURRICULAR

3.2.1 As bases das mudanças curriculares – educação maior

Se é preciso conhecer um conceito e as diversas formas que este vai adquirindo, no curso do tempo, a partir dos diversos deslocamentos operados, é por compreender que, enquanto ferramenta, um conceito tem a potência para abalar as formas de pensar e de agir. Assim, experimentar o seu uso, fazendo dele elemento indispensável para questionar nossas práticas, tem potência de ampliar nossa capacidade de agir. Isto difere de uma utilização mais comum que vem entender o conceito enquanto representação de algo, buscando uma tradução, a partir do que está dado.

Se utilizo as mudanças curriculares, que passam a ser operadas em âmbito nacional, a partir do incentivo dos Ministérios da Saúde e Educação, como conceito ferramenta,

inspirada na ideia deleuzeana (FOUCAULT, 2012) é por considerarmos que, no uso do conceito como ferramenta, as mudanças têm potência para pôr em análise as práticas operadas no âmbito da formação em saúde. Se para Deleuze, a teoria seria uma espécie de “caixa de ferramentas” para as pessoas dela se servirem, utilizar as mudanças curriculares para pensar a formação é multiplicar o seu uso, e não a circunscrever a um lançamento de um edital convocatório para as escolas dele participaram.

As mudanças curriculares na área da saúde, não podem ser entendidas a partir de um único acontecimento chamado Pró-Saúde. Devem ser consideradas diversas conexões operadas no eixo formação e mundo do trabalho, que foram se produzindo ao longo do tempo. Assim, um percurso necessário a este estudo é o de se deter um pouco no movimento de reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para perceber as ressonâncias que tais acontecimentos produziram no mundo da formação em saúde.

3.2.2 A criação do SUS e suas ressonâncias

Se “a formação recria o homem, transformando-o em algo novo” (ABRAHAO; CASSAL, 2009, p. 253), o mundo do trabalho, com o SUS, também produz algo novo, não no sentido de uma novidade para a formação em saúde, mas o da criação um campo de indagação de práticas que embasavam esta formação. Com o SUS, posso dizer que nos lançamos numa aprendizagem inventiva (KASTRUP, 2012), em que movidos pelo transformar, indagávamos, inventávamos problemas sobre as formas de atenção à saúde e produzíamos um trabalhador para a saúde.

Assim, o SUS como o resultado de um movimento intenso da sociedade, evidencia a problematização de práticas de saúde, que anteriormente a ele, eram fortemente atravessadas pela exclusão, pela diferenciação e pela verticalização de programas de saúde que, em si, não dariam conta de atender as inúmeras e diversas necessidades de saúde e de qualidade de vida da população. Na medida em que mudanças ocorriam no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, com o envelhecimento, com o predomínio de doenças crônicas e de transtornos afetivos, alterava-se não apenas a necessidades de atenção à saúde, mas também aquelas relativas ao ensino (FEUERWERKER, 2004).

Dessa maneira, o desafio posto ao questionar as práticas de atenção à saúde, é que questionava também a formação dos trabalhadores da saúde. Assim, “transformar o sistema de saúde demanda modificar o modo de formar os profissionais que o tornam real” (ABRAHAO; CASSAL, 2009, p. 250).

O movimento da reforma sanitária, como fruto do coletivo que clamava por mudanças na área da saúde, não pode ser descontextualizado da luta pela democratização de um país, que teimava em questionar a perpetuação de suas práticas autoritárias de governar. A esse respeito percebo nas palavras do sanitarista Sérgio Arouca (1998) que:

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos

os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

A reforma sanitária, termo utilizado nos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, se referia a um conjunto de ideias que se processavam em torno das necessidades de mudanças e transformações na área da saúde. Essas mudanças não diziam respeito apenas ao sistema, mas a todo o setor saúde, já que tais mudanças determinavam melhores ofertas na atenção à saúde e melhoria das condições de vida da população.

Merhy (1995) assinala que se tinha claro que a principal luta a ser travada na saúde era no sentido de combater a exclusão de muitos brasileiros das ações de saúde e do sistema de atendimento em geral.

Entretanto, é com a Constituição Federal de 1988 que se operam as condições para a criação do SUS, pois com a nova Constituição reorganizava-se o sistema de proteção social brasileira, produzindo mudança na natureza das relações governamentais (MIRANDA, 2010). Se com a Constituição avançamos rumo à criação do SUS, dela derivaria também a necessidade de uma legislação complementar que fortalecesse o conceito de saúde nela expresso como direito social.

É bom ressaltar que é justamente a concepção de saúde enquanto direito social, que veio possibilitar o enfrentamento dos projetos neoliberais em curso na área da saúde, que têm como proposta a reorganização da gestão da saúde na direção de um processo privatizante e como operacionalização deste processo denominam de “modernização” dos serviços de saúde (MERHY, 2004).

Se por um lado os anos em que se sucederam a criação da nova constituição e a criação do SUS foram marcados por tensões, que expressavam o hibridismo de um tempo que alterna momentos políticos mais descentralizados e democráticos com outros em que ainda se efetuavam a centralização de decisões, especialmente aquelas que diziam respeito às políticas financeiras, por outro presenciamos também nestes momentos a participação efetiva de um coletivo implicado com o ideário da Reforma sanitária, que militava em torno da consolidação do sistema de saúde recém-criado.

Ao final da década de 90 e início do ano 2000, um verdadeiro exército dos novos atores, mais experientes, organizado, heterogêneo, com visão estratégica e consciente do seu papel na construção do SUS passou a atuar... (BRASIL, 2004a, p. 27).

Este contingente expressivo de sujeitos com filiações heterogêneas, nas diversas formas de se organizar politicamente, pode ser considerado como um coletivo, entendendo-o no sentido de “uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao *socius*, assim como aquém da pessoa [...] derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos” (GUATTARI, 1992, p. 20), uma vez que é o desejo de sustentar o SUS enquanto sistema inclusivo que os liga. Com o SUS, temos então a expressão das mudanças operadas pelo movimento da reforma sanitária, com o acesso universal, a integralidade no cuidado e a concreta participação da população por

meio do controle social.

Neste contingente de sujeitos, Miranda (2010) vem destacar a participação dos secretários municipais e estaduais de saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), dos Trabalhadores da Saúde, do Conselho Nacional da Saúde (CNS), dos Conselhos Estaduais e Municipais de saúde, e de outras diversas entidades e organizações não governamentais.

Franco e Merhy (2006) destacam que, se o movimento de criação do SUS traz transformações na atenção à saúde, de certo carrega também como herança da tradição da saúde pública brasileira e de pressões de grupo políticos, modelos tecnoassistenciais que se orientavam a partir dos eixos da epidemiologia e da vigilância em saúde. Contudo, com tais modelos sendo operados por trabalhadores da saúde, que têm em seu trabalho alto grau de autonomia na assistência, é possível observar que as transformações vão sendo operadas também nesse perfil assistência.

Mesmo que a assistência à saúde seja definida numa esfera macropolítica e que em outra esfera ela se faz e refaz com diversas nuances e contornos a partir das práticas de atenção à saúde no espaço da micropolítica, nossa intenção é compreender que um conceito, como o de modelo assistencial, comporta elementos da macro e micropolítica, que ao se interpenetrarem, o definem.

Pensar em tais oposições, é por entender que macro e micro, molar e molecular, mesmo que não tendo os mesmos termos e natureza, são inseparáveis, já que coexistem e se pressupõem. Dessa forma, o que define um modelo assistencial não é meramente uma política pública, que carrega elementos de sua tradição, mas também a forma como o trabalhador opera tal modelo, num espaço de encontro com o usuário, espaço eminentemente relacional, molecular, produzido em ato (MERHY, 2009).

Outro ponto a destacar nessa contextualização do SUS, é que vinham sendo operados na América Latina vários intentos de reformas no setor saúde, fundamentadas em organismos internacionais de fomento, onde a tendência era de diminuição da função do estado, no que diz respeito à sua função reguladora e de financiamento (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Entretanto, apesar das pressões vindas do projeto neoliberal em curso e daquelas em que as disputas políticas dentro do próprio movimento democrático brasileiro, a respeito dos caminhos a serem traçados para a consolidação do Sistema, também se desenham um cenário de tensão e conseguem-se por meio desse coletivo, implicado com o SUS, as forças necessárias para defendê-lo (FEUERWERKER, 2002).

A saúde então, como direito social, permite ao Brasil a forma e força necessárias de enfretamento das tensões macropolíticas, dos projetos neoliberais em curso, como também é costura para as conexões que se dão no interior do movimento de consolidação do SUS.

3.2.3 A Estratégia de saúde da família – efeitos na formação

Com o movimento da reforma sanitário e da criação do SUS, avanços vão sendo feitos no modo de reorganização do sistema de atenção à saúde. Apesar das contradições presentes e a complexidade de tal reforma, há de se destacar que, com a implantação do Programa de Saúde da Família, hoje entendido e denominado como Estratégia, ampliam-se os cenários de aprendizado e a dinâmica da formação passa então a ser fortemente estimulada a partir da Atenção Básica.

Decorre assim o crescimento de demandas por mudanças na formação dos trabalhadores da saúde, vindas de usuários, gestores e dos próprios trabalhadores e que podem ser vistas como analisadores dos processos de formação, na medida em que produzem visibilidade nos descompassos e desarticulações que foram produzidos entre formação e atenção à saúde.

Entre os distintos problemas que afloram com a implantação do PSF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a esta nova necessidade. Contudo, todos estes elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada destes profissionais, agora organizados em forma de equipe (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001, p. 138).

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam que se há hegemonia na forma de atenção à saúde, já que marcada por uma concepção biologicista, medicalizante e centrada no procedimento, há correlata hegemonia nas concepções de educação que contemplam um ensino conteudista, fragmentado, cuja organização mais isolada orienta seus currículos compartimentalizando tempo e espaço; disciplinas e sujeitos.

Pensar na hegemonia e no que ela significa em termos de conceito, me leva a destacar a concepção lançada em uma oficina do congresso da Rede Unida onde ao ser perguntado sobre este conceito, o Prof. Emerson Merhy traz a seguinte provocação: “hegemonia é algo que fazemos e que não nos perguntamos o porquê fazemos. Um fazer que não se interroga”. Dessa forma, penso que indagar sobre as práticas de formação dos trabalhadores da saúde, é nos lançar em movimentos de problematização que, ao produzir fraturas num modelo de formação mais hegemônico, tendem a transformá-lo dando passagem para outras formas de se fazer-pensar o conhecimento.

A crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há muitos anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em várias carreiras, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

Formação: indagações que estavam em curso

Como assinalado por Mourão e L’Abbate (2011) desde a década de 50 está em curso na América Latina um movimento de reformulação curricular dos profissionais de

saúde, numa tentativa de superação dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços e de ofertar melhor atendimento as necessidades de saúde da população.

Feuerwerker (2002) em estudo sobre os movimentos empenhados em promover melhoria da relevância social e eficiência da educação médica, destaca que a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao lançar em 1991 um documento chamado “Changing Medical Education: an Agenda for Action” pretendia mobilizar especialistas e recursos internacionais acerca da insatisfação da sociedade em relação aos médicos e demais profissionais de saúde, dado a dificuldade em enfrentar os novos desafios postos. Tais desafios pautavam-se na busca da humanização da atenção, do cuidado integrado, de maior participação social, da equidade, da contenção de custo e do uso adequado da tecnologia.

Para dar sustentação a essa iniciativa, a OMS vai produzindo outros tantos movimentos e em 1999, na Conferência em Phuket na Tailândia, foi lançado o movimento “Towards Unity for Health”, com o objetivo de promover parceria e estudos nesta área. Anteriormente a isto, em 79 destaca-se a criação da Network of Community- Oriented Educational Institutions for Health Sciences, mais conhecida como “NETWORK”. Essa iniciativa também da OMS e do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPS privilegiava a construção de modelos orientados à comunidade e a adoção da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning - PBL), já que focava num processo mais centrado no estudante (FEUERWERKER, 2002).

Almeida, Feuerwerker e Lhanos, (1999) assinalam que como propostas que incluem de forma mais integrada as universidades de diversos países da América Latina (inclusive o Brasil), a década de 1990 traz também os Projetos UNI “Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde” com a conceitualização e execução de uma nova possibilidade de pensar e fazer a educação dos trabalhadores da saúde. Os Projetos evidenciavam propostas de forte potencialidade para mudanças do modelo de ensino, na medida em visavam que tais mudanças fossem sincrônicas nas universidades, serviços de saúde e comunidades participantes.

Feuerwerker e Sena (2002) destacam, com os projetos UNI, que as mudanças do processo de formação do trabalhador da saúde passariam pela produção de conhecimentos e de tecnologias para educação de adultos, que favorecessem a aprendizagem ativa, o desenvolvimento de currículos integrados, privilegiando a flexibilização da organização dos conteúdos de ensino, em lugar de esquematizá-los.

Neste cenário de iniciativas de mudança na formação, cabe destacar que também no Brasil, as escolas médicas davam conta, a partir da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), de diagnosticar a situação dos cursos de Medicina, criando um questionário avaliativo nos segmentos de estrutura política e econômico-administrativa das escolas, infraestrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de assistência e pesquisa e egressos, propondo mudanças a serem implementadas nos mesmos (FEUERWERKER, 2002).

Na Enfermagem por meio da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu-se por sua vez, forte mobilização de entidades educacionais e de setores da sociedade civil, interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde.

De certo que a ABEn, enquanto organização política, representativa da categoria de trabalhadores da Enfermagem, tem assumido ao longo do tempo carácter decisivo na definição de políticas de formação para a Enfermagem, bem como na organização dos trabalhadores.

No cenário a que estou produzindo esse recorte, destaco os Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEn) como produtores de problematizações a respeito dos desafios da Enfermagem e da formação. Neste cenário, no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, de 1979, temos um marco na discussão de rumos de mudança, não apenas nas relações internas da ABEn, como dos marcos conceituais e estruturais dos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, considerando que mudanças precisariam ser feitas no processo de formação, que objetivassem a superação da visão de mundo tecnicista, problematizando a questão “a quem serviria o ensino de Enfermagem?” (MIRANDA, 2010).

Se mudanças precisavam ser operadas na formação do enfermeiro, há de se evidenciar que espaços como os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADENs), os Fóruns de Escolas de Enfermagem Nacionais e Estaduais e o Movimento Participação, foram importantes dispositivos para pensar e operar tais mudanças.

Miranda (2010) destaca que os desafios sobre a reorganização da formação se intensificaram na Enfermagem, dado o compromisso firmado com a consolidação do SUS e pelo contexto econômico que se apresentava, orientado pelo mercado que fortalecia o modelo biomédico. Um modelo que tem respaldo no pressuposto flexneriano e no atendimento de interesses do complexo médico-industrialfarmacêutico.

3.2.4 A formação com os óculos do Modelo Flexneriano

Para produzir um olhar sobre o que está em jogo quando falo de mudanças na formação em saúde, cabe destacar o modelo em que estavam fincadas a formação e a atenção à saúde ao longo do tempo, que carrega fortes traços do modelo positivista do século anterior, o que nos remete a contextualizar o modelo Flexner.

A Fundação Carnegie em 1910, ao convidar Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses, cria não apenas um relatório com pistas sobre a formação produzida nas escolas e as formas de se fazer a Medicina, mas reforça a luta pelo ideário científico desse campo de saber (AGUIAR, 2003).

Com o documento elaborado após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, produz-se uma outra forma de se pensar a Medicina, que é a Medicina Científica ou Flexneriana, a qual passa a nortear a formação dos futuros médicos e também de outros profissionais de saúde, uma vez que as práticas médicas ao longo do tempo foram tornando-se hegemônicas.

Contudo, cabe me deter um pouco mais nas forças que se operam nesse momento para que o relatório Flexner tenha tal visibilidade. Se estou falando de força no sentido foucaultiano, é bom compreender de que força estou falando:

Aqui vale fazer uma rápida analogia com o conceito físico de força: de maneira simplificada, ela se manifesta como um agente (uma ação) capaz (que tem capacidade) de alterar o estado de um corpo. Pode-se entender tal capacidade como um poder da força, de modo que faz sentido chamarmos de poder a uma ação que se sobre o estado de um corpo ou, mesmo, sobre a ação de um corpo. É isso que Foucault entende por poder: uma ação sobre ações (VEIGA-NETO, 2011, p. 62).

Pensando que Foucault entende que o poder é produzido nas relações, em relações de poder, que se efetuam, se exercem (FOUCAULT, 2012), levanto aqui, quando do momento do aparecimento do relatório Flexner, quais relações de poder se efetuaram para que tal relatório ganhe o status de paradigma médico.

Assim, cabe dizer que se operava desde segunda metade do Século XIX uma concepção positivista de entendimento de mundo e por uma forma de conhecer, de se fazer ciência, que iniciada por Pasteur, contrastava naquele momento com as práticas e o ensino médico americano no final do século XIX.

Pagliosa e Da Ros (2008) fazem importante abordagem a respeito do contexto em que o relatório Flexner foi produzido, uma vez que era bastante complicada a situação das escolas médicas dos EUA, dado a abertura de escolas de forma indiscriminada, com heterogeneidade das normas e práticas pedagógicas e de abordagens terapêuticas variadas, sem controle, nem regulação. Outro dado importante que compõem este cenário, foi a associação da corporação médica ao grande capital, vinda da crescente indústria farmacêutica que, em busca de alianças para compor seus espaços publicitários, uniriam suas propagandas às publicações da Associação Médica Americana. Diante deste cenário, a Medicina inicia uma outra forma de se relacionar com o conhecimento.

Sendo o dinheiro um analisador potente tal como afirma L`Abatte (2004), vejo um emaranhado de relações que se conjugam em prol de se pensar uma outra forma de fazer Medicina. Esse emaranhado de relações de poder, vai desde os investimentos no Relatório Flexner à forma de produzir o conhecimento científico nas escolas médicas, que não se correlacionava ao ideário positivista da época. Acrescenta-se a esse cenário a decadência do modelo Francês de cuidado em prol do modelo Alemão de Educação Médica e Pesquisa e o estabelecimento de alianças entre indústria farmacêutica e a Medicina, em suas formas de cuidar e de produzir conhecimento (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O relatório Flexner não só produz um modelo de formação que invade as escolas de Medicina e seus currículos, com desenhos curriculares que separam um ciclo inicial de disciplinas básicas e outro dedicado aos estudos clínicos, mas vem ocupar-se também dos processos de trabalho.

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde- doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da Medicina e seus médicos. Mesmo que, na retórica e tangencialmente, ele aborde questões mais amplas em alguns momentos de sua vida e obra, elas jamais constituíram parte importante de suas propostas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496).

Se Flexner introduz novas formas de operar formação e cuidado na saúde que ainda hoje atravessam nossas práticas, apesar das mudanças na formação em saúde em curso, um dado a se destacar nos estudos de Flexner, encontrado em Pagliosa e Da Ros (2008) e Feuerwerker (2002), é que sua proposta pedagógica apoiava que o aprendizado da Medicina tanto no laboratório quanto na clínica não fosse apenas delimitado pela escuta e pela memorização, mas que colocasse o estudante como agente ativo, rejeitando a passividade desse diante do conhecimento.

Se Flexner pode ser pensado como o precursor das metodologias ativas, ou não, não cabe neste trabalho elucidar a verdade sobre o nascimento de tais metodologias, mas de compreender que estas possam estar presentes em formas de conhecimento que a nossos olhos parece se opor aquilo que pensamos para a formação e atenção à saúde. Assim, uma metodologia, como um meio, pode servir para operar as mais diversas transformações no território da formação. Daí a necessidade sempre presente de indagarmos o seu uso, interrogando a que e a quem serve a metodologia que usamos com nossos estudantes, já que o tradicional que habita em nós, por vezes, traveste-se do aparato da mudança.

Como expressão de um tempo, de um modelo de mundo que se opera sobre o saber, e assim sobre os corpos a que a Medicina se detém - e que se configura como o seu objeto de estudo - é possível entender as reformas do ensino da Medicina com relatório flexner como:

A principal reforma do ensino médico no mundo ocidental no século XX, desencadeada através do Relatório Flexner, foi proposta tendo em vista a necessidade de reorganizar e ordenar a prática médica. Ou seja, um mesmo relatório estabeleceu as bases de uma nova Medicina, de uma nova prática médica e de uma nova maneira de produzir médicos (FEUERWERKER, 2002, p. 394).

3.2.5 As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e o que muda com elas.

Mourão *et al* (2007) aponta, acerca das mudanças curriculares no ensino, que diversas reformulações foram se produzindo ao longo dos anos, atendendo a pressões internas e externas das instituições formadoras. Contudo, ressalta que, a partir dos anos de 1990, sobretudo com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 2002), abrem-se caminhos para que se aprove as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que preconizam uma formação de cunho generalista, humanista, crítica e reflexiva, orientada por princípios éticos em seus diferentes níveis de atenção à saúde.

Assim as DCNs, expressam um desejo de um coletivo de transformar a formação em saúde, por meio de uma política educacional mais conectada a atenção à saúde.

A crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando há muitos anos, desde as organizações docentes, estudantis e de participação popular. Em várias carreiras, constituíram-se movimentos organizados de docentes e estudantes em busca e produção de melhores caminhos e estratégias para a inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos. Quando do debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área de saúde mobilizaram-

-se de maneira expressiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

O SUS como ordenador da formação dos trabalhadores da área da saúde, conforme posto na Constituição Federal de 1988, é disparador do processo de mudanças curriculares, posto que não se concebe a formação do profissional de saúde estancada deste Sistema de Saúde. Entretanto, como pontua Ceccim e Feuerwerker (2004) o sistema educacional não se exclui desse ordenamento da formação, tendo em vista ser ele o detentor de ferramentas de gestão educacional e que possui legitimidade de regulação da educação nacional.

Dessa maneira as DCNs dos cursos de graduação em saúde que foram aprovadas em sua maior parte entre 2001 e 2002, contemplam uma formação que deve se integrar ao sistema público de saúde do Brasil e nele, na atenção integral à saúde (MIRANDA, 2010).

É recorrente em estudos analisados, pontuar que as DCNs são indicativas e orientam a formação em saúde, considerando sobretudo que as universidades brasileiras gozam de autonomia, garantida na LDB. Dessa forma, abre-se espaço para escolhas, opções, que sejam realizadas pelas escolas formadoras, quanto à maneira de conceber e encaminhar as transformações necessárias (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MIRANDA, 2010).

Sentindo falta de argumentos que possam trazer contrapontos para pensar as DCNs, uma consulta ao trabalho mais antigo de Feuerwerker e Almeida (2003), que retrata de um momento de buscas por transformações na formação e de análises das políticas em curso torna-se importante para reflexão. Este trabalho que abriu as sessões de debate da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), acerca das Diretrizes Curriculares e dos projetos pedagógicos na formação em Enfermagem, dizem que as orientações genéricas das Diretrizes abrem possibilidades de mudança sim, entretanto, o resguardo à autonomia das escolas e o próprio carácter indicativo que as DCNs assumem, podem determinar iniciativas mais tímidas e circunscritas de mudanças. Para melhor descrever as considerações, faço um breve recorte ao que foi pontuado pelas autoras:

1) Se as DCNs incentivam a superação dos Currículos Mínimos, não há nelas definição de um caminho ser percorrido; 2) Se há uma oferta à formação por competências, tem abertura para a maneira de desenvolvê-las, se por concepções behavioristas ou construtivistas; 3) Se convoca a interdisciplinaridade, quando falam da superação das disciplinas e de um saber conteudista, não tem indicação de ser fácil o caminho para esta superação; 4) Se os conteúdos e experiências de aprendizagem devem ser orientados, por exemplo, pelas necessidades dos estudantes ou pelas necessidades de aprendizagem articuladas às necessidades sociais, não há indicação sobre esta questão; 5) Por fim, as DCNs mencionam a necessidade da aprendizagem ativa e a necessidade de tratar dos problemas da realidade. Ou seja, deixam em aberto o tipo de orientação a ser adotado em cada escola, mas sugerem a superação das abordagens tradicionais (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003).

Assim, cabe destacar por fim que as diretrizes sozinhas não amparam as mudanças necessárias à formação em saúde. Se assim fosse, eximiria a responsabilidade das escolas neste processo, reduzindo-lhes a capacidade de criar e determinar os caminhos a serem tomados no percurso das mudanças curriculares.

3.2.6 Os Programas de incentivo às mudanças curriculares no ensino – opção ética e implicações

Sendo as DCNs, indicativas de que mudanças necessitavam ser realizadas na formação em saúde e do reflexo destas no contexto da atenção à saúde, elas irão produzir fortes efeitos no sentido de mobilizar os Ministérios da Saúde e da Educação em constituir uma parceira histórica que lançou programas de incentivo a mudanças curriculares no ensino superior. Neste contexto, foram criados o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) e o Pró-Saúde.

A opção por mudanças curriculares no ensino é também uma opção ética das escolas formadoras em saúde, já que permitem a análise de suas implicações nesse processo. Um olhar em direção ao que moveu a FESO e o UNIFESO em tomar o caminho das transformações de seu ensino - primeiro no Curso de Medicina e posteriormente nos de Enfermagem e de Odontologia - não pode desconsiderar alguns acontecimentos, que ao marcar a sua trajetória no percurso de mudanças curriculares, a singularizam.

Dentre tais acontecimentos destaco, a partir da trajetória da FESO/UNIFESO, a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde; os resultados das avaliações externas feitas pelo Ministério da Educação (MEC) ao Curso de Medicina por ocasião do Provão; a extinção de uma organização departamental que organizava o ensino; os incentivos financeiros vindo com o Promed e o Pró-Saúde e a formação de um coletivo que exprimia sua necessidade de produzir mudanças mais efetivas no ensino, que, por sua vez, ao se envolver nesse processo de transformação, assume cargos ligados a direção central da FESO/UNIFESO.

Dessa forma, ativar processos de mudança comporta uma diversidade de movimentos, os quais estão pontuados a seguir:

Se concebermos as políticas públicas como expressão do exercício da gestão pública de políticas de interesse social ou como resposta de governo às demandas sociais expressas por seus fóruns legítimos ou de pressão sobre a sociedade, desde o setor da educação, a mudança na graduação é parte das transformações necessárias à construção de um novo lugar social à universidade brasileira. Políticas públicas no campo da avaliação (institucional, dos cursos e dos docentes), para as linhas de financiamento e apoio ao desenvolvimento universitário institucional e para a produção de conhecimento – exemplos pertinentes – são potenciais indutoras de transformação na orientação e na organização do ensino de graduação para que se cumpram as diretrizes curriculares nacionais e diretrizes constitucionais do SUS, ampliando a responsabilidade social e a capacidade de resposta e oferta da universidade aos problemas e demandas contemporâneas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1403).

3.2.7 A Política de Educação Permanente em Saúde (EPS)

Dentro das propostas que podem ser postas como estratégia de capacitação dos

trabalhadores da saúde e indutora de mudanças na formação e nos espaços de atenção à saúde, desponta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com ela a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde.

Se a política de educação permanente é posta aqui, é por considerar que no caso da FESO/UNIFESO associa-se a ela a formação docente, uma vez que mesmo não sendo uma política voltada para a graduação, é incluída como ferramenta de transformação das práticas docentes, já que estes também são foco na dinâmica da organização.

Como breve histórico, situo esta Política como fruto dos movimentos que surgem com a criação do SUS e outros diversos, que pedem por transformações na saúde na América Latina. Diante das demandas existentes, surge o desencadeamento de um processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde com vistas a uma atenção integral à população e ao fortalecimento do SUS, enquanto sistema inclusivo e de cuidado integral (LIMA *et al.*, 2010).

Este processo inicia-se com o Ministério da Saúde, em 2003, mediante a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que visava produzir mudanças tanto na formação técnica, quanto na graduação e na pósgraduação. Assim, em 2004, com a formalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foram criados os Polos de Educação Permanente em Saúde em todo país (BRASIL, 2004b).

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, redefinindo as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Como campo vasto, que comporta diferentes composições de entendimento acerca do que se pensa quando falamos em EPS, Ceccim (2005, p. 162), autor implicado com as Políticas de EPS, pontua que:

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e colocasse em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/ mundo do ensino.

Como Política, a EPS não pode ser vista isoladamente, posto que ela se produz a partir de diversos movimentos que se conjugam na tentativa de fortalecimento da educação permanente dos trabalhadores da saúde. Dessa forma, Ceccim (2005), ressalta as ligações com o movimento da Educação Popular, com Paulo Freire, a quem atribui parcela implicada com o conceito de aprendizagem significativa na educação. Outra conexão é com o movimento institucionalista em educação, tendo nas contribuições de Lourau e Lapassade para os processos grupais (com os conceitos de autoanálise e autogestão), uma incessante indagação das práticas de formação. E, por fim, em outros tantos movimentos que, sem se filiarem especificamente a algum nominalmente, produziram efeitos também na

formação em saúde.

Contudo, acredito que tais conexões refletem não somente as implicações assumidas pela política de EPS, como asseguram o carácter processual do território da formação, que conectado a essa política, evidencia-se como território rizomático, suscetível, aberto (DELEUZE; GUATARRI, 1995).

Como território rizomático, a formação, renunciaria a um modelo de entendimento que fixaria as transformações ocorridas no ensino em determinados pontos, seja por acontecimentos em ordem de importância ou de temporalidade. Se este trabalho carrega tal ordenamento em sua escrita, pontuando mais do que produzindo linhas de conexão, é pela dificuldade do cartógrafo de produzir um trabalho menos arborescente e mais mapa; menos raiz e mais erva, que preencha os espaços com uma escrita menos calcada numa memória longa, centralizada e fixada em determinados pontos de destaque; do que em outra que, conectada a uma memória curta, é diagramática, descontínua (DELEUZE; GUATARRI, 1995). Acerca da Educação Permanente, destacam que:

Aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). CECCIM (2005, P.162)

3.3 SEQUÊNCIA 03 – MUDANDO DE CENA, UM BREVE ENQUADRAMENTO DA FESO

3.3.1 O que é a FESO com a Medicina, a Enfermagem e o hospital de ensino?

Nessa tentativa de produzir linhas que conectem a implantação das políticas de EP em Saúde com os acontecimentos ocorridos na micropolítica das mudanças curriculares, faz-se necessário conversar um pouco mais com a experiência de implantação do Polo de Educação Permanente em Saúde em Teresópolis, a partir das iniciativas ocorridas na Unidade de Saúde da Beira Linha da FESO.

Em primeiro é importante falar um pouco mais sobre o que é a FESO e o UNIFESO, para pensarmos no plano que se operaram as mudanças curriculares no ensino nesse cenário.

É definido estatutariamente que a FESO é uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de utilidade pública municipal, estadual e federal com sede e foro na cidade de Teresópolis (FESO, 2006). Sua criação se dá na década de 70, época que, conforme descrito em seu Projeto Político Pedagógico Institucional (PPPI):

É marcada pelo processo de grande expansão das escolas médicas no Brasil, principalmente na Região Sudeste, havendo uma forte demanda de vagas na área de Medicina, sem a possibilidade de serem atendidas pelas

IES então existentes. Tal fato demonstra que a FESO, como Instituição, se estrutura a partir de uma dinâmica nacional de ampliação do ensino superior (FESO, 2006, p. 15).

Dessa forma, a Fundação implanta, em 1972 a Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT), como seu primeiro curso superior, que configurou como tal, na área da saúde, até meados de 1985, quando então a Fundação opta pela criação do seu segundo curso de graduação na área, a Faculdade de Enfermagem de Teresópolis (FET).

Os laços produzidos a partir de uma criação mútua entre a Fundação, como entidade jurídica, e a FMT, como seu primeiro curso superior, vão se mantendo ao longo do tempo, fazendo com a FESO e a Medicina ao se misturarem, parecessem ser uma única organização.

No relato abaixo transcrito, fruto de uma pesquisa do curso de administração da FESO, que tinha como intuito avaliar na FESO o projeto de expansão dos cursos e os desafios enfrentados, os pesquisadores destacam o Curso de Medicina como:

Primeiro e mais conhecido curso da IES, o Curso de Medicina é, até hoje, muitas vezes identificado como a própria FESO. O curso atrai alunos de todo o Brasil, de alto poder aquisitivo que se deslocam para residir temporariamente na cidade. Seu vestibular é sempre o mais concorrido da instituição... possuindo uma imagem respeitável no meio médico de todo o Brasil, competindo de igual para igual com as grandes instituições das capitais. É o principal gerador de recursos da instituição. (LEWANDOWSKY; SOUZA; ALVES, 2008, p.4).

O fato de se ter uma faculdade isolada de Medicina, sempre foi posto pela Fundação como a concretização de um esforço de qualificar a cidade de Teresópolis e região, em seus recursos humanos, a partir do ensino superior. A FMT dispara na FESO, além de um processo de criação, a possibilidade de reconhecimento no cenário nacional - dado uma relação deficitária entre oferta e demanda por vagas nas escolas médicas que impulsionava uma dinâmica crescente de entrada de estudantes. Além disso, com um corpo docente de fora da cidade, fortalecia-se sua imagem no cenário do país, uma vez que muitos eram pesquisadores de outras Universidades Brasileiras.

Teresópolis que já tinha sido impulsionada com a abertura da estrada direta para o Rio de Janeiro, progrediu sensivelmente com o funcionamento do Curso de Medicina. Com um corpo docente competente oriundo das Universidades Federais (Rio e Niterói) e instalações condizentes, a faculdade se firmava, atraindo para seu âmbito, estudantes de vários Estados do Brasil (TOSTES, 2003, p. 58).

No cenário local, como entidade implicada com o desenvolvimento de Teresópolis, a FMT sempre alternou momentos de admiração por conferir a FESO o status de empregador de grande quantitativo de pessoas (no ensino e no hospital), além de impulsionar a dinâmica econômica da cidade, com os intensos fluxos de estudantes, que fazem aqui suas vidas durante os anos que elegem Teresópolis como sua morada universitária.

Entretanto, percebem-se ainda fortes críticas à Fundação, vindas de setores da

sociedade que não participam tão diretamente de seu projeto educacional, uma vez que o Curso de Medicina, cujas mensalidades são as mais altas da Fundação, tem demanda relativamente pequena de Teresópolis e Região, se comparado com o cenário nacional.

Com uma existência marcada por críticas e reconhecimentos, que se expressam nos muitos diagnósticos produzidos pelos resultados da Comissão Permanente de Avaliação (CPA), a Fundação se autodescreve como sendo:

Sem dúvida a maior organização econômica, político-social, educacional e cultural da cidade, atendendo às necessidades educacionais desde a educação básica até ao ensino de pós-graduação. Destaca-se ainda na área da assistência à saúde, mantendo especialmente um hospital de ensino que é referência na região. É a maior empresa em termos de folha de pagamento e de número de contratação de empregos do município. Insere-se também nos movimentos artístico-culturais e mantém sua participação nos movimentos comunitários. É esta fundação a mantenedora do UNIFESO (FESO, 2006, p. 14).

A Faculdade de Enfermagem desponta em 1985 como segundo curso a ser implantado na área da saúde e, a partir de relatos escritos em documentos oficiais, sua criação fundamenta-se, dentre outros aspectos, na necessidade de formação de mão de obra específica para a área da saúde, dada a expansão realizada no Hospital das Clínicas de Teresópolis (HCT), hospital de ensino mantido pela FESO, por ocasião de atendimento das demandas públicas e privadas de atenção à saúde (FESO, 2006).

Entretanto de forma diferenciada em relação ao Curso de Medicina da Fundação, a FET sempre oscilou entre altos e baixos no contexto dos processos de seleção para entrada no curso. Usufruindo do “boom” do ensino superior na década de 90, o curso vem sentindo ainda as dificuldades advindas da expansão das escolas de Enfermagem no Brasil, que influenciou fortemente o decréscimo da entrada de estudantes na FESO/UNIFESO.

Em termos de política financeira para a captação e manutenção de estudantes adotada pela Fundação, diferente do Curso de Medicina, onde as concessões de bolsas de estudos para ingressantes e estudantes limita-se a funcionários/professores que integram o curso, e a outros casos mais específicos, que são decididos exclusivamente no âmbito da Fundação, a Enfermagem sempre figurou como possibilidade de se efetuar a política filantrópica inerente a uma Fundação.

Com a concessão de bolsas de estudo para quase a totalidade dos estudantes do curso, dado o perfil financeiro do ingressante e dos estudantes, a Enfermagem vem convivendo cotidianamente com uma crise financeira, que vem surtindo efeitos na remuneração docente, nas distribuições de carga horária para as atividades e nas sucessivas trocas de gestão ocorridas nos últimos anos. Porém, me deterei neste importante analisador que é o dinheiro em outra sequência desse trabalho.

Com a opção pelo Curso de Enfermagem, a FESO então reafirmaria sua missão de organização de ensino vinculada a Teresópolis e região, além de produzir ao longo do tempo, uma equiparação entre a receita e as suas obrigações enquanto instituição filantrópica. Ao analisar o Curso de Enfermagem os autores destacam que:

a formação de Enfermeiros para a região serrana, sendo mão-de-obra especializada para o atendimento aos hospitais, postos de saúde, creches, escolas, tendo o estudante, ao longo do seu curso, uma formação generalista. Por ocasião de sua criação, o corpo docente da Faculdade de Enfermagem esteve constituído, na sua maior parte, de professores pertencentes aos quadros da Faculdade de Medicina. Embora haja esta sinergia até hoje, o curso sempre foi gerenciado separadamente seja por uma Diretoria ou Coordenação. Apesar de todo esse crescimento no mercado brasileiro, o Curso de Enfermagem acumula resultados negativos para a FESO. Talvez devido à importância social do curso, a instituição o mantém até hoje. É um curso de grande potencial precisando de certa remodelagem. LEWANDOWSKY, SOUZA e ALVES (2008, P.4)

Com o Curso de Medicina, a FESO se vê impulsionada ao estabelecimento de uma unidade hospitalar própria, que dê conta da demanda de oferecer um cenário de prática para os estudantes. Assim, a partir de um convênio com a Prefeitura Municipal de Teresópolis, em 1972, o então Hospital Municipal é cedido à FESO e passa a ser denominado como Hospital das Clínicas de Teresópolis, gerido exclusivamente pela Fundação, que fez dele seu hospital de ensino.

Este fato também traz ao longo do tempo, algumas dificuldades para a Fundação, na medida em que a população de Teresópolis, por vezes ainda reconhece o HCTC como hospital público, apesar de pertencer a uma entidade privada. Diante dessa dicotomia que acompanha o hospital, as publicações oficiais, reiteram que, mesmo sendo uma organização privada, o HCT tem seu compromisso com o sistema público de saúde:

Frise-se que, desde sua inauguração, o hospital tem destinado, pelo menos, 80% de sua capacidade instalada ao atendimento dos usuários da rede de serviços públicos de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) (FESO, 2006, p.15).

Como também é enunciado nos documentos oficiais, esse compromisso afirma a implicação com uma transformação no ensino que não mais concebe formar profissionais de saúde em separado do Sistema Público de Saúde. Assim, o HCT tem em sua contratação com o SUS, além de parte de suas receitas com a assistência, um cenário demandado para a formação em saúde.

Entretanto, sabe-se que, por um ou por outro lado, o hospital sempre foi posto para a Medicina como um cenário privilegiado e ideal para uma prática médica, que ao longo do tempo tem sido cultivada. Este ideal está montado em um acesso ao aparato tecnológico, fincado nas especialidades; distante de um perfil médico de “posto de saúde” (FEUERWERKER, 2002).

Assim o HCT, vai se fazendo como estabelecimento de saúde que, permeado por contradições entre o público e o privado, alterna também uma identidade: ora se vê implicado numa prática de hospital de ensino, ora em outra mais marcada por uma assistência à saúde pouco integrada com os seus cursos de formação. Por ter figurado por muito tempo como hospital que atendia às demandas de saúde de Teresópolis e região, o HCT perpetua uma imagem desconectada dos objetivos de um hospital de ensino, parecendo algumas

vezes “um detalhe” abrigar ali os acadêmicos de Medicina e os de Enfermagem.

Em relação às mudanças curriculares feitas no ensino dos cursos da saúde (Medicina, Enfermagem, odontologia e agora fisioterapia), a partir da opção de aderência ao Pro-med e ao Pró-Saúde, percebe-se que as transformações reforçaram o carácter de hospital de ensino do HCT, uma vez que sob o princípio de currículo integrado, o hospital é espaço da interação ensino-trabalho-comunidade.

Outro dado é que são grandes as tentativas, atualmente, de trazer os profissionais do hospital para o ensino, principalmente médicos, para atuarem como docentes/ tutores do Curso de Medicina, dado a dificuldade de fixar o profissional médico na docência. Dessa forma, tais fatores concorrem para que a mudança curricular transite de forma mais intensa dentro do hospital.

Entretanto, percebem-se ainda enunciados, vindos do coletivo do HCT, que tentam colocar o hospital apartado do ensino, já que ainda se ressentem de um tempo em que ele figurou como principal unidade assistencial mantida pela FESO. Outro aspecto a ser destacado nesses contrapontos, é que a mudança curricular também ressaltada sob o princípio de currículo integrado, vem valorizar outros espaços de cuidado em saúde, para além do hospital. Dessa forma, não é raro críticas aos investimentos realizados pela FESO/UNIFESO, nas unidades de saúde da ESF, que se configuram como cenários de prática, atribuindo a esses investimentos um certo demérito ao hospital.

Continua, entretanto, muito forte, dentro das escolas, a resistência às mudanças. Especialmente se implicam sair do hospital, trabalhar em outros cenários e em reorientar a formação em direção a um perfil mais geral (FEUERWERKER, 2002, p. 40).

Ainda sobre o hospital de ensino, ao participar de um projeto de pesquisa com acadêmicos do Curso de Enfermagem da FESO/UNIFESO, em 2011, que investigava o processo de trabalho no HCT, percebi que as mudanças curriculares realizadas, produzem ainda efeitos tímidos no cuidado em saúde daquele hospital de ensino. Os profissionais que lá trabalham, principalmente de nível técnico em Enfermagem, relatam que se vêm afastados das políticas de ensino, e, por vezes, queixam-se por desconhecerem os princípios da mudança curricular. Nos resultados deste estudo destacam-se nas falas dos técnicos de Enfermagem e de outros profissionais de ensino superior e estudantes que transitam no hospital: as dificuldades de um processo de trabalho que inclua de forma efetiva os estudantes; o afastamento de outros *campi* da FESO/ UNIFESO, onde se dão as atividades “teóricas” para os estudantes de Medicina e Enfermagem; e a ausência de uma política de educação profissional/ educação permanente (ARAÚJO, 2011).

Se me detenho mais na implantação dos cursos de Medicina, Enfermagem e no hospital de ensino da FESO/ UNIFESO, é por focar o objetivo desse trabalho, e não por desprezar outras unidades mantidas pela Fundação.

Cabe ressaltar que, com o crescimento da Fundação, houve a incorporação de outras unidades mantidas por ela, assim como a criação de outros cursos. Esta expansão marcou a superação do status de Faculdades Isoladas para Faculdades Unificadas a partir de ato autorizativo do MEC em 1994 (FESO, 2006).

Destaco ainda que desde 2006, com a mudança de Faculdades Unificadas para Centro Universitário, a Fundação elenca em seu rol de mantidas o também recém-criado UNIFESO, que abriga 15 cursos de graduação, sendo sete na área da saúde, dentre eles, Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia que participam da mudança curricular vinda com o Promed e o Pró-Saúde. Além do UNIFESO, contam como mantidas o Hospital de Ensino, um Colégio de Educação Básica e Ensino Médio, além de outras organizações ligadas à arte e à universidade da terceira idade (FESO, 2006).

3.4 SEQUÊNCIA 04 – O POLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FESO – O CHÃO DAS MUDANÇAS CURRICULARES

3.4.1 A experiência da Beira Linha

No PPPI da FESO, vê-se a criação da unidade de saúde da Beira Linha como estratégia importante para a concretização do Polo de Educação Permanente em Saúde na FESO e, dessa forma, tem-se aí também o início de uma prática em saúde que precederia as mudanças curriculares ocorridas no ensino.

Entretanto, conforme pontuado por Cristel e Souza (2008), acerca das transformações ocorridas na FESO com a mudança curricular, é importante destacar que não é possível fixar um marco inicial, um primeiro movimento em direção a uma modificação estrutural tão considerável. Assim, elucidar alguns acontecimentos é possibilidade de entender quais implicações moviam a organização de ensino em prol de transformações efetivas em seus currículos da área da saúde, especificamente na Medicina e na Enfermagem.

De início, a estratégia de criar a Unidade da Beira Linha como é chamada, já que se situa numa comunidade que recebe este nome por ser cortada pelos trilhos que restaram do extinto sistema ferroviário de Teresópolis, vem ao encontro da demanda de alocar estudantes dos cursos de Medicina e posteriormente de Enfermagem, em espaço que daria conta, naquele momento, da atenção primária em saúde. No PPPI da FESO, observa-se o destaque da criação da unidade:

Em 1983, foi criada uma Unidade Básica de Saúde em uma comunidade de Teresópolis, denominada Beira-Linha, com o objetivo de desenvolver ações de atenção primária à saúde, bem como servir de cenário de ensino/aprendizagem aos estudantes do Curso de Medicina e do Curso de Enfermagem. Em 1998, implantou-se, nessa unidade, o programa Estratégia de Saúde da Família (PSF), como parte de um projeto municipal, atingindo outras oito unidades administradas pelo poder público local com orientação técnica da FESO. Isto porque, em 1999, a Instituição foi credenciada pelo Ministério da Saúde como Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente das Equipes Básicas do PSF da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Vale dizer que a criação do Polo representou uma sensível inserção regional da FESO na medida em que a maioria dos municípios serranos teve suas equipes do PSF capacitadas pela Instituição (FESO, 2006, p. 16).

Com a Unidade da Beira Linha, a FESO inicia suas atividades como parte do programa de assistência comunitária a partir de uma ação conjunta entre o setor público, Prefeitura de Teresópolis, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e a FESO. Dessa

forma, constitui-se em campo de ação social e de estágio, com vistas à integração ensino-pesquisa-serviço da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Enfermagem. O objetivo foi de servir de base constitucional ao modelo de saúde que seria levado às outras unidades do município, naquela época (REIS, 2001).

As ações em saúde desenvolvidas naquela unidade começam a fazer da Beira Linha, um dispositivo de cuidado em saúde e de se pensar em outras formas de se fazer o ensino. Dessa forma, destacam-se a participação dos estudantes de Medicina e Enfermagem no cotidiano daquele serviço e a alocação de um quantitativo de trabalhadores da saúde que, vindos dos quadros docentes da FESO (Medicina e Enfermagem) produziam uma articulação mais efetiva entre serviço e ensino. Além disso, os incentivos financeiros recebidos propiciavam o custeio da unidade desde a sua implantação.

Em um estudo que aborda o PSF em Teresópolis, Reis (2001) destaca que em 1997, com a incorporação de um quantitativo maior de profissionais de saúde ao quadro da Beira Linha, inicia-se um processo de educação continuada que relevava uma integração entre ensino e serviço de saúde, para além do espaço hospitalar.

Se as atenções relacionadas às políticas internas da FESO concentravam-se no HCT, como hospital que abrigava os acadêmicos de Medicina e de Enfermagem e, dado as relações que o hospital mantinha com o poder público municipal, é na Beira Linha, com a adesão ao Programa de Saúde da Família e posteriormente com o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que os ventos da mudança começariam a sacudir o modo de se fazer ensino em saúde.

Se o credenciamento ao PSF pareceu extensão daquilo que era realizado na Beira Linha - já que alinhada aos princípios da Atenção Primária em Saúde e também pela presença de estudantes, a parceria da FESO e o governo municipal, com vistas a administrar tecnicamente as outras unidades do PSF na cidade, teve aí também seu início. Com o convênio firmado entre a FESO e a Prefeitura de Teresópolis para desenvolvimento de ações estratégicas no PSF, a Fundação aumentaria o seu raio de ação em saúde no município e, assim, ampliaria também a inserção de seus estudantes em outras unidades de saúde ligadas ao PSF – e não somente à Unidade Beira Linha.

Falando da expansão da experiência da Beira Linha e a ampliação da inserção dos estudantes nas unidades vinculadas ao PSF, observamos o quanto as estratégias promovidas no âmbito da atenção à saúde vão se articulando ao ensino e delas, partem mudanças no currículo dos cursos, as quais seriam bem anteriores ao lançamento de Programas que incentivariam, mais tarde, e, de forma direta, tais mudanças (Promed e o Pró-Saúde).

Dos trabalhos que correlacionam as práticas em atenção à saúde e as alterações produzidas nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina e em Enfermagem, um relato transcrito da Ata do Conselho Departamental da FMT contextualiza mudanças no perfil do egresso:

A FMT, ao redefinir seu projeto pedagógico em outubro de 1997, define que o perfil de formação do graduado em Medicina deverá ser o de formação do médico geral com qualificação e competências para atuar nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Tocoginecologia e Prevenção que tenha ao término do curso autonomia de conhecimentos que per-

mitam sua inserção no mercado de trabalho e a contínuos aperfeiçoamentos (MIRANDA, 2002, p. xviii).

Outro relato nos cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica destaca que a partir da experiência da Beira Linha, citada como “unidade própria”, mudanças seriam produzidas no internato do curso médico:

Em 1999, com a reestruturação e ampliação do internato para um ano e meio e a organização da Atenção Primária do município, a experiência daquela unidade própria foi utilizada no décimo período do curso, mediante a obrigatoriedade de frequentar as Unidades de PSF do município, em cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (CRISTEL; SOUZA, 2008).

Na Enfermagem, como um curso que surge no decorrer da experiência de se ter uma unidade própria de saúde como a da Beira Linha, essa vai se constituir além de campo de estágio para os acadêmicos do curso, como possibilidade efetiva de criação de um modelo de unidade básica de saúde, que tem no enfermeiro a centralidade do cuidado em saúde.

Mesmo com um currículo estruturado em grades disciplinares, com conteúdos operacionalizados por meio de metodologia tradicional de ensino-aprendizagem e com os três primeiros semestres concentrando disciplinas do ciclo básico e posteriormente outras, vinculadas ao ciclo profissional, conforme apontado por Albuquerque e Campos (2010), as atividades desenvolvidas na unidade da Beira Linha eram assumidas de início pelo curso, como atividades eletivas, as quais poderiam ser incorporadas desde os primeiros semestres pelos estudantes que por elas optassem.

Como falado anteriormente, se a Beira Linha foi dispositivo para a inserção da FESO no modelo PSF e, posteriormente, para a criação do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente é porque:

Foi o modelo da UBS da Beira Linha que contemplou a proposta do PSF do Ministério da Saúde de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem e agentes de saúde - a qual ampliada com oito internos em média, professores e supervisores, projetaram a necessidade de formar 9 equipes... (MARTUCHELLI, 2009, p. 3).

A redefinição do modelo assistencial pelo Ministério da Saúde via estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) demandava para os municípios a necessidade de treinamento específico dos profissionais em atuação em Unidades Básicas de Saúde com vistas à qualificação para atuação integral e multidisciplinar. Assim, com um acumulado de experiências desenvolvidas nessa a área em Teresópolis, surge também a possibilidade de a Fundação estabelecer outro convênio, agora com o município de Sumidouro para o treinamento de equipes com vistas à implantação do PSF em suas unidades básicas (MIRANDA, 2002). Nesse momento, destaca-se então o credenciamento como Polo de EPS na FESO.

Coincide este momento com a seleção pelo M.S. de projetos para implantação de Polos de Capacitação para o PSF a nível nacional. A FESO foi incluída entre as 10 instituições selecionadas, num total de 40 projetos apresentados. Pesou, fundamentalmente, nessa escolha a experiência

anteriormente descrita e desenvolvida na Unidade de Saúde Beira-Linha, preenchendo um dos critérios de seleção (MIRANDA, 2002, p. xviii).

Se as mudanças que inquietavam a atenção à saúde e o ensino, produziam os mais variados efeitos no cuidado e na formação, a opção por uma metodologia que daria conta deste movimento também surgia como uma necessidade.

3.4.2 A experiência da Beira Linha ativa o conhecimento

Embora a opção por metodologias ativas de ensino- aprendizagem ainda não constasse no projeto institucional da Fundação, nem nos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde da FESO - uma vez que vêm com força com as DCNs em 2001 - é no cotidiano das ações de saúde, nas formas de se pensar sobre as práticas realizadas na Beira Linha; que se assinala a necessidade de recorrer a outras ferramentas que auxiliassem o pensar- fazer em saúde.

Fazíamos metodologia ativa muito antes de sabermos que iríamos t~e-la como opção metodológica, assumida com a mudança curricular. Inventávamos coisas nas unidades da Beira Linha e no PSF, que não tínhamos aparato teórico que os suportasse. Apenas sabíamos que, estando mais a margem do ensino, fora da sala de aula, podíamos ousar com outras coisas (MARTUCHELLI, 2009).

Se a problematização despontava como ferramenta metodológica para este momento (e seria assumida, principalmente, pelo Curso de Enfermagem com a mudança curricular), é por comportar, conforme pontuado por Berbel (1998), o método do Arco de Charles Manguerez. Nele, o processo de problematização segue cinco etapas, partindo da realidade ou de um recorte dela, obedecendo uma sequência que vai da observação da realidade; à identificação de pontos-chave; à teorização; à criação de hipóteses de solução; ao retorno à realidade, que o autor chama de prática. Assim, com o Arco confere-se um movimento de indagação da realidade a partir daquilo que se apresenta como problema, com a proposição de intervenções focadas nesse cotidiano.

Contudo, se a problematização já figurava como ferramenta metodológica para o conhecer, vinda no bojo da Política de Educação Permanente em Saúde, é porque as práticas focadas num modelo Flexneriano, em formas tradicionais de ensino, apresentavam já as suas lacunas. Principalmente quanto postas numa realidade de cuidado em saúde, que demandavam outras atitudes de se relacionar com o conhecimento.

O conhecer assim não mais comportava o entendimento de um mundo que estava dado, já que as respostas postas, pré-existentes não dariam conta da realidade que se apresentava. Assim superar o modelo de representação, é antes uma atitude, em prol de uma ética onde o conhecer envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

A experiência do Polo de Capacitação na FESO, alastra-se no território da formação, criando os caminhos para a mudança, trazendo opções metodológicas mais inovadoras e ativas, que balançavam as fortes estruturas curriculares, assentadas em disciplinas e

em segmentações ente teoria e prática.

O credenciamento da instituição como Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente contribuiu para que, em 2001, fossem promovidas duas oficinas de trabalho: “Capacitação Docente em Metodologia Problematizadora” e “Ensino Médico – Inovações Necessárias ao Processo de Transformação”. Nesta última oficina reuniram-se os professores das duas disciplinas de Psicologia Médica, duas disciplinas de Propedêutica e três de Saúde Coletiva, com o objetivo de construir uma proposta de integração que desse conta da dimensão bio-psico-socio-ambiental do currículo, por meio do planejamento de um eixo de integração, que naquele momento foi chamado “Semiologia do Sujeito” (CRISTEL; SOUZA, 2008, p. 64).

3.5 SEQUÊNCIA 05 – A MUDANÇA ENTRANDO PELA PORTA DA FRENTE

3.5.1 Um solo propício às mudanças?

As experiências desenvolvidas por ocasião do Polo de Capacitação das diversas equipes de PSF da região serrana, precedidas daquelas de implantação e cogestão do PSF em Teresópolis, e outras quando da criação da unidade de saúde da Beira Linha, foram fecundas no sentido da sensibilização para as questões da realidade de saúde da população e criariam assim, um solo propício no território da formação às mudanças curriculares que se efetivariam por ocasião do Promed e Pró-saúde.

O que este trabalho pretende e, reafirma, numa luta permanente por uma narrativa que não se captura pela historicização, é a composição do território da formação enquanto mapa, cartografando os diversos planos que criavam condições para a implantação e sustentação das mudanças ocorridas no ensino.

Este chão, posto como território da formação, era habitado por um coletivo que, implicado com a atenção à saúde, vinha interrogando as formas de ensino na saúde. Como coletivo heterogêneo, composto pelos quadros docentes da FESO, outros vindos da “assistência propriamente dita” com a atenção primária em saúde e outros também com passagem pelo HCT - já que muitos trabalhadores, médicos e enfermeiros, foram formados na própria FESO – viriam a protagonizar o caminhar da mudança curricular nos cursos de Medicina e de Enfermagem, tendo em vista que intuíaam por suas práticas a possibilidade de transformação curricular.

Nessa perspectiva, alguns trabalhadores da saúde e professores que participavam “ativa e ativamente” desse processo, começavam a sair de unidades mantidas, mais periféricas à estrutura central da FESO, para assumir cargos dentro da gestão do ensino. Circulando mais no campus- sede da Fundação, onde hoje se concentram a Direção Geral da mantenedora e a Reitoria do UNIFESO, as ideias de mudança começavam também a circular em outros espaços de poder, para além da Beira Linha e das ações de capacitação do Polo.

Para ser efetiva, a decisão de mudar deve ser institucional. Quer dizer que a proposta de mudar deve entrar pela porta da frente, deve ser compromisso do núcleo central de poder, ou seja, da direção. Isso torna possível que se utilize, pelo menos em parte, os recursos de poder que a direção da es-

cola, curso ou centro disponha para viabilizar a mudança. Isso é importante para aumentar as chances de acesso e mobilização dos professores, para minimizar o peso de determinados entraves burocráticos, para quebrar as barreiras impostas pelos nichos de poder estabelecidos etc. Portanto uma das tarefas dos grupos “mudancistas” dentro das escolas é chegar ao poder – direta ou indiretamente (FEUERWERKER, 2002, p. 43).

Se para serem efetivas as mudanças deveriam ser assumidas pelos grupos que compunham os cargos de gestão do ensino e da direção geral da mantenedora e não a partir de uma “portaria”, utilizando uma frase bastante enunciada quando falamos delas na FESO/UNIFESO, como fazer com que ao entrar pela porta da frente, a possibilidade de mudança tenha força para contagiar os coletivos, sempre heterogêneos, que compõem este rizomático território da formação? Como enfrentar a necessidade demandada pela mudança, que requer investimentos, não somente grandiosos devido às mudanças estruturais/ financeiras a serem feitas, mas em termos de superar um sistema disciplinar de composição de currículos, que comportavam uma rede micropolítica de poderes dentro dos cursos?

Sendo um currículo perpassado por relações de poder, sua formulação e implantação não devem ser percebidas como neutras, isentas em sua elaboração e instrumentalização (MOURÃO *et al.*, 2007). Seja ele montado em estruturas disciplinares, mais verticalizadas, ou composto por módulos que lhe conferem uma transversalidade dos conhecimentos, suas escolhas referem-se a posições políticas adotadas, em determinado momento e circunstâncias.

Se as perguntas acima aparecem numa cartografia, é porque a análise da implicação tem força quando “inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 656).

Dessa forma, a possibilidade da mudança, inclui a análise dos interesses existentes em mudar, requer uma cartografia dos grupos de poder, das forças que se configuram em relação à mudança (FEUERWERKER, 2004).

3.5.2 As condições do solo

Algumas mudanças já tinham sido realizadas anteriormente, com a superação de uma estrutura departamental na área do ensino, optando-se pela criação dos centros de ciências. Esta opção criava as condições necessárias também para que, mais adiante, com as mudanças curriculares, o sistema de disciplinas fosse extinguido em favor se uma concepção de um currículo integrado se adotando uma distribuição modular (FESO, 2010a; 2010b; 2011a; 2011b.).

A opção por uma estrutura cêntrica já falava de uma recomposição de forças, uma vez que responsabilizaria os centros recém-criados, pelas decisões sobre os cursos de graduação que abrigava.

Em 1999, foram criados os Centros de Ciências Biomédicas – CCBM, hoje Centro de Ciências da Saúde - CCS e de Ciências Humanas e Sociais –

escola.

Já na década de 1990, a questão do currículo como expressão de um novo paradigma de ensino médico vinha sendo foco de encontros e seminários na escola. O impacto dessas discussões até meados dos anos 1990 era pequeno, visto que se localizavam mais no âmbito do diagnóstico do que na efetiva intervenção. O curso tinha formalizado e estabelecido com carga horária um Núcleo de Educação Médica composto por três professores e três estudantes; tinha participação regular nas discussões da Abem, e muitos dos planejamentos e ações iam sendo inspirados na troca de experiências e conceitos teóricos ensejados pelos encontros da Comissão Interinstitucional Nacional de Educação Médica (Cinaem). A escola tinha representação no Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis e mantinha relação com a Secretaria Municipal (CRISTEL; SOUZA, 2008, p. 63).

No Curso de Enfermagem, professores com trânsito e militância em movimentos produzidos pela ABEn, como os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, também assinalavam o desconforto com a prática do ensino e questionamentos sobre como esta prática conjugava-se com o cuidado em saúde.

Albuquerque *et al.* (2007) destacam que desde 1999 vinham-se discutindo as necessidades de mudança curricular no curso, uma vez que a estrutura curricular baseada em disciplinas, com fragmentação de conteúdos e assim de conhecimentos, favoreciam um ensino centrado na doença e em modelos idealizados. No mesmo trabalho, os professores da Enfermagem, implicados nesse processo, abordam a necessidade de mudança curricular:

[...] apesar de abordar os determinantes biológicos e sociais da doença, estes são discutidos separadamente, com ênfase no modelo biomédico, sem destacar adequadamente os aspectos relativos à normalidade em nível individual e coletivo. As disciplinas que retratam a identidade profissional estão alocadas em períodos avançados, o que distancia o conhecimento básico da sua aplicabilidade no exercício profissional, impossibilitando o estudante de acompanhar a sequência dos cuidados com maior desenvoltura e segurança. Os ciclos básico e profissional são completamente separados, com disciplinas fragmentadas e estanques. A distribuição das disciplinas não segue a lógica do crescimento em complexidade de conhecimentos, nem estão agrupadas nos períodos por correlação de conteúdos [...] o ensino é centrado no professor, sendo os métodos de ensino mais empregados: aula expositiva para grandes grupos de estudantes, práticas em laboratórios, estágio e trabalho em grupo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007, p. 201).

Outro incomodo era gerado também com o processo de avaliação externa realizada pelo MEC, uma vez que o desempenho dos cursos de Medicina e de Enfermagem não correspondiam às expectativas frente às essas avaliações. Segundo Cristel e Souza (2008) esta situação de desconforto era vivida por todos aqueles envolvidos com o processo de ensino-aprendizagem, assim como havia também a preocupação com a formação dos egressos, uma vez que a instrumentalização para o aprender, a ética, e a consciência de seu papel frente à realidade de saúde do país, passavam a ser pautas rotineiras nas diversas reuniões na área do ensino da saúde.

Se em parte, estas preocupações forma colocadas em pauta a partir da mudança,

é porque o ensino tradicional, bancário, com trocas que se favorecem a partir de um sujeito que tudo sabe e, outro, que tudo deve aprender, não cabem mais em um mundo em que a produção do conhecimento, ao assumir tamanha velocidade, encerra qualquer tentativa de colocar a aprendizagem na soma de conteúdos apreendidos. Dessa forma, o que nos empenhamos nas discussões com os nossos estudantes, é o de instrumentalizá-los para o exercício do aprender a aprender (FEUERWERKER, 2004).

Estas considerações acerca de como se estabeleceram as bases para as mudanças curriculares, isto é, em que chão foram tomando consistência, entendendo que havia diversos planos que favoreciam a sua implantação, podem ser vistas como as pistas que foram seguidas pela organização para que tamanha transformação fosse efetuada.

Como campo de possibilidades, é impossível descrever os acontecimentos na totalidade, pois estes fazem-se antes da própria implantação dos Programas interministeriais que efetivariam as discussões, diagnósticos e propostas em ações concretas de transformações curriculares.

Assim, a mudança ocorre num cenário de uma FESO que também passava por transformações, uma vez que ao assumi-la, a organização de ensino define também uma estrutura organizacional que a suporte e um processo de trabalho que a capilarize.

Ao eleger o Centro de Ciências Biomédicas (hoje, Centro de Ciências da Saúde,) como tal, e, nele, vincular os professores com seu acumulado de experiências nas unidades sob cogestão do PSF; na criação da Beira Linha; na constituição do Polo de Capacitação; e nas militâncias diversas em Fóruns externos como as ABEn /Abem ou no Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis, propiciou que a mudança, ao entrar pela porta da frente (FEUERWERKER, 2002), torne-se porosa, rizomática. Como efeito, um coletivo de professores que não se situavam tão à frente do processo, era também contagiado por tal movimento.

Outra situação era que não adiantaria somente contagiar os professores, sem ter na centralidade das discussões dos diversos fóruns internos, os estudantes.

Embora inicialmente, como assinalam Cristel e Souza (2008), uma pequena participação dos estudantes ocorria, num processo mais lento e de difícil contágio do que se tinha imaginado. Assim, as atividades como oficinas de sensibilização e de discussão das propostas de mudança, em geral, ocorriam aos sábados. Mesmo gerando protestos, essas atividades eram vistas como a única possibilidade de se conciliar o encontro e participação de todos os envolvidos, incluindo os estudantes.

A presença dos estudantes no curso das discussões sobre as mudanças curriculares se efetivou nas diversas formas de colegiado e de forma mais efetiva se deu também por dentro dos cursos, em pequenos fóruns criados ao longo do tempo, nos espaços informais dos corredores, cantinas, nos demais espaços de lazer da organização.

Se a mudança curricular depende de uma educação maior para se tornar concreta, com grandes colóquios, fóruns, reuniões de direções e centros, com portarias e regimentos, ela se faz também nas pequenas falas antes das aulas, nos cochichos da sala dos professores, nas falas menos sonoras. Nelas, os sussurros vão gestando também aquilo que as portarias e regimentos, por vezes, não têm força para sozinhos tecerem.

3.5.4 Os problemas de solo que surgem com a implantação da mudança

Feuerwerker (2002) assinala três problemas, que os chama de clássicos, num processo de implantação de mudanças no ensino, contextualizando as experiências na escola médica. Neste trabalho, contextualizarei as experiências do Curso de Enfermagem da FESO/UNIFESO. O primeiro problema seria o da mudança ter “proprietários”, pois reduzi-la a um coletivo que as desejaria e por ela lutava, encerraria a possibilidade delas (mudanças) ganharem corpo, saindo do papel para a realidade. O segundo problema seria uma mudança que fosse gestada e não ganhasse os grupos que efetivamente estivessem no poder, já que para ser efetiva teria que ser assumida pela organização. E o terceiro problema seria a capacidade da organização ganhar “massa crítica” e do grau de governabilidade dos sujeitos, para que ela se tornasse viável na prática.

Entendo que os três problemas parecem ter sido tocados no caso da FESO, sendo o terceiro, expressão dos enfrentamentos dos dois outros problemas. Claro que o acumulado de experiências de sujeitos envolvidos em ações que, se não demandavam mudanças na formação em saúde, pediam por um ensino mais focado nos problemas que atravessavam as práticas de atenção à saúde, viria também concorrer para uma “massa crítica” que pudesse favorecer os ventos da mudança.

Vou me deter um pouco mais no primeiro problema apontado, da mudança ter “proprietários”, ressaltando a *“tentação irresistível de trabalhar quase exclusivamente com as pessoas que já estavam ganhadas para a ideia de mudar”* (FEUERWERKER, 2002, p. 43). A *tentação irresistível* viria no momento da implantação das mudanças, e o perigo era de que o desejo de mudança ao ficar circunscrito a alguns grupos, inviabilizasse a proposta dela ser tomada pelos diversos coletivos que compõem os cursos, que compõem a organização de ensino.

No caso da FESO, houve sim este desconforto. O fato se deve a querer trabalhar com um coletivo que conhece e deseja transformar o ensino, superando as dificuldades que, forçosamente, tiveram que ser tocadas, quando das lutas de docentes por seus espaços nas disciplinas, no receio de perda das cargas horárias já contratadas, algumas, por longos anos no modelo anterior ainda departamental, e com elas as perdas de *status* e financeiras. Tudo isto aconteceu de fato no Curso de Enfermagem e, fortemente, na Medicina, dado ser esse o curso que confundia-se com a própria história da FESO.

No caso da FESO, entretanto, esta *tentação irresistível* foi enfrentada e, de certo modo, superada pelo desenrolar da implantação das mudanças e pelos anos seguintes que se seguiram, com o difícil processo de sustentá-la. Uma mudança mais do que ter práticas que a implantem, deve também ter outras tão potentes, que lhes dê sustentação, pois a cada momento vejo e sinto os abalos que se dão no sensível movimento, permanente, de mudar a formação.

A capilarização da mudança curricular, foi tomando a FESO e ganhou visibilidade, inclusive, em cursos de graduação não inseridos no Pró-saúde, na medida em que, esses cursos afetados pelas práticas oriundas das transformações curriculares adotaram algu-

mas de suas tecnologias. Dentre elas podemos destacar: a criação dos núcleos integrados de atividades, assumidos também nos cursos de biologia e matemática; o portfólio do estudante, que foi colocado em prática também pelo curso de pedagogia; a incorporação da Educação Permanente como ferramenta, que figura como estratégia das políticas de ensino no plano de metas da organização; e a adoção de metodologias ativas no processo de ensino aprendizagem no Colégio de Educação Básica e de Ensino Médio da própria FESO.

Retornando ao problema, que iniciou esta breve contextualização acerca da mudança possuir proprietários, constata-se nos inúmeros discursos, nas falas de abertura de eventos, nas reuniões, nas assembleias, onde eram frequentes os agradecimentos realizados pela direção central da FESO e também do UNIFESO àqueles que de certa forma iniciaram o processo de mudança. Se este endereçamento a um grupo parecia, por vezes, conferir a assinatura de tal processo, por outras, parecia encerrar nos agradecimentos, um tempo que deveria ser superado com a incorporação de outros sujeitos à frente do processo de mudança.

É de entendimento neste trabalho, a partir de uma leitura de Foucault, que os discursos implicam em uma leitura que busca ouvir o que o autor havia “assinado”, isto é, para Foucault ler é conferir, observar um “relevo” dado aquilo que passou bem *ligeiro* aos nossos ouvidos, quase “*em passant*”. Assim, na lógica dos discursos foucaultianos, lê-los é nos lançar numa análise que envolve vários procedimentos de regulação, controle, seleção (organizativa e distributiva) daquilo que pode e ou não ser dito (GALLO, 2008).

O que problematizo aqui é que ao localizarem especificamente em alguns sujeitos a implantação de tal transformação curricular, ou mesmo, a outros, o processo de sustentá-las – já que diversas foram as transformações ocorridas na gestão central da FESO/ UNIFESO e dos cursos em mudança - fincariam ali as bandeiras da propriedade, como diz Deleuze e Guattari (1997). Loteando a mudança a um pedaço do território, retira-se dela a sua característica rizomática, de conexões múltiplas, de contágio.

Se o território da formação é chão, morada, para estudantes e nós, docentes, empenhados em sustentar as mudanças -porque nelas acreditam, fazem parte, é porque na mistura desses cheiros, sons e imagens, realizados pelos encontros nesse território, não se pode, com precisão, definir quais foram aqueles que a iniciaram e quais outros têm a eminente função de sustentá-las.

4 OS PROGRAMAS DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES NO ENSINO

4.1 SEQUÊNCIA 01 – A MUDANÇA SE PRODUZ NAS MISTURAS

Diante de tantos trabalhos já publicados que relatam o momento da implantação dos programas, vou tentar coloca-los seguindo a lógica de entendê-los aqui enquanto políticas realizadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, num momento em que a partir das pressões por mudanças na formação e por não menos também na atenção à saúde, essas se concretizam com o Promed e o Pró-Saúde.

Outra proposta é que ao discutir como estes programas se concretizam na realidade da FESO/UNIFESO, possa percorrer as outras tantas mudanças que são disparadas no Curso de Enfermagem com o Pró-Saúde e de forma precursora com o Promed, no Curso de Medicina. Este processo que se iniciou em 2002 com o Promed, representava a primeira iniciativa conjunta dos Ministérios envolvidos com o intuito de estimular mudanças nas escolas médicas.

Em 2005, o Pro-Saúde expandiu o incentivo aos cursos de graduação em Enfermagem e odontologia e o ampliou em 2008 aos demais cursos da área de saúde, com o mesmo foco na adequação do perfil profissional às necessidades da população e operacionalização do sistema público de saúde (GOULART *et al.*, 2009).

Na FESO/UNIFESO, a mudança curricular trouxe modificações nos fundamentos da organização dos cursos que por ela foram afetados, pois com ela há a proposição de compreender, intervir e acompanhar os ciclos vitais e a estimular a integração dos conhecimentos. Com a superação de um currículo disciplinar pela criação de uma nova organização curricular de caráter sistêmico, compreendem-se os eixos estruturais integradores como o fundamento do currículo.

A nova proposta rompe então com a estrutura tradicional, fragmentada e estanque, avançando para uma concepção curricular, ao mesmo tempo flexível e integrada, que privilegiava as exigências do perfil dos egressos da área da saúde que se pretendia formar, com coerência com o proposto nas DCNs e o PPPI do UNIFESO (FESO, 2006).

De início, no Curso de Medicina o Promed propiciou a concretização de mudanças que, de certa forma, se achavam em curso no ensino médico. Na FESO/UNIFESO, a Escola de Medicina dispara um processo que, mediado pelo Promed, dá visibilidade a um caminho de mudanças que já vinha sendo percorrido no Curso de Enfermagem, por serem fortes as influências deste curso nos modelos de atenção à saúde desenvolvidos na Unidade Beira Linha, no PSF de Teresópolis e na experiência desenvolvida no Polo de Capacitação. Assim, se ainda não participava efetivamente de um Programa de transformação curricular, a Enfermagem possuía um solo fecundo para que, com o advento do Pro-Saúde em 2005, tais mudanças viessem a se alastrar.

Outra situação é o fato de que o coletivo, implicado com as mudanças curriculares vindas com o Promed, não era exclusivamente composto por docentes do Curso de Medicina, mas também da Enfermagem e até da odontologia. Essas inserções mútuas nos cursos, seja pela necessidade de remuneração dos docentes que compõem suas cargas horárias na organização nos diversos cursos da saúde, seja pela necessidade da organização de ensino de ter em seu quadro docentes com um regime de trabalho que mais tendesse ao integral, permitiram que os conceitos da mudança fossem incorporados pelos cursos que integravam o centro de ciências biomédicas, assim:

Com a divulgação do edital do Promed, foi elaborado um projeto de mudança curricular que por si só teve um grande mérito: levou o grupo de seis professores que o escreveu a registrar com fidelidade a real situação do modelo curricular da época e do curso como um todo. Essa visão da realidade permitiu uma profunda reflexão sobre as fragilidades do currículo e uma clara projeção do que a instituição desejava. A participação da direção

da Feso na construção do projeto e sua posterior seleção pelas instâncias federais repercutiram no ânimo e na autoconfiança institucional. Desde a primeira ação de planejamento e de implantação, houve a automática inserção de docentes envolvidos com os outros cursos em função do entendimento de que o Promed tinha surgido da inquietação da sociedade em relação ao modelo de profissional de saúde que estava sendo formado (CRISTEL; SOUZA, 2008, p. 64).

Ao ser contemplada com o Promed para o Curso de Medicina, a FESO/UNIFESO opta por uma forma de se relacionar com as propostas de mudança e sua efetivação, que fizeram com que Programa o fosse renomeado internamente como EducAção. “[...] esse detalhe deu visibilidade às ações e criou um clima de pertencimento nos professores, funcionários e estudantes envolvidos, o que foi muito benéfico” (CRISTEL; SOUZA, 2008, p. 65).

Como propõe Altoé (2004) os usos epistemológicos, sociológicos, psicológicos do termo *implicação* podem ser rastreados no sentido de verificar que existe a possibilidade de uma certa “nebulosa” nos termos compromisso, participação, motivação. Tal como posto por Lourau acerca da polissemia do termo *instituição* (MOURÃO, *et al.*, 2007), podemos também perceber que o termo *implicação* carrega este carácter polissêmico. Tratarei aqui então o “pertencimento” do coletivo de docentes e de estudantes com as ideias da mudança curricular, no sentido de implicações de variadas intensidades que se aglutinavam no EducAção.

O EducAção permite pensar que a mudança curricular não se resume apenas a transformações na estrutura curricular de um curso de graduação, mas ao produzir quebras, rupturas na vida daqueles dessa estrutura fazem parte e a tornam real, afeta as formas de pensar, de agir e de sentir. Justo que a mudança não é somente curricular, pois com ela vem também a indagação das práticas docentes e discentes, dos modos de subjetivar o conhecimento, de se relacionar com os outros e consigo mesmo, que faz dela também uma mudança existencial.

Se a mudança curricular traz à tona “os dragões” até então invisíveis para nós mesmos, tal como ouvi certo dia de uma docente num encontro de educação permanente, é porque lidar com a “mudança” implica em uma posição política diante da própria existência, da finitude de nossos modos de subjetivação, enquanto “[...] *formações singulares e dadas, fruto de um tempo processual e irreversível*” (ROLNIK, 1995, p. 3). Com a mudança repensamos a nossa forma de ser docente, de lidarmos com o conhecimento, inauguramos modos de ser e encerramos alguns.

Se uma mudança é realizada com base nas portarias, programas ministeriais, em prol de *uma educação maior*, de *uma mudança maior*, há a mudança que se faz pelos afetamentos, no sentido próprio da palavra afetar, tal como posto por Rolnik (2006), designando a ação de um corpo sobre o outro, em seus encontros. Tal mudança se expressa nas formas de *uma educação menor*, que vai se tecendo numa micropolítica dos afetos, que possibilita implantar e, no momento atual, sustentar a mudança. Dessa forma, pensa-se numa *mudança menor*, sentida na pele pelos sujeitos, que a conhecem porque dela participam, se afetam e com ela têm intimidade (GALLO, 2008).

Cabe destacar que nos cenários das organizações de ensino contempladas com o Promed, a FESO/UNIFESO figura como instituição privada, laica, tal como pontuado por Goulart ao avaliar os projetos do Promed nas escolas de Medicina selecionadas:

Participaram do Promed as escolas médicas das seguintes instituições: Faculdade de Medicina de Marília; Fundação Educacional Serra dos Órgãos; Fundação Universidade de Pernambuco; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul; Universidade Estadual de Campinas; Universidade Estadual de Londrina; Universidade Estadual de Montes Claros; Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho; Universidade Federal de Goiás; Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Pernambuco; Universidade Federal de Roraima; Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Ceará; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal Fluminense (GOULART et al., 2009, p. 608).

É evidente que esta participação foi tomada de forma diferenciada pelas escolas, dadas as implicações de cada uma delas com os processos de mudança de seus currículos. Contudo, o Promed consolida projetos que já estavam em andamentos pelas escolas. Assim, se a grande maioria das 19 escolas contempladas com os subsídios do Programa tendiam para um estágio definido no programa como 3, nem todas deram conta de produzir mudanças de tamanha envergadura. Esse estágio se refere ao ensino baseado na resolução de problemas e em pequenos grupos, no qual o docente assume o papel de tutor e o estudante é avaliado em todos os aspectos de sua formação – conhecimentos, atitudes e habilidades.

Na FESO/UNIFESO a mudança necessitou de tempo para ser incorporada, no sentido de tomar a viabilidade do estágio definido como 3, como proposta a ser implementada (GOULART *et al.*, 2009).

O projeto político-pedagógico do Curso de Medicina deveria ser revisitado, visto que possuía forte influência do modelo flexneriano, com compartimentalização do ciclo básico e ciclo profissional. Era necessário, portanto, construir um modelo pedagógico com fundamentação teórica interacionista, baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, centradas no aluno, trabalhando com problemas originados do mundo real e objetivando o domínio dos instrumentos veiculadores do conhecimento de forma contínua. Para contemplar as diretrizes curriculares do MEC e institucionais da FESO, seria necessário abandonar de forma gradativa a concepção de currículo como grade curricular e somatório linear de disciplinas, voltando-se esforços para a formação de um profissional médico capaz de atuar em face das reais necessidades da população. Superar um modelo pedagógico tão cristalizado mostrava-se um grande desafio (CRISTEL; SOUZA, 2008, p. 65).

Vários foram os encontros do Comitê executivo do Educação, e de suas comissões de capacitação docente, de cenários de prática, de currículo e competências e de atendimento aos objetivos educacionais. O fortalecimento desse comitê foi estratégia fundamental para a sua credibilidade junto a docentes e estudantes que, sob forte influência de um modelo tradicional de se fazer ensino em saúde, resistia às mudanças (CRISTEL; SOUZA, 2008).

Não se pode deixar de esclarecer que havia um grupo de docentes que, oriundos do processo de implantação da FESO, enquanto Fundação, e do próprio Curso de Medicina como o precursor da organização de ensino, viam nas mudanças curriculares o encerramento de um tempo do qual eram representantes.

Se podemos pensar que a mudança curricular comporta um carácter disruptivo, já que vem mexer com situações dadas, seja na composição de currículos, de acomodações de cargas horárias docentes, de maneiras de atuar e de sentir enquanto docentes e assim evidencia determinados situações que, mesmo sempre existindo, não tinham tão nítida visibilidade, é porque,

[...] os processos de reforma curricular provocam reações e desconfortos que permitem, muitas vezes, aflorar contradições e impasses existentes na organização universitária, que permaneciam até então ocultos, e, dessa forma, assumem o papel de analisadores (MOURÃO et al., 2007, p. 186).

Lourau, a partir de Guattari, nomeia analisador como aquilo que provoca a instituição a falar, o que a força a se expressar, aumentando a possibilidade de visibilidade do instituído (ALTOÉ, 2004). Por ser analisador é dispositivo, isto é gatilho para produção de novas coisas, permitindo disparar novas produções (MERHY, 2009).

Dissolver o saber instituído (efeito de “revelador”) e modificar as relações de força constitutivas das formas de representação instituída (efeito de “catalisador”), tal é trabalho dos analisadores. Duplo trabalho, ambivalente, muitas vezes ambíguo... (ALTOÉ, 2004, p. 135-136).

É curioso notar que, atualmente, já com a mudança em curso, os ecos de uma “nostalgia” do modelo disciplinar e da forma tradicional de ensinar ainda são percebidos em falas e modos de agir de alguns docentes. Alguns deles têm hoje no Módulo de Práticas Profissionais (MPP), o qual objetiva favorecer o desenvolvimento de habilidades e competências para a prática profissional, um nicho de “especialismos”. Dada a característica e a modelagem que o MPP tomou no processo de mudança, trata-se de um espaço que mais se parece com as antigas aulas expositivas, de forte cunho transmissional, de desenho disciplinar, mesmo que dentro de um modelo curricular de mudança. Como um lugar dos “especialismos”, este grupo ainda é percebido como menos poroso às formas mais ativas de ensino, apesar de alguns docentes estarem também nos espaços tutorias.

Contudo, é no MPP que desenvolvemos aquilo que restou ou que em muito temos do tradicional em nós. Lá desenvolvemos nossa metodologia, nossa forma de avaliar, nossa forma de “ensinar”. Como espaço mais refratário aos conceitos de avaliação formativa que a mudança trouxe, ele se manteve aliado a formas avaliativas de cunho mais somativo. É fato que esses espaços, dão um carácter híbrido à metodologia de ensino-aprendizagem, unindo formas transmissonais e outras mais ativas de produção do conhecimento.

Por merecerem maior atenção, dado a especificidade do espaço em agregar especialistas e formas tradicionais de ensino, os MPPs iniciam um processo de discussão das formas de se avaliar, compatibilizando avaliações, ementas, com as competências desenvolvidas nos períodos do curso.

4.2 SEQUÊNCIA 02 – OS INCENTIVOS FINANCEIROS A MUDANÇA – MEIOS E FINS

4.2.1 O analisador-dispositivo dinheiro

Os incentivos financeiros vindos com os Programas de mudança curricular (Promed e Pro-Saúde) sempre foram postos como fundamentais para a execução das transformações, de toda ordem, na organização de ensino. Compreendendo a potência do analisador dinheiro (L'ABBATE, 2004) em dar visibilidade aos ditos e não ditos em suas formas faladas ou escritas da organização de ensino, proponho-nos a pensar, se a mudança curricular realizada nos cursos da FESO/UNIFESO, ocorreria independente dos incentivos financeiros recebidos por ocasião do resultado do processo seletivo dos Programas.

Ao explorar esse tema, não há aqui o interesse de reduzir o desejo de mudança aos investimentos vindos com o Promed e Pró-Saúde, mas ao lançar luz sobre o analisador-dispositivo dinheiro, refletir sobre as implicações que moveram a Fundação a incorporar a mudança curricular em seus três cursos da área saúde (sendo que o 4º curso, Fisioterapia viria tempos depois).

Há clareza de que tais investimentos provenientes de verbas públicas se tornaram fundamentais para as diversas incorporações estruturais em ambientes, em equipamentos, em recursos pedagógicos, em apoio docente e discente com consultorias e assessorias externas.

Em dos poucos trabalhos escritos que contém o detalhamento dos investimentos realizados, quando das incorporações e adaptações das instalações e compra de equipamentos, Cristel (2007) registra a necessidade de se construir espaços de tutoria, os quais deveriam agora comportar um quantitativo de 10 alunos e 2 docentes, com mesas redondas e cadeiras. Estes espaços, adaptados a partir das salas de aula existentes para um grande quantitativo de estudantes, foram remodelados em espaços menores. Outra foi a da construção do laboratório de habilidades (LH) que propiciaria o contato dos estudantes com a prática profissional desde o início do curso. O LH demandou, além de investimentos em equipamentos, a capacitação de docentes, técnicos e funcionários administrativos para as novas funções. Outros, foram as reestruturações por que passaram os antigos laboratórios que serviam ao Curso de Enfermagem e Medicina, hoje, Laboratórios do Centro de Ciências da Saúde.

Além de investimentos realizados na própria organização de ensino, outros foram realizados por meio da mediação da FESO/UNIFESO e se dirigiam exclusivamente aos serviços públicos de saúde, eleitos como cenários de prática fundamental aos cursos em mudança (BRASIL, 2007).

Ao longo do tempo os enunciados que corriam pela Fundação davam conta de um percurso marcado por dificuldades financeiras. As receitas, provenientes das mensalidades dos estudantes, das ações assistências no HCT, da cogestão do PSF e de outras ações

pontuais de serviços prestados ao município de Teresópolis como capacitações e cursos, se transformadas em lucro, deveriam ser reinvestidas na organização como um todo, como determina a sua natureza jurídica.

Se na área do ensino, as receitas mais volumosas são provenientes do Curso de Medicina, ela sozinha não consegue dar conta dos custos provenientes das demais atividades da Fundação. Quanto às receitas provenientes dos serviços contratualizados com o SUS pelo HCT e no passado com a cogestão do PSF, essas sempre sofreram interferência das relações com o governo municipal, que por serem instáveis, não poderiam ser suporte para investimentos no ensino da Fundação.

Se no passado, ainda num modelo assistencial anterior ao SUS, há indícios de que os recursos assistenciais cobriam os custos do ensino da Fundação, as sucessivas crises financeiras do HCT, fizeram da unidade algo que mais compromete do que tranquiliza a sustentabilidade financeira da organização.

Cabe também destacar que na época da implantação da mudança curricular, a Fundação ainda não havia realizado os investimentos visando a reestruturação da porta de entrada de seu hospital de ensino e a criação de uma segunda porta para os convênios, assim como da criação de ambulatórios também “particulares”, que incrementariam as receitas e comporiam outro cenário de prática para os estudantes dos cursos da saúde (FESO, 2011a; 2011b).

Dessa forma, as dificuldades financeiras, de que tratam os discursos e os documentos oficiais, se não estiveram presentes desde a criação da Fundação, eram cronificadas em sucessivos planos financeiros. Estes, se não restringiam as incorporações estruturais que a Fundação fez, com a construção de prédios e equipamentos para dar conta de sua necessidade de expansão, fizeram com que os patamares pagos aos docentes fossem enxutos e criteriosos a uma realidade em permanente crise financeira.

Assim, no momento de adesão ao Promed e Pró- Saúde tais enunciados se não puderam ser modificados integralmente, dado a sustentabilidade financeira da Fundação, tornaram-se mais porosos às necessidades de mudança de toda ordem para que as transformações advindas no bojo dos Programas pudessem ser realizadas.

Orçamentário anual tem garantido a manutenção dos compromissos, porém há muito tempo há o controle rigoroso dos investimentos. A mudança curricular tinha que ser implantada sem que representasse um peso expressivo no orçamento; não deveria desequilibrar a balança. A aprovação do projeto, pelo Ministério da saúde, ofereceu algum fôlego a esse processo... Se o recurso não tivesse sido injetado, a mudança acabaria acontecendo, porém em passos mais lentos (CRISTEL, 2007, p. 105).

Outro problema a ser enfrentado com as mudanças curriculares seria de adequação das cargas horárias dos docentes, uma vez que é a organização de ensino que assume o financiamento de atividades rotineiras (BRASIL, 2007). Com isso, vários foram os momentos de estudos para compatibilização de um modelo por outro, com a pactuação de que para implantar a mudança, a carga horária contratada de docentes não poderia ter grandes modificações (CRISTEL, 2007).

De certo que o dinheiro, como potente de analisador- dispositivo, disparou novas

produções (MERHY, 2009) com o Promed e Pro-Saúde, pois mesmo com as contradições existentes entre mudar ou não mudar e, se esta mudança se dava pela disponibilidade de investimentos públicos ou se manifestava a partir dos incômodos com a formação em saúde de seus cursos, ou mesmo, pelos resultados dos processos avaliativos externos do MEC (antigo provão), mudar a formação aparecia como uma certeza a ser perseguida pela organização de ensino, considerando as alianças que permearam as práticas de formação e atenção à saúde da Fundação.

Dessa forma, discursos sobre a necessidade de superação do modelo Flexneriano no ensino somavam-se a outros que, referindo-se ao credenciamento como Centro Universitário, conquistado em 2006, já com o Promed em andamento e pouco tempo antes do Pró-Saúde ser implantado, davam conta de oferecer aos estudantes “um ensino de qualidade” (FESO, 2010a; 2010b).

Este slogan mais do que uma estratégia de marketing da Fundação, tornou-se enunciado que percorria as falas de docentes e estudantes, que se alternavam em momentos de críticas contundentes, a outros, de exaltação exacerbada ao ensino da FESO/UNIFESO e decorrente disso, a opção pelas mudanças.

No Caderno de Orientação dos Estudantes (2010b) do Curso de Medicina, e no da Enfermagem em muito não difere, temos a indicação de que mudar era a tendência colocada nos discursos da Reitoria:

O UNIFESO quando fez a opção pela mudança curricular de seu Curso de Medicina através do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina - PROMED e atualmente ampliado para os Cursos de Graduação em Enfermagem e em Odontologia através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PROSAÚDE, tinha consciência de que o modelo tradicional de formação na área de saúde estava esgotado e não respondia mais aos desafios contemporâneos, de grande complexidade. A aposta que fizemos em metodologias ativas de ensino, centradas nos estudantes, que valorizam o aprender a aprender e que conduzem à problematização do saber, é por acreditar em uma formação que promova cada vez mais a construção de um profissional altamente qualificado, autônomo e produtor de intervenções mais ativas e críticas (FESO, 2010b, p. 5).

O desejo de mudança não pode ser posto de forma simplista a partir de “um isto ou aquilo” que levaria a mudar, pois dentro da própria mudança curricular outras tantas mudanças se processariam no interior dos cursos, na gestão central da FESO/UNIFESO, nas relações com os serviços públicos de saúde, com as demais organizações de ensino, com entidades de classe e com o próprio MEC. Havia assim a mudança vinda com os Programas, mas para que se efetivasse enquanto política da organização de ensino, outras tantas mudanças estavam em curso e outras se fariam ao longo do seu processo de sustentação.

Se esta questão sobre a opção de mudar inquieta o cartógrafo no percurso do trabalho é porque não é tarefa das mais fáceis acompanhar percursos, movimentos processuais, a partir daquilo que está ali posto nos discursos e documentos oficiais e naquilo que

ao escapar, denuncia.

Mudar implicava em assumir a mudança curricular de uma forma integral pela FESO/UNIFESO e isto não se dá apenas numa declaração de princípios que nos conduzem à mudança, mas em práticas que a implantem e posteriormente a sustentem.

Se a sustentação das mudanças curriculares foi questão fundamental nos enunciados da organização de ensino é porque ao tomar os quatro cursos da saúde, o hospital de ensino e de certa forma as unidades de saúde que participam do PróSaúde, os efeitos destas mudanças são sentidos também nos outros cursos da Fundação, em seu colégio de ensino fundamental e médio, isto é, nas práticas de ensino, de pesquisa e de extensão que compõem os centros de ciências para além da saúde. Sendo a formação território rizomático, suscetível a modificações, a mudança curricular ao fazer parte desse território assume as características de rizoma, como tubérculo que se alastra, sem começo, nem fim que o delimite.

Assim, sustentar a mudança é tomá-la a partir de práticas que a consolidem, com o desejo de mantê-la, mesmo em momentos em que os recursos públicos cessam, em que a própria naturalização do processo dá conta da institucionalização da mudança enquanto prática de ensino- aprendizagem, em que o enxugamento de cargas horárias contratadas no Curso de Enfermagem e com ela decorrem a migração ou até a preferência de docentes pelo Curso de Medicina, havendo práticas de remunerações diferenciadas nos cursos que produziram as mudanças curriculares.

4.3 SEQUÊNCIA 03 – A TRANSIÇÃO PROMED – PRÓ-SAÚDE

A inserção da FESO/ UNIFESO nas propostas de mudanças curriculares de seus cursos de graduação na área da saúde aconteceu como resposta ao edital interministerial lançado por meio da Portaria n° 2.101 de novembro de 2005, dos Ministérios da Educação e da Saúde. Este edital instituía o Pró-Saúde para os Cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, dando sequência às mudanças curriculares iniciadas no Curso de Medicina do UNIFESO, por meio do Promed (BRASIL, 2005a).

Nessa perspectiva, no decorrer do Promed a Fundação ao assumir o desejo de submeter-se ao edital convocatório para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, visava ampliar as mudanças curriculares para outros cursos da área da saúde, assumindo, com essa ampliação, os desafios e riscos que poderiam advir com tal decisão.

Os riscos trazidos com o acréscimo na incorporação, postos nos documentos oficiais, diziam dos níveis diferentes de mudanças para os três cursos, uma vez que a Medicina já tinha em curso as mudanças vindas com o Promed. A Enfermagem por sua vez, pela experiência de ter participado efetivamente das ações do Polo de Capacitação e outras diretamente ligadas a cogestão do PSF, assim como pela participação de seu quadro docente também no Curso da Medicina, conferiria ao curso movimentos “mudancistas”, antes mesmo da institucionalização das mesmas com o Pro-Saúde. Já na Odontologia, registra-se que pela característica de ser um curso marcado fortemente pelas especialidades, concorreria para que a mudança ganhasse outros contornos, além da baixa inserção

dos estudantes nos serviços de saúde bucal da rede local do SUS (FESO, 2005).

Quanto aos desafios, estes se refletem na complexidade de produzir um projeto integrado entre os três cursos, além do esforço para ampliar o envolvimento de docentes e discentes na sensibilização e compreensão da necessidade de mudanças. Quanto à parceria com o SUS local, esta deveria ser ampliada, principalmente no seu ponto que aglutinava mais dificuldades que era a saúde bucal. Por fim, a Fundação solicitava a garantia de recursos vindos com o programa, uma vez que a sustentabilidade dos cursos se daria pela atual política de não incorporação de custos fixos e sim pela otimização dos recursos disponíveis (FESO, 2005).

Como diferenciais, com vistas a ser contemplada pelo Edital do Pró-Saúde, a FESO/UNIFESO anunciava a seleção no Promed e um quantitativo significativo de docentes, de diferentes áreas de seus cursos, selecionados e aprovados para o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde. Nesse ponto, destacava-se a implicação da FESO/ UNIFESO com a capacitação para a mudança, uma vez que seus docentes ocupariam aproximadamente 50% das vagas oferecidas para o Estado do Rio de Janeiro, conforme previa o edital de seleção (FESO, 2005).

Outros diferenciais expostos eram: ter parcerias de interação ensino-trabalho-comunidade constituídas ao longo do tempo, envolvendo várias Secretarias Municipais de Saúde da Região Serrana, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde; ter a possibilidade de ampliar as reações entre ensino-trabalho-comunidade envolvendo todos os cursos da saúde e, com destaque, para o de Odontologia; e ter o projeto de mudança curricular do Curso de Enfermagem já construído de forma coletiva, necessitando assim estruturá-lo aos eixos e vetores do Pró-saúde. Finalizando, a Fundação, no tocante aos recursos financeiros, reitera a oportunidade de otimizar recursos tendo em conta a proposta de integração dos projetos de mudança curricular dos seus três cursos, além de afirmar seu desejo de consolidar-se, definitivamente, junto ao Ministério da Saúde como referência para mudanças curriculares (FESO, 2005).

4.4 SEQUÊNCIA 04 – O PRÓ-SAÚDE

A publicação da Portaria nº 2.530 do Ministério da Saúde em dezembro de 2005, homologa a política de incentivo às mudanças curriculares dos cursos de graduação do campo da saúde. Tal medida inseria então os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e odontologia no movimento de mudança curricular, operacionalizada por meio do Pró-Saúde (BRASIL, 2005b).

Esse Programa, instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e em parceria com o MEC por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), contando com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, objetivava reorientar o processo de formação, habilitando os profissionais ao atendimento às necessidades de saúde da população brasileira. Nele

estabelece-se a promoção de diferenciais qualitativos na formação dos profissionais, que contribuam assim para a melhoria na atenção à saúde da população (BRASIL, 2007).

Para atingir tais objetivos, o Pró-Saúde apoiaria tecnicamente e com aporte de recursos financeiros, tanto as escolas de formação como aos gestores do SUS, na medida em que esta integração visa à qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e à integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente (BRASIL, 2007).

Dessa forma, inaugura-se, agora com o Pró-saúde, a fase das mudanças curriculares, que, apesar de já alastradas pelo Curso de Enfermagem e até de odontologia, ainda não estavam institucionalizadas como práticas de ensino aprendizagem nesses cursos.

4.5 SEQUÊNCIA 05 – COMO APRESENTA A MUDANÇA?

Tendo em vista as diferentes formas de apresentação de como se operaram as mudanças curriculares nos cursos, tomo aqui a possibilidade de trazê-las a partir de uma indicação feita pela banca examinadora, por ocasião da apresentação da defesa do projeto, com vistas a elucidar como se concretizaram tais transformações.

Dessa maneira, os extratos aqui postos são incorporações feitas pelo cartógrafo no percurso do território, a partir de inúmeros referenciais bibliográficos consultados sobre o tema e servirão aqui para compor um mapa daquilo que é vivenciado por nós, docentes e estudantes em mudança.

Assim, por compreender que “[...] o cartógrafo é antes de tudo um antropófago” (ROLNIK, 2006, p. 23), proponho aqui construir um “Pequeno Manual de Leitura da Mudança Curricular nos Cursos de Enfermagem e Medicina da FESO/ UNIFESO”, a partir da incorporação dos diversos encontros com livros, conceitos, docentes, estudantes. Na impossibilidade de registrar todos os encontros aqui nesta sequência, lanço mão de colocar as referências autorais, as quais, por si só, já contextualizam muitas outras misturas.

4.6 SEQUÊNCIA 06 – PEQUENO MANUAL DE LEITURA DAS MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE ENFERMAGEM E MEDICINA DA FESO/UNIFESO

Esse manual toma as seguintes referências: Brasil (2001^a; 2001^b); Berbel (1998); Ceccim e Ferla (2006); Feso (2010^a; 2010^b; 2011^a; 2011^b; 2013); Feuerwerker (2002; 2004); Japiassu (2006), Merhy (2009); Mitre *et al.* (2008); Passos, Kastrup e Escóssia (2010); e Delors (2012).

4.6.1 Proposta curricular integrada

A proposta curricular integrada dos Cursos de Enfermagem e Medicina está centrada na articulação de três pilares, quais sejam: 1) metodologias ativas de ensino-aprendizagem; 2) indissociabilidade entre teoria-prática; e 3) integração ensino-trabalho-comunidade. A inter-relação entre tais pilares implica em valorizar a inserção do estudante,

desde o primeiro período do curso, nos cenários de prática, sob orientação dos docentes da FESO/UNIFESO e dos trabalhadores da rede de serviços de saúde.

Assim, a mudança curricular integrada proposta, fundamenta-se na parceria entre a organização de ensino e o SUS, de modo a garantir que o estudante possa adquirir habilidades e competências, em crescente nível de complexidade, a cada período, com vistas à formação de um profissional capaz de atuar com qualidade na atenção à saúde.

4.6.2 Como se dá a concepção curricular?

Consideram-se na concepção curricular, quatro eixos comuns aos cursos da área da saúde, sendo cada um constituído de forma a garantir a consonância com os princípios e diretrizes expostos no PPPI da FESO/ UNIFESO.

Os eixos comuns aos cursos da área da saúde da FESO/UNIFESO são:

1. *Semiologia ampliada do sujeito e da coletividade*
 - Baseia-se numa concepção de Semiologia Ampliada do Sujeito, pela qual a semiologia é entendida não como técnica de diagnóstico e de observação de sinais e sintomas das doenças, mas assume um sentido de incorporar a vida, a realidade social, e nela empregar as tecnologias que dispomos para o cuidado. Cuidado implica em estar na realidade social e nela intervir;
2. *Ética e humanismo* - a proposta de humanização do ensino em saúde parte do princípio de que é preciso desenvolver nos estudantes, nos docentes, nos serviços e nas comunidades, valores da cidadania, possibilitando uma visão integral do processo saúde/ doença a partir de seus determinantes físicos, biológicos, psicológicos, socioeconômicos, ambientais, culturais e políticos;
3. *Construção e produção do conhecimento* - ocorre em todos os cenários e situações vivenciados no processo ensino-aprendizagem, com o objetivo de fornecer respostas, propor instrumentos e meios, bem como construir métodos de intervenção capazes de atender às demandas dos serviços, nos quais os estudantes estão inseridos. Pressupõem a interdisciplinaridade, a diversificação de cenários e as metodologias ativas, com vistas ao desenvolvimento da autonomia e à incorporação da ideia de educação permanente como uma prática contínua, não apenas durante a formação, mas também na vida profissional;
4. *Política e gestão em saúde* - orientadas para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho, a política e a gestão em saúde integram o campo da ação social. No contexto das outras políticas públicas da área social, destina-se a organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva. A gestão social das políticas públicas de saúde tem como uma de suas bases a formação dos sujeitos que afirmam a saúde enquanto direito social, conforme está explícito na Constituição Federal.

4.6.3 As metodologias ativas assumidas – um meio de percorrer a mudança?

No curso do aprender a aprender, as metodologias ativas evocam a autonomia do estudante, em suas escolhas, afirmando-as, nos princípios do aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conviver e aprendendo a conhecer -no sentido tomado de um conhecer que coemerge com o sujeito/objeto, não mais tomado com instâncias em separado.

A adoção de tais metodologias, em consonância com os indicativos das DCNs para

os cursos da saúde, propicia, também, o desenvolvimento da articulação interdisciplinar e da busca ativa e crítica de recursos educacionais adequados às necessidades e ao desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe.

As metodologias ativas empregadas ensejam estratégias de ensinoaprendizagem como a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a problematização, ativadoras da integração ensino-trabalho que possibilitam a inclusão da dimensão comunidade. Nestas, ensaja ainda a utilização das mais diversas técnicas, como palestras, conferências, mesas-redondas, painéis, simpósios, seminários e atividades de instrutoria, tutoria e consultoria, desde que contextualizadas ao momento vivenciado pelos estudantes e trabalhadas de forma pertinente à apropriação de novos conhecimentos.

4.6.4 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

ABP enquanto estratégia de ensino aprendizagem permite que o estudante, ao se utilizar de uma situação problema, mobilize o aprender. Como simulação da realidade, a ABP, possibilita o atingimento dos objetivos de integrar conhecimentos; de aplicar as habilidades na resolução do problema proposto e de desenvolver o raciocínio, principalmente, clínico, a partir desse problema.

Num resumo das fases percorridas na ABP nos grupos tutoriais de estudantes e docentes, constata-se que, após análise inicial do problema, os estudantes definem seus objetivos/questões de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo. Posterior a esses momentos, discutem o que encontraram e o que aprenderam, construindo uma abordagem coletiva sobre o tema.

4.6.5 Problematização

Já a problematização, fortemente assumida pelo Curso de Enfermagem em união com a ABP, possibilita o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a prática e, a partir desta, a articulação dos conhecimentos teóricos, além da aplicação/intervenção no processo de trabalho, completando o circuito da problematização.

No diagrama do Método do Arco de Charles Manguez o processo de problematização, partindo da realidade ou de um recorte dela, segue cinco etapas, obedecendo a uma sequência que vai desde a observação da realidade, identificação de pontos-chave, teorização, criação de hipóteses de solução, ao retorno à realidade, num movimento de interrogação e intervenções focadas em problemas que dela emergem.

4.6.6 O aprender a aprender - centralidade a docentes e estudantes?

É objetivo central a formação do profissional de saúde habilitado a *aprender a aprender* e capaz de responder às necessidades da população brasileira, considerando, predominantemente, a inserção no SUS. Para tanto, alguns pontos são destacados quando

falamos das mudanças curriculares:

- Estruturação de um modelo acadêmico de processo, centrado nos quatro pilares da educação: *aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser*;
- Adoção de metodologias ativas de ensino- aprendizagem, centradas no estudante, afirmando-os como sujeitos autônomos;
- O professor como mediador no processo de formação do profissional de saúde;
- Estímulo à produção do conhecimento, desde os períodos iniciais dos cursos em mudança, segundo as necessidades dos cenários de prática profissional,
- Estímulo à pesquisa voltada para as necessidades da população em geral e do SUS, de foco intersetorial;
- Integração com os serviços de saúde e com a comunidade, de modo a conjugar as várias tecnologias produzidas no cuidado em saúde;
- Organização pedagógica dos conteúdos de ensino para que possam integrar e consolidar as relações entre os cursos em mudança curricular e os demais cursos de graduação;
- Articulação dos aspectos clínicos com os epidemiológicos, psicossociais, econômicos e ecológicos, objetivando ampliar a abordagem do sujeito e estimular as ações de saúde centradas no usuário;
- Aplicação de eixos integradores previamente definidos, como articuladores do processo ensino- aprendizagem, da construção e da produção de conhecimentos, da investigação científica e da atenção à saúde;
- Utilização de instrumentos de avaliação de caráter formativo e somativo que acompanhem, de modo sistemático e cumulativo, o estudante nos diferentes espaços de formação, ratificando sua condição de protagonista do processo ensino aprendizagem.

4.6.7 E como se desdobra o aprender a aprender?

- Desenvolvendo estratégias de articulação entre teoria e prática, que coemergem no estudo da situações- problema;
- Implementando articulação de ações interdisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais, em atendimento às necessidades da formação do trabalhador e à complexidade do mundo do trabalho;
- Estimulando o estudante a experimentar a autonomia e a criticidade no processo de construção do conhecimento;
- Possibilitando, a partir do desenho curricular assumido, a aproximação do estudante com a realidade da população e suas implicações no campo da saúde;
- Promovendo a progressiva inserção do estudante nos serviços de saúde do SUS e em outros equipamentos sociais desde o seu ingresso no curso;
- Contribuindo para a formação de um profissional capaz de intervir na realidade em que se insere, possibilitando a construção de uma ética baseada na crítica e reflexão.

4.6.8 Como as atividades pedagógicas são organizadas durante a semana para estudantes e docentes?

MÓDULO TUTORIAL

No módulo tutorial, as atividades são eminentemente de cunho teórico, e se fundamentam na noção de *aprendizagem significativa*. Neste contexto, optou-se pela adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) (Medicina e Enfermagem) e a Problematização (assumida fortemente pela

Enfermagem). As atividades neste módulo são desenvolvidas em tutorias e conferências.

A SESSÃO TUTORIAL

Momento no qual o estudante apropria-se de conteúdos teóricos em contextos clínicos orientados à aprendizagem do adulto. A sessão valoriza a experiência prévia (subsunçores) na construção do conhecimento.

As atividades tutoriais acontecem em salas adequadas para o trabalho em pequenos grupos, contando com a participação de até 10 estudantes no Curso de Medicina e aproximadamente 12 estudantes no Curso de Enfermagem, distribuídos aleatoriamente no início do semestre, além de um docente na função de tutor, com possibilidades de também contar com outro, na função de cotutor.

A sessão tutorial tem como ponto de partida a apresentação de um problema, pelo qual se pretende estimular os estudantes a atingirem os objetivos educacionais no Curso de Medicina e as questões de aprendizagem no Curso de Enfermagem) previamente definidas.

Assim, por meio do cumprimento dos sete passos (Curso de Medicina) ou dos seis passos (Curso de Enfermagem) do processo tutorial, a sessão tutorial tem como meta o desenvolvimento do raciocínio e de habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos.

4.6.9 Como se configura uma sessão de tutoria nos cursos de Medicina e Enfermagem?

SETE PASSOS DO PROCESSO TUTORIAL NA MEDICINA

- *Primeiro passo:* leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;
- *Segundo passo:* identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
- *Terceiro passo:* formulação de hipóteses explicativas para o problema, a partir de conhecimentos pré-existentes dos estudantes;
- *Quarto passo:* resumo das hipóteses;
- *Quinto passo:* formulação dos objetivos de estudo – identificação do que será estudado para aprofundamento do conhecimento;
- *Sexto passo:* estudo individual para atender aos objetivos estabelecidos;
- *Sétimo passo:* retorno ao grupo para discussão do problema a partir dos novos conhecimentos adquiridos.

SEIS PASSOS DO PROCESSO TUTORIAL NA ENFERMAGEM

- *Primeiro passo:* identificação do(s) problema(s).
- *Segundo passo:* formulação de explicação.
- *Terceiro passo:* elaboração de questões de aprendizagem
- *Quarto passo:* busca de novas informações.
- *Quinto passo:* construção de novos significados.

- *Sexto passo: avaliação do processo.*

4.6.10 As narrativas de prática

No Curso de Enfermagem mantém-se o processo da criação pelos estudantes das narrativas de prática (NP), elaboradas a partir da experiência vivenciada nos cenários de integração ensino-trabalho. As NP também podem ser formuladas coletivamente se o grupo de estudantes fizer menção a uma experiência vivenciada por todos e assim desejar.

A discussão das NP ocorre da seguinte forma: cada estudante traz para sessão tutorial cópias das NPs, sem identificação de autoria; as cópias são distribuídas para leitura no trabalho do pequeno grupo tutorial; aquela(s) NP que representar(em) um maior interesse educacional para o grupo será (serão) processada(s).

4.6.11 As conferências

São atividades conduzidas por docentes dos cursos ou docentes convidados, especialistas em determinadas áreas, que têm a finalidade de complementar os temas abordados e as necessidades identificadas nas sessões de tutoria, no Módulo de Práticas Profissionais ou nas atividades que envolvam o trabalho com as comunidades.

São atividades semanais, realizadas na forma de palestras, mesas-redondas, painéis e oficinas, de acordo com o tema abordado.

4.6.12 Síntese individual e portfólio

No Curso de Enfermagem para cada situação problema, o estudante realiza uma síntese individual, contendo os conhecimentos construídos individualmente e partilhados com o grupo. Essa síntese faz parte do portfólio, composto também pelas narrativas de prática, textos de apoio, memorial, e demais produções que falem do processo de formação.

O Curso de Medicina não realiza uma síntese individual após cada situação problema. Assim como a experiência de construção do portfólio foi retirada do processo de formação, a partir de entendimento conjunto, de docentes e estudantes.

Entretanto, o memorial é solicitado aos estudantes no primeiro período do curso.

4.6.13 Módulo de prática profissional

Cenários externos de prática

O módulo de prática profissional tem como referencial central a *Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC)*. Nele desdobram-se, a dimensão da formação, da produção de cuidado nos serviços de saúde e de uma ética que os coloca como sujeitos da realidade social e que por dela co- emergirem, nela intervém. Este módulo pode ser ressaltado pelo uso das tecnologias envolvidas em prol da produção do conhecimento-cuidado. São elas, a tecnologia dura (equipamentos, medicamentos), leve-dura (clínica, epidemiologia) e leve

(relacionais).

No Curso de Medicina estas atividades são desenvolvidas do 1º ao 4º períodos na atenção básica em saúde e, do 5º ao 8º períodos na atenção secundária.

No Curso de Enfermagem estas atividades são desenvolvidas do 1º ao 4º períodos na atenção básica em saúde, em creches municipais e comunitárias, em escolas de ensino médio e em organizações de apoio ao adolescente, em empresas e coletividades em seus ambientes de trabalho, e nos serviços de Saúde Mental.

Também são desenvolvidas do 5º ao 6º períodos na atenção secundária e terciária.

Linhas de Cuidado

No Curso de Enfermagem do 5º ao 6º períodos, a organização das atividades de IETC permite que os estudantes construam linhas de cuidado, tendo como princípios norteadores o acolhimento, a responsabilização pela cura, o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários, a ampliação e qualificação da assistência, além da participação. Já está em andamento, há alguns anos, a promoção de linhas de cuidado no 4º período, as quais são desenvolvidas a partir dos cenários da atenção básica em saúde e no centro de apoio psicossocial.

Cenários internos de prática

Composto por atividades nos cenários internos de prática (CIP) em que consistem as atividades de instrutorias, consultorias, no laboratório de habilidades, laboratório multidisciplinares, e centro de capacitação em base de dados (CCBD).

LABORATÓRIO MULTIDISCIPLINARES (LAB. DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - LCS)

Conjunto de laboratórios (Anatomia, Histologia, Fisiologia, Microbiologia, Anatomia Patológica, Biofísica, Bioquímica, Farmacologia) que tem como função primordial atender aos estudantes dos cursos do Centro de Ciências da Saúde. O propósito é de realizar atividades diferenciadas, na perspectiva da aprendizagem significativa, integradoras da relação teoria-prática, com o objetivo de oferecer ao estudante um espaço permanente de trabalho e estudo.

LABORATÓRIO DE HABILIDADES (LH)

Cenário onde os estudantes são divididos em pequenos grupos, sob a supervisão de um docente-instrutor, de modo a desenvolverem técnicas de comunicação e destrezas manuais, sensíveis, visando a prática profissional. O objetivo é o desenvolvimento de habilidades e atitudes de complexidade crescente de acordo com a proposta curricular.

Como espaço de ensino-aprendizagem é constituído por salas para entrevista equipadas com câmeras de filmagem, salas com manequins técnicos, salas com simulação de um centro cirúrgico e uma sala de convivência equipada com TV e computador. É também disponibilizado para utilização nos períodos destinados à atividade autodirigida dos estudantes, tendo como facilitadores os monitores.

Centro de capacitação em base de dados (CCBD)

Cenário equipado com computadores com acesso à Internet, onde os estudantes

são capacitados para acessar os principais sites de busca de informação na área da saúde, sob a supervisão de um docente-instrutor. É também disponibilizado para utilização nos períodos destinados à atividade autodirigida dos estudantes.

Instrutoria

É realizada por docentes-instrutores, especialistas nas diferentes áreas, que orientam e supervisionam os estudantes no desenvolvimento de conhecimentos teórico-práticos específicos, tendo como disparador os temas elencados no período. Trata-se de um espaço em que cabe o uso de metodologias transmissionais e ativas e geralmente se desenvolve nos laboratórios do LCS ou em salas de aula.

Consultoria

Atividade complementar à aprendizagem em uma área específica do conhecimento, tendo como disparador as necessidades identificadas nas sessões de tutoria, ou nas atividades de IETC. Em geral, é agendada pelos estudantes como atividade individual ou em grupo, pertinente à autonomia dos estudantes na identificação de suas necessidades e na busca de soluções. Esta atividade é conduzida por docentes-consultores em sua área de especialidade.

Atividades autodirigidas

Momentos presenciais ou não, que possibilitam ao estudante assumir papel ativo e responsável em seu aprendizado, permitindo a busca do conhecimento de forma autônoma, nos diversos cenários de aprendizagem (laboratórios, consultorias das diversas especialidades disponíveis, monitorias, biblioteca etc.). São fundamentais no processo de formação profissional ao permitir que o estudante identifique suas necessidades de aprendizagem e encaminhe, com criatividade e criticidade e sob a supervisão docente, estratégias de superação.

Educação Permanente (EP) – espaço de aprendizagem inventiva

Espaço destinado aos tutores e, desde 2012, também aos instrutores do Curso de Medicina, onde os estudantes, acompanhados por docentes facilitadores previamente formados, compartilham reflexões sobre a experiência docente, identificam conflitos e auxiliam a busca de soluções, assim como discutem sobre os conteúdos a serem abordados em cada situação problema. O objetivo também é o de aprimorar a metodologia assumida, sustentando-a.

Cabe registrar ainda que, atualmente, a estratégia de educação permanente também é desenvolvida no cenário externo de prática, isto é, nos ambulatórios do hospital de ensino, recém-criados, em que participam os trabalhadores da saúde, médicos, enfermeiros, técnicos, funcionários e estudantes.

Os encontros precedem as sessões de tutoria. Nos ambulatórios os encontros têm

duração média de 60 minutos e aqueles que precedem as instrutorias, têm duração média de 30 minutos.

EP da EP

Espaço utilizado apenas pelo Curso de Medicina, destinado aos facilitadores de EP de todos os períodos (dos espaços tutorias, de instrutorias e ambulatorios), que se destina a apoiar os facilitadores de EP a atingir os objetivos dos encontros de educação permanente.

A EP da EP figura também como possibilidade de disparar questões abordadas nas EPs dos períodos, instrutorias e ambulatorios, para as outras instâncias do curso, como as comissões de currículo e avaliação e de construção de situações problemas, as coordenações de período e do LH, assim como as Instrutorias de Curso.

Esta capacidade de identificar questões, de articular-se as outras instancias e de problematizar, emprestam à EP da EP um carácter de dispositivo-analisador das práticas docentes e dos trabalhadores da saúde, da metodologia assumida e das relações (de poder) que a tornam real.

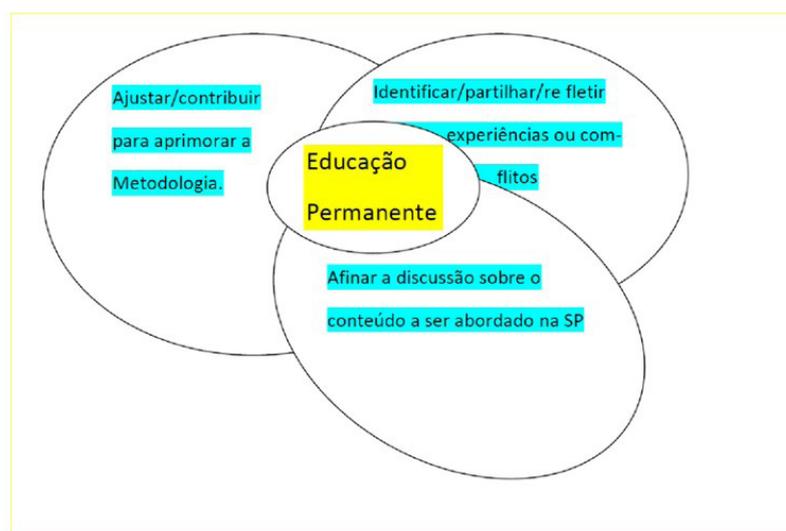
Fruto de várias problematizações acerca das práticas e conceitos que delineiam a EP, foi proposto um rol de competências aos facilitadores de EP, do qual transcrevo do documento (FESO, 2011a; 2011b).

Competências/Atribuições dos facilitadores de EP:

- 1. Criar ambiente de livre circulação de ideias.*
- 2. Objetivar a construção de um saber compartilhado.*
- 3. Garantir que a EP seja espaço de pertencimento para tomada de decisões pertinentes e definição de responsabilidades.*
- 4. Detectar e gerenciar situações de conflito, auxiliando na elaboração de sugestões.*
- 5. Garantir a pactuação do processo de trabalho nas EP e o direito de que, a qualquer momento, esse pacto possa ser revisto.*
- 6. Significar para os grupos de professores a importância de cada um no desenvolvimento do trabalho pedagógico em grupos, respeitando a proposta do Projeto Pedagógico do Curso (PPC).*
- 7. Acompanhar a sedimentação de conceitos relativos à essência da mudança curricular.*
- 8. Levantar demandas do processo de trabalho dos professores, discutir estratégias de resolutividade e, sempre que possível, de retorno.*
- 9. Estimular a transversalidade no sentido de viabilizar a capilaridade das ideias e ações.*
- 10. Trabalhar na lógica de que a EP tem função de apoio à **gestão do período**.*
- 11. Manter parceria com o coordenador de período para encaminhar questões e planejar as atividades a serem realizadas durante a reunião de EP, que surjam por percepção ou demanda do grupo.*
- 12. Produzir resumos das sessões de EP para serem discutidos e apresentados como questões e encaminhamentos, nas reuniões semanais.*

13. Participar das reuniões semanais de rotina (“EP da EP”) para trazer as demandas dos grupos de professores/coordenador de período e garantir que este seja um espaço de reflexão.
14. Fazer-se representar nas reuniões de Colegiado e de Coordenadores.
15. Manter o espaço da EP como recurso de formação de facilitadores para outros cenários do UNIFESO.

Figura 2. Educação Permanente no Ensino



Fonte: FESO, 2011.

5 CONCEPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS

5.1 SEQUÊNCIA 01 – CONSTRUTIVISMO

Nos cursos em mudança no UNIFESO, a concepção teórica posta foi a do construtivismo, corrente teórica empenhada em explicar o desenvolvimento do sujeito a partir da determinação de ações mútuas entre ele e o meio. Nesta concepção, o sujeito não é passivo à influência do meio, isto é, ele responde aos estímulos externos agindo sobre eles para construir e organizar o seu próprio conhecimento, de forma cada vez mais elaborada.

Na área da educação, conforme é assinalado por Moreira (2011), as teorias construtivistas não podem ser consideradas teorias de ensino e sim de aprendizagem, na medida em que fornecem elementos para que este processo de aprendizagem seja considerado antes de tudo como significativo para o sujeito.

Becker (2009) ao discorrer sobre a concepção construtivista atribui ao conhecimento a ideia de que nada, a rigor, está acabado, uma vez que especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Sua constituição é realizada na interação do sujeito com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais. O autor prossegue afirmando que o conhecimento ao se constituir, se faz por força da ação do sujeito e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio, de tal modo que podemos afirmar que antes da ação não há psiquismo nem

consciência e, muito menos, pensamento. Desse modo, o construtivismo é pensado como teoria de um modo de “ser” do conhecimento, ou melhor, de um mover-se dos modos de pensar que emergem do avanço das ciências e da filosofia.

Ao resgatar um antigo estudo de Macedo (1994) acerca do construtivismo, que o faz a partir da leitura da teoria de Jean Piaget, ele vai indicar alguns tópicos, de interesse nesta contextualização, dado o contraste que produz com as abordagens não construtivistas. Para o autor, no construtivismo a produção do conhecimento se dá pela tematização, cuja exigência é a demonstração, reconstituição e a transformação de algo sabido. Nele, o conhecimento é concebido como um tornar-se, podendo ter estatuto de correspondência e equivalência. Prossegue trazendo ainda alguns contrastes com o pensamento não construtivista, para o qual a visão do conhecimento é formalizada, operando por paradigmas, isto é, por modelos e padrões exigidos. Ainda em relação à abordagem não construtivista, pondera que nela a visão do conhecimento é ontológica, onde o objeto a ser conhecido é um ser com existência já constituída.

Estas considerações postas acima nos valem para pensar que mesmo considerando o inacabamento do conhecimento, um *tornar-se*, o autor para elucidar o pensamento construtivista o faz a partir de um oposto, que para ele encarnaria tudo o que o construtivismo não é. Como se para falar de um, precisasse de outro, numa lógica dialética que nega para afirmar.

Gallo (2008) pontua que Deleuze ao negar a dialética, busca a multiplicidade, as variações, as diferenças que, embora sendo expressões de um mesmo, não devem ser unificadas. É preciso derrubar as categorizações que em si trazem a mediação. Para Deleuze, de acordo com o autor, há de se derrubar a busca de formas unhas, puras e “atentar para as miríades de detalhes da sensibilidade” (GALLO, 2008, p. 31).

O exercício da docência permite colocar que mesmo num processo de mudança curricular, que mais à frente mergulharemos, onde o princípio construtivista deu o tom à dinâmica da mudança, sabemos que nos é impossível pensar na vivência docente esquadrinhando o momento em que somos ou não construtivistas. Buscar o tradicional em nós é exercício do pensar, de problematizar nossas práticas, uma vez que a mudanças curriculares não nos garantem o “ser” construtivista.

Se Deleuze nega as categorizações e o estatuto do ser, advindo da tradição platoniana, é por compreender que somos povoados por muitos, de um colorido diverso, que longe da existência de um único mundo, comporta muitas tonalidades, tal como Kastrup (2012) assinala as muitas tonalidades de branco que comporta o mundo do esquimó.

Entretanto, no curso do entendimento das práticas construtivistas vale discutir, ainda que de modo mais ligeiro, que no processo de produção do conhecimento algumas concepções epistemológicas vingaram ao longo do tempo e produzem ainda hoje efeitos em nossas formas de entender o que é o processo do conhecer e na dinâmica da relação entre sujeito e objeto. Se pensamos a *episteme* é por compreendê-la a partir de Foucault como conjunto de condições, princípios e enunciados que condicionam as possibilidades para que algo seja pensado em determinado tempo histórico (VEIGA-NETO, 2011). Muito distante da noção de um conceito idealista, ou saber, a ser contemplado.

Já na abertura do capítulo a origem do conhecimento, do livro Teoria do conhecimento, Hessen (2003) na formulação do juízo “o sol aquece a pedra”, traz a questão de uma decisão sobre a causalidade do aquecimento do sol na pedra. Neste encontro sol e pedra, o autor traz a questão de como abordar este acontecimento: se pela via da experiência ou pela via da razão. Esta imagem vai servir de mote para um pequeno passeio sobre o entendimento das mudanças no processo do conhecimento humano.

5.2 SEQUÊNCIA 02 – UM PASSEIO SOBRE AS MUDANÇAS NO PROCESSO DO CONHECIMENTO HUMANO

5.2.1 O racionalismo

Lembro-me de um documentário produzido para a televisão há algum tempo atrás, que manifestava o interesse de trazer alguns filósofos para o conhecimento do grande público e que, ao apresentar o pensamento de Platão finalizava com o seguinte slogan: *ainda somos muito platônicos*. Sem me ater aos interesses do programa, fiquei com esta chamada pulsando em mim. Pensando a docência e a forma como produzimos o conhecimento, creio que o slogan é bastante pertinente.

Ao discutir o racionalismo, Hessen (2003), fundamenta que o conhecimento humano estaria pautado no pensamento, na razão. Assim, destaca que a forma mais antiga de racionalismo vem com Platão, há mais de 2 mil anos, na Grécia. Com Platão funda-se o entendimento de mundo dividido entre um conhecimento genuíno, proveniente de mundo das ideias, suprassensível e que contrapõem-se com outro, um mundo da experiência, que se dá a partir dos sentidos e em constante mutação. A esse, Platão adverte que jamais nos fornecerá um conhecimento genuíno, e sim a *doxa*, uma opinião, advinda do senso comum.

Platão considera que o conhecimento derivado de um mundo das ideias tem por ocasião da experiência sensível, uma certa rememoração de um conceito original que precede a própria experiência. Assim, a experiência sensível é antes de tudo, fundada numa recordação, num rememorar-se.

Platão vai desprezar a uniformidade da *doxa* para chegar a episteme com a intenção de libertar o homem da mesmice do cotidiano e assim ascender as ideias universais e eternas, paradigmas e princípios de inteligibilidade do real. Com esse efeito, o conhecimento se torna re-conhecimento, anamnesis, isto é, adequação do dado sensível à ideia ou modelo, eidos (CUNHA, 2009, p. 13).

Hessen (2003) ainda discorre sobre as diferenças que tal pensamento racionalista tem em Plotino, cujo mundo das ideias não é uma entidade em si como para o platonismo, mas sim, emanam de um espírito pensante cósmico. Com Agostinho, este pensamento é transformado no sentido cristão, onde as ideias são frutos da criação de Deus, de uma iluminação divina.

Num salto para o século XVII, é com Descartes que o racionalismo terá uma importância ainda maior, já que são os conceitos, os fundamentadores do conhecimento. Sendo que para Descartes estes conceitos já estariam prontos em nós.

Para o racionalismo o pensamento é exclusiva e única fonte do conhecer, é com ele que aparecem as ideias de alma, de iluminação e de consciência geral, de onde emana o processo de um conhecer, legítimo, verdadeiro e universal. Não podemos deixar de retirar daí bases que ainda sustentam algumas formas de se pensar-fazer a ciência, mesmo no século XXI.

5.3 SEQUÊNCIA 03 – O EMPIRISMO

Se para o racionalismo a fonte de conhecimento humano funda-se na razão, no pensar, é no empirismo que vemos sua justa contraposição, na medida em que reside na experiência a fonte única e válida de conhecimento. Hessen (2003) destaca a noção empirista de que, por ocasião do nascimento somos um espírito vazio de conteúdos, a famosa “tábula rasa”, onde nela escreveríamos nossos conhecimentos, conceitos, advindos de nossas experiências. Sendo os empiristas advindos das ciências naturais, de certo que, estivesse na experiência, a fonte de um mundo a conhecer.

Na antiguidade as concepções empiristas já apareciam com os sofistas, estoicos e os epicuristas. Num outro salto para os séculos XVII e XVIII, o empirismo vai adquirir contornos mais nítidos. Com John Locke, vem o combate às ideias inatas e o entendimento dos conceitos provém das experiências externas (sensação) e internas (reflexão).

Hessen (2003) assinala assim uma espécie de troca do dogmatismo metafísico, dos racionalistas, por outra forma de dogma, que tem na experiência a única fonte de conhecimento.

Outras correntes epistemológicas vêm colorir os extremos colocados pelo racionalismo e empirismo. Assim, o intelectualismo, de Aristóteles, parece trazer a conciliação destes opostos, na medida em que pondera que em cada imagem sensível há uma essência universal das coisas. Já com o apriorismo, se tem uma dinâmica entre conteúdo e forma, onde *aprioristicamente* teríamos o pensamento, com suas formas e, da experiência, derivaria o conteúdo destas formas.

5.4 SEQUÊNCIA 04 – OS EFEITOS NA MUDANÇA

Este passeio pelas correntes epistemológicas nos fornece elementos para pensar nos modos de agir e de sentir no processo de ensino-aprendizagem, na medida em traz à tona certas concepções que acreditávamos ter superado.

Se as mudanças curriculares não impedem que tenhamos, ainda, a fala de estudantes e de docentes de que a rememoração é a forma de nos “salvar” frente a um processo avaliativo, é por compreendermos que tais construções históricas do conhecimento nos atravessam, invadindo nossos fazeres

Outro exemplo da permeabilidade desses conhecimentos, é que na busca por modelos que nos assegurem um processo criterioso de avaliação clínica dos usuários que nos procuram nos cenários externos de ensino-aprendizagem, como os hospitais, unidades

básicas de saúde ou centros de apoio psicossocial, passamos para o estudante a necessidade de seguirem um detalhado roteiro de anamnese que, de tão amarrado de conceitos e detalhes, podem fazer do encontro entre usuários e profissionais de saúde, um espaço previsível controlado.

Merhy (2002) evidencia a potência do encontro vivo em ato, como um espaço que só acontece na ação entre os sujeitos que se encontram, daí ser um espaço regido por tecnologias leves, eminentemente relacionais, que se expressam na construção de projetos terapêuticos que visam a produção do acolhimento, vínculos, responsabilizações, com implicações de variadas intensidades.

Escapam por vezes, neste encontro protocolar das *anamnesis* - recordação de acontecimentos - amparado por vezes em modelos aprioristicamente definidos, formas de sentir, de intuir e de entender, que se dão a partir de uma escuta sensível do outro (ROLNIK, 1995).

Se o construtivismo privilegia a noção da construção do conhecimento é por superar as concepções empiristas, ligadas exclusivamente a estimulações ambientais ou a concepções racionalistas de pré- formação de estruturas, ligadas a aspectos inatos (BREGUNCI, 2009). Se podemos pensar a partir da *tendência epistemológica construtivista*, termo utilizado por Bregunci (2009), é por crer que é na dinâmica imanente das relações sujeito-objeto, que se dá o ato de conhecer (MATURANA; VARELA, 1995).

Se conhecer é ato em produção, não é somente pela ação de um sujeito que opera este construir, nem tampouco por uma mera interação com um objeto a ele vinculado. Não se fala aqui de uma forma ativa ou passiva de um sujeito relacionado ao seu meio, mas de co-emergência, em que sujeito/objeto produzem-se no ato de conhecer superando uma existência prévia a este ato (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). Algo que a poesia parece expressar, pois fala de um mundo que é produzido no encontro, onde não existem sujeito e objeto prévios, mas uma construção mútua, entre sujeito/objeto, que se dá no ato de conhecer.

“Mas ele desconhecia, esse fato extraordinário: Que o operário faz a coisa, e a coisa faz o operário. De forma que, certo dia, à mesa, ao cortar o pão O operário foi tomado, de uma súbita emoção Ao constatar assombrado, que tudo naquela mesa - Garrafa, prato, facão - Era ele quem os fazia Ele, humilde operário, um operário em construção.” (VINÍCIUS DE MORAES, 1959).

5.5 SEQUÊNCIA 05– AS POLÍTICAS DE COGNIÇÃO

Destacamos aqui o conceito de aprendizagem significativa, uma vez que embasa a mudança curricular e tem sido opção assumida pelos cursos em mudança na FESO/ UNIFESO, e outro que, apesar de não estar descrito nos documentos consultados, fala de uma prática pertinente ao cotidiano da mudança curricular, que é o da aprendizagem inventiva. Tomando a questão de que as políticas de cognição partem da atitude ética, de um posicionamento a respeito de si e do mundo (PASSOS *et al.*, 2010), ao nos propormos a destacá-las nessa sequência, falamos também das implicações que temos com o

conhecimento.

5.5.1 Aprendizagem significativa

O conceito de aprendizagem significativa, que fundamenta o processo de mudança, foi proposto originalmente na teoria de aprendizagem de David Ausubel. Massini (2011) destaca que a insatisfação vivida por Ausubel em sua escolarização, isto é a ausência de condições que contribuíssem para seu próprio desenvolvimento no processo de ensino-aprendizagem, somada às experiências advindas de prática profissional na clínica, como psiquiatra, e seu doutoramento em psicologia do desenvolvimento, foram mote para definir as linhas centrais da sua teoria. Nesta, a questão pregnante foi fazer da escola o local para uso da capacidade de compreender e atribuir significados, focando na importância do processo relacional para a aquisição de conhecimentos.

Com o conceito de aprendizagem significativa, Ausubel fala do processo por meio do qual uma nova informação, um novo conhecimento, se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva à estrutura cognitiva daquele que aprende. Moreira (2011) destaca que no processo de aquisição de uma nova informação, esta “ancora-se” em conceitos relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz.

A não-arbitrariedade destacada por Ausubel, refere-se ao modo que o conhecimento incorporado se relaciona com o conhecimento já existente. Ou seja, o relacionamento se produz na valorização de conhecimentos relevantes, os quais denomina como subsunçores. Assim, a incorporação, compreensão e fixação de novos conhecimentos se faz pela ancoragem em conhecimentos especificamente relevantes. Outra característica destacada na aprendizagem significativa é o da substantividade, que significa que o que é incorporado à estrutura cognitiva é a substância do novo conhecimento, das novas ideias. Assim, o conceito ou a proposição podem ser expressos de diferentes maneiras, por meio de distintos signos ou grupos de signos (MOREIRA, 2011).

A aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação ao se ancorar em conhecimentos já existentes, produz uma interação entre aquilo que o estudante já sabe e aquilo que o processo de conhecer o faz acessar. Mais do que uma associação de conhecimentos, o que há é uma interação -não arbitrária e não literal, que contribuem para diferenciação dos subsunçores preexistentes.

Quando o material a ser aprendido não consegue ligar-se a algo já conhecido, ocorre o que Ausubel denominou como aprendizagem mecânica, ou seja, quando as novas informações são aprendidas sem interagirem com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. A aprendizagem significativa difere da aprendizagem mecânica, sem que exista um antagonismo entre esses conceitos, mas apenas um vínculo interativo, por *continuum* (MOREIRA, 2011).

Desenvolver a aprendizagem significativa, não pressupõe que a aprendizagem mecânica tenha de ser desconsiderada, pois ambas fazem parte desse processo contínuo. Há ocasiões em que é preciso memorizar algumas informações, apesar da fugacida-

de de um agir mecânico que, com o passar do tempo, traz a possibilidade de esquecer o que foi somente memorizado.

Cabe também destacar que o que é apresentado aos estudantes deve ser potencialmente significativo, ou seja, relevante e apropriado ao momento do ensinoaprendizagem no qual ele está inserido. A construção de subsunçores, que possam disparar as discussões acerca da temática a ser apresentada, não está descartada, pois é estratégia que favorece o processo educacional de uma forma mais ampla. Nesta estratégia, o cinema tem sido muito utilizado no Curso de Enfermagem, onde os filmes - como um subsunçor construído- serve como ancoragem para as novas incorporações.

Blasco *et al.* (2005) discute o cinema como possibilidade ampliada de ver e de ouvir, trazendo questões que ocupam, de fato, o estudante, e que nem sempre encontram no espaço formal acadêmico a possibilidade de serem abordadas. O docente nesta dinâmica surgiria como um facilitador ou um instigador das transversalidades que ali se apresentariam.

Alguns trabalhos já foram publicados a respeito da criação de subsunçores, a partir de filmes, no processo de mudança curricular do UNIFESO. Exemplo desta estratégia no currículo do quarto período de Enfermagem é trazida por Albuquerque e Campos (2010), onde os longas-metragens e documentários trazem para a cena a discussão da realidade dos portadores de transtornos mentais e dos efeitos da Reforma Psiquiátrica. Outra abordagem em recente trabalho foi descrita por Cezar *et al.* (2010) no Curso de Medicina do UNIFESO, que utilizou a estratégia de filmes para propiciar as discussões de bioética no currículo.

Recentemente como docente também do Curso de Medicina, participei de um espaço que tinha como objetivo a criação de um horário destinado a apresentação de filmes. Como proposta complementar às temáticas desenvolvidas no currículo do terceiro período do curso, tínhamos um horário fixo para o cinema. Esta estratégia veio ao encontro não apenas das questões curriculares a serem trabalhadas, mas também da queixa dos estudantes de que a cidade de Teresópolis e/ou mesmo o espaço acadêmico não ofereciam outras possibilidades para encontros e discussões, mesmo que informais. Assim, nestes dias a partir da escolha de determinados filmes, que guardavam algum contato mais próximo com as situações problemas disparadas nas sessões tutoriais, vivenciei encontros não apenas conteudistas, mas que serviram de dispositivos para outras tantas questões que por ali pareciam pertinentes e que diziam respeito ao cotidiano do estudante. Talvez algo que mais se parecesse com um espaço de educação permanente de discentes, que tinha como facilitador a própria inclusão da arte, por meio do cinema.

Se para Ausubel na aprendizagem significativa há a necessidade de que aquilo a ser incorporado como conhecimento pelo estudante seja significativo, também coloca como relevante o “querer” desse estudante de incorporar este conhecimento. Com isso, Moreira (2011) cita que já na formulação original de Ausubel pode-se perceber a importância do domínio afetivo na aprendizagem significativa. Mais adiante, no mesmo artigo, ele destaca o trabalho de Novak, para o qual um evento educativo é também acompanhado de uma experiência afetiva. A predisposição para aprender, colocada por Ausubel como

uma das condições para a aprendizagem significativa, em Novak está intimamente relacionada com a experiência afetiva do estudante.

5.5.2 Aprendizagem inventiva

Certa vez num encontro de educação permanente, criticávamos os estudantes que utilizavam apenas uma fonte bibliográfica nos encontros tutoriais, tornando-os monótonos e pouco ricos. A problematização da frase “*eles querem moleza*”, atribuída a essa postura discente, dizia da “falta de vontade” dos estudantes por busca diversificada de material bibliográfico.

O que parecia ter sido “esquecido” nesta EP é que, por ser o tutor de ensino aprendizagem, um facilitador do grupo, um criador de problemas no sentido de questionar a realidade, cabe ao docente também a responsabilidade pela monotonia bibliográfica. E somado a isso, pouco antes dessa questão, discutíamos a utilização de um único material bibliográfico em conferências, com frequentes citações diretas, o que era alvo de muitas críticas pelos estudantes. Posto isto em análise, a frase mais adequada ao momento seria “*nós queremos moleza*”, uma vez que exprimia uma prática não apenas dos estudantes, mas também de docentes.

Muitas vezes mais do que uma reclamação simplória de seu cotidiano, a crítica docente ao estudante exprime um modelo da representacional que identifica docentes e discentes em realidades opostas, que pouco se relacionam.

Kastrup (2012) ao abordar a aprendizagem inventiva, adverte para que não pensemos o estudante e o docente como sujeitos diferentes ou com realidades opostas, já definidas, e que, ao se encontrar irão conhecer um ao outro, representar um ao outro e assim interagirem. “É necessário entender que todas essas subjetividades fazem parte de uma rede que é constituída por meio de práticas concretas, práticas que são, ao mesmo tempo, cognitivas e existenciais” (KASTRUP, 2012, p. 56).

Sua crítica ao modelo de representação de mundo é por estar implicada com uma forma de entender o fenômeno do conhecer, que não pode ser concebido como a existência de fatos ou de objetos alheios àquele que experienciava (MATURANA; VARELA, 1995). Se ao abordar a tendência construtivista, vimos o quanto a teoria da autopoiese a transversaliza, vemos também que “[...] muitas vezes o modelo da representação nos habita de modo clandestino” (KASTRUP, 2012, p. 57).

Problematizar estas práticas, colocar em análise nossa forma cotidiana de pensar-fazer o processo de ensino-aprendizagem, criando um campo de indagação sobre as posições de docente, estudante e por que não dizer de currículo, é caminho para a construção de uma aprendizagem inventiva.

6 “CENAS DO MOVIMENTO DO CARTÓGRAFO NO TERRITÓRIO”

Por compreender que a realização desse trabalho se deu a partir modo de estudo cartográfico, lanço mão de colocar algumas “Cenas do Movimento do Cartógrafo no Terri-

tório” fruto também dos registros dos diários de pesquisa.

Nesta sequência, aparecem aqui discussões que podem servir de exercício do pensamento e para o cartógrafo, também de escrita. Esse exercício foi por vezes duro de ser feito, pois a captura por registrar e perseguir com a fome daqueles que precisam jornalisticamente testemunhar, habita-nos sempre.

Contudo, é esse movimento de escrita que possibilitou perceber que a cartografia nos dá a possibilidade de vivenciar os efeitos do acontecido no corpo do cartógrafo e de que pesquisar comporta um conhecer de múltiplas ordens

6.1 SEQUÊNCIA 01 – OS MOVIMENTOS DE ENTRADA NO TERRITÓRIO

O movimento de entrada no território da formação foi se tecendo bem antes de uma entrada “oficial” no Curso de Graduação, como docente. Entrar num território de composição rizomática, permite-me falar de entradas. Múltiplas, que nos conectam a variadas possibilidades de se fazer formação, dela participar, seja nas salas de aula, gabinetes, espaços de atenção à saúde, no convívio com estudantes, colegas docentes, nas cantinas, nos corredores. Tudo cheira, tudo diz e tudo fala de formação, de formar e ser formado. Movimento composto por diversas forças que se atravessam, que vão se compondo, que interpenetram com outros instituídos em nós, com a doce ilusão de que aquilo que tomamos como nosso, parte, eminentemente, de nossa escolha.

Algumas perguntas moviam o momento de uma entrada “oficial” nesse território, que tomo aqui a partir da seleção docente da qual participei para ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem. Estranhava estar numa organização de ensino e muito pouco conhecer do ensino. Um conhecer que não bastava, por ser dar a partir de uma contação de histórias sobre o que é ensinar, o que é estar na docência, sobre quais mudanças se davam na formação. Um conhecer vazio, não significativo.

Trago aqui a ideia das múltiplas formações que acontecem, por compreender que o ato de ser-fazer inaugura para o sujeito o conhecimento, que, com ele, coemerge. O impacto da Teoria da Autopoiese nos estudos da cognição nos traz a recusa do modelo da representação, a recusa de que conhecer é representar (PASSOS; BARROS, 2000). Passear agora pela docência era criar outras formações, *formando e sendo formado*, pois que não há espaço, vácuo, que separe o ato de conhecer e de fazê-lo, na medida em que há uma íntima relação entre o ser e o fazer, uma autopoiese, que implica que todo *conhecer é fazer e fazer é conhecer* (MATURANA; VARELA, 1995).

Se forças instituídas compunham esse movimento de entrada no território, outras não tão menos potentes, se interpenetravam, transversalizavam, balançavam, permitindo outros movimentos. Passear agora pela docência era também a possibilidade de conhecer outros mundos, inaugurar outros momentos, outras paisagens, saindo de uma anestesia que me habitava, de um corpo em estado de coma (ROLNIK, 1995). O estado de coma entendido como um desejo que, por ser produção (GUATTARI; ROLNIK, 2005), via-se em alguns momentos minguar frente à impossibilidade de fazer outros movimentos, de ampliar as conexões. Sintoma de um corpo comatoso que, por ser sensível, sentia diminuída

a sua potência vibrátil.

1.1.2 As múltiplas entradas

Quando da abertura de um edital de concurso público docente do Curso de Graduação de Enfermagem, em meados de 2009, participei da seleção, visava entrar para o quadro de professora colaboradora do terceiro período. Com as mudanças curriculares em curso, dado o Pró-saúde, ter aproximação com a temática da mudança era condição, definida em edital, que autorizava a entrada.

Essa aproximação com as mudanças que estavam escritas e documentadas no “*lattes*” seriam por ocasião de um curso de especialização em mudanças no ensino e nos serviços de saúde, que participei por iniciativa da FESO/ UNIFESO. Este curso, como estratégia de fortalecimento e consolidação das mudanças, visava principalmente qualificar (docentes, técnicos-administrativos e profissionais de saúde lotados no hospital de ensino e nos serviços de saúde do SUS), que de certa forma ainda se achavam distantes dos conceitos que viam no bojo do Pró-Saúde.

Outro fato que me aproximava da temática das mudanças era por conhecê-las a partir de um cargo administrativo na Fundação, no qual possibilitou-me participar de reuniões, debates e discussões sobre PPPs, Pró-saúde, ensino, metodologias ativas e outros.

Entretanto, precedeu a esta seleção docente, um encontro num espaço informal com a coordenadora das disciplinas de um período do Curso de Enfermagem e com outra professora, que à época exercia também um cargo na reitoria e que, sabedoras do meu desejo de entrar na docência, fizeram a recomendação ao curso.

Sendo os espaços informais, analisadores (MERHY, 2009) das relações que, sempre, são relações de poder, usar da dimensão analisadora desses espaços informais, é possibilidade para abrir uma janela para alguma coisa que você não conhece, ou que sempre estava ali, mas era pouco nítida.

Se a característica do analisador, partindo de Lourau é o de fazer o instituído falar (ALTOÉ, 2004), podemos pensar em quais outros momentos esses espaços, se configurariam na organização, como espaços de decisões paralelas? ou mesmo problematizar, se apesar de termos construído espaços colegiados, de forte participação coletiva, há momentos em que disputam com esses espaços, outros que, à margem dos regimentos, por vezes delineiam decisões, definem agendas, estabelecem pautas de prioridades.

1.1.3 A docência, as alianças nesse processo

Na matriz de competências gerais do terceiro período deparei-me com as competências gerais, que versavam sobre a Saúde do Adulto Trabalhador, compreendendo a relação entre trabalho e saúde, com ênfase nos fundamentos fisiopatológicos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, com seus diagnósticos e tratamentos, além da compreensão do processo de oncogênese.

De longe não seria a Psicologia a aliança que me traria um pouco de segurança na docência no Curso de Enfermagem, já que o processo tutorial demandava determinados conhecimentos que de longe não foram por mim abordados na formação.

Entretanto, o que percorria os encontros da educação permanente, os quais antecediam os encontros tutoriais, davam conta de um tutor como ativador do conhecimento, um facilitador, que antes de dominar os conhecimentos específicos abordados nos encontros tutoriais, muito mais facilitaria o processo de ensino-aprendizagem, numa construção do conhecimento que se fazia a partir das situações problema previamente estabelecidas para aquele período.

Tomáz (2001), ao elencar aquilo que seria fundamental ao docente-facilitador de grupos mediados por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, afirma que se não é papel desses facilitadores “ensinar”, “ministrar conteúdos”, cabe orientar os estudantes na busca de informações, apoiando-os num movimento mais autônomo em prol do conhecimento.

Afetada por esta concepção de ensino-aprendizagem, pela dissolução das disciplinas e pela possibilidade de entrar na docência por esta via, comecei a busca por ferramentas que me auxiliassem naquele momento. Para lançar mão de algumas, vasculhei algumas aulas de pós-graduação ministradas em outra universidade na disciplina de Saúde do Trabalhador, lembrei o tempo da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), a aproximação com discussões sobre o trabalho no mundo capitalista, de onde saíam Antunes e Merhy que se faziam, naquele momento, como intercessores deste meu processo na Enfermagem.

Se o processo de buscar intercessores se fez no percurso deste trabalho e também antes dele, e, se dará após sua finalização, enquanto tarefa *strictu sensu*, é por compreender que tê-los (intercessores) é da ordem da vida, enquanto potência de criação, enquanto *poieses*.

A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas –para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais... Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formamos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir... (DELEUZE, 1992, p. 156).

É por acreditar que a cartografia é feita nos encontros, que no percurso do cartografo no território da formação, passeando agora pela docência, necessitava de intercessores. Encontro de sujeitos, como produção em ato, que ao se estabelecer como espaço relacional se faz como espaço intercessor (MERHY, 2004). Encontros com conceitos, encontros virtuais com autores, com sonhos- fabricações inconscientes, enquanto abertura para outras conexões, para outros possíveis.

Dessa forma, no encontro com a tutoria do terceiro período de Enfermagem, algumas questões eram postas e destas, tinha claro que em minha caixa de ferramentas, poucas seriam aquelas específicas ao conhecimento da Enfermagem. Este conhecimento

específico ficaria então mais à deriva do processo tutorial, que por ser *multi*, dado a conformação daquilo que seria ser um “tutor-facilitador”, estaria mais presente nos docentes enfermeiros.

Em minhas mãos caberiam ferramentas mais ligadas ao manejo das metodologias ativas que demandavam uma dimensão docente mais voltada à facilitação de processos de ensino-aprendizagem. As alianças com as metodologias ativas iam se fazendo então necessárias e imprescindíveis neste percurso nos grupos tutorais. No caminhar nas tutorias, estudava, conversava, buscava ou desprezava dicas e informações, produzindo alianças que fortaleceriam esta construção, esta fabricação. Seria um tutor fabricado?

1.1.4 Abrindo a caixa de ferramentas

Livros, artigos e “conversas” sobre a mudança eram “engolidos” como forma de fortalecer o docente-cartógrafo a percorrer este território. Se nessa leitura cabiam conhecimentos específicos de Enfermagem, era porque rondava-me uma sensação de que ao facilitar processos de ensino-aprendizagem, ao tutor caberia também sustentar um campo de indagações de práticas e conhecimentos, que suscitasse o pensar, as discussões e a crítica do conhecimento. Como indagar então sobre aquilo que desconhecemos?

Tomáz (2001) vem destacar que se nos grupos tutorias que trabalham com a ABP e problematização, não há obrigatoriedade da figura de um expert, a aproximação de tutores com os conteúdos abordados no período em que estão inseridos faz diferença.

Por vezes, senti isto nos grupos tutorais, onde os estudantes ao terem pouco conhecimento sobre os temas propostos numa situação-problema, ou mesmo por necessitarem de um forte estímulo para abrir a sua caixa de ferramentas e dela emergirem os subsunçores, já adquiridos em outros momentos, a instigação do conhecimento, a partir de temas propostos, vem possibilitar trocas mais efetivas e menos superficiais.

1.1.5 Ferramentas de percurso – conhecimento, percepção e sensação

Entretanto, se para percorrer o caminho da formação em mudanças, ao cartógrafo cabe cavoucar sua caixa de ferramentas e dela extrair aquelas necessárias ao seu percurso, os livros sobre mudança curriculares, os tratados de fisiologia e anatomia, os “Kaplans & Sadocks”, os manuais sobre tutoria, lidos e consultados na biblioteca e nas geladas madrugada, sozinhos não dariam conta dessa caminhada. As lentes utilizadas para captar as cenas desse território se dariam a partir de um corpo que, sensível aos movimentos da formação, percorria e era percorrido pela diversidade e intensidade de encontros que iriam se dando no território. Afetamentos.

Ação de um corpo sobre o outro, afetar-se pelos encontros, é possibilidade de ser arrastado para outros lugares, que, inéditos, inauguram outros mundos, outros movimentos que devém (ROLNIK, 2006).

Rolnik (2003) afirma as possibilidades de conhecer o mundo operadas pela sen-

sibilidade: numa, é de conhecê-lo enquanto forma que convocaria a percepção em seu exercício da experiência; noutra, o conhecer enquanto força convocaria a sensação em seu exercício intensivo de encontro dos corpos, que decorrem das “ondas nervosas que o percorrem e das forças do mundo que o afetam” (ROLNIK, 2003, p. 2). O exercício intensivo do sensível, Rolnik vai designar como corpo vibrátil. Potência de vida, desassossegar.

Essa distinção das potências do corpo sensível, se sensação, se percepção, tal como abordado em outra sequência, vão disputar o entendimento do fenômeno do conhecer, uma vez que:

se a percepção do outro traz sua existência formal à subjetividade, existência que se traduz em representações visuais, auditivas, etc., já a sensação traz para a subjetividade a presença viva do outro, presença passível de expressão, mas não de representação (ROLNIK, 2003, p. 2).

Assim, tomando o exercício do cartógrafo neste trabalho, as lentes que captam as cenas do território, não são lentes que vêm captar percepções, formas, a partir de um exercício que se apoia na experiência. São elas, antes de tudo, lentes que fazem parte de um corpo, que vibrátil, expressa sensações operadas pela sensibilidade, da intensidade dos encontros, que levam o cartógrafo a percorrer os movimentos desse território, mas também o de ser percorrido por eles. Cartografar é antes de tudo, evidenciar os movimentos, dar expressividade às intensidades.

6.2 SEQUÊNCIA 02 – NO TERRITÓRIO, O CARTÓGRAFO VAI INAUGURANDO OUTROS MUNDOS

6.2.1 O encontro com o especialismo – salvação à primeira vista

Permaneci neste terceiro período de Enfermagem por um semestre e devido às disciplinas optativas que cursava no mestrado, assumi a cotutória do quarto período, cujo desenho curricular estruturava-se na produção de cuidados em saúde mental, a saúde do adulto e do idoso, articulados à atenção básica.

Esta mudança de período, proporcionaria aproximar-me de competências mais específicas à minha formação, o que favoreceria estar mais à vontade nas atividades tutoriais com os estudantes. Assim, algumas coisas começavam a ganhar realce nos encontros tutoriais.

Apesar de rechaçar a figura do especialista no processo do *tornar-se psicóloga*, sentia que a aproximação com as temáticas de saúde mental abordadas no espaço tutorial, faziam estimular o grupo de maneira mais intensa, com questionamentos que considerava pertinentes à construção de conhecimento.

Se o processo de construção de conhecimento baseado na espiral construtivista, vem considerar os subsunçores dos estudantes, não os desprezando, mas tomando-os como possibilidade de disparar outras incorporações, ao docente, ter também subsunçores sobre os conteúdos abordados permite o acompanhamento da sessão tutorial de uma forma mais ativa, atenta as contribuições e raciocínio dos estudantes. Seria então o

especialismo um erro ou uma salvação?

As discussões acerca dos especialismos sempre interessaram. Há muito, encontros intercessores com Barros (1996), que ao tomar a instituição formação em análise - talvez inspiração longínqua deste trabalho - desconstruía práticas tomadas como verdades, localizando-as como construções históricas, datadas e desprovidas de qualquer aspiração à neutralidade.

Assim, a discussão sobre o especialista e a construção de verdades, não podem ser localizadas tão somente no espaço das mudanças curriculares, num momento em que se solicita a nós, docentes, especialistas que somos - porque assim fomos formados, instituídos em nossas formações - que “deixemos” de lado o nosso saber, exercido como poder na visão de Foucault.

Para problematizar tal questão, precisamos também questionar “...a produção de verdades competentes” (DANTAS, 2010, p. 622) a que estamos submetidos no discurso científico, que pautado na neutralidade e objetividade, localiza no especialista um saber sobre o outro, sobre a vida, com autoridade conferida pelos regimes lato e *stricto sensu*. Pensar porque ainda nos (res)sentimos dos especialismos - com um ar nostálgico a que um docente outro dia se referiu quando ainda era titular de uma disciplina - seria também necessário indagar por que apesar de emprendermos, com as mudanças curriculares no ensino, voos mais altos em prol de conhecimento mais inter, quem sabe transdisciplinar, na outra mão da instituição formação, com suas regulações e normativas, conferem na figura do especialista, traduzido na sua titulação, os seus conceitos avaliativos? Se dissolvemos as disciplinas, mais complicado é dissolver o especialista, a ciência.

As mudanças nas funções do docente implicam modificações em sua maneira de conceber e desenvolver as práticas pedagógicas. Para muitos, é difícil desenvolver as tarefas propostas nos métodos ativos, visto que os conteúdos e atividades são integrados em temas e/ou em necessidades de saúde e não mais em disciplinas, como no currículo tradicional. A perda de domínio do conteúdo único e específico de sua especialidade... tornam o processo de mudança de difícil aceitação (ALMEIDA; BATISTA, 2011).

6.2.2 Especialismo – do individual ao político

Se as aceitações ao processo de mudança são difíceis, sabemos que também o é o dissolver das especialidades, ou mesmo a discussão sobre a composição das fronteiras que dão conformação a elas. Se as especialidades são postas como dificuldades a serem enfrentadas, no sentido de um trabalho integrado, coletivo, que privilegie o passeio dos saberes pelas bordas porosas das especialidades, por outro, com padrões de docência definidos pelo mercado de trabalho (MACHADO *et al.*, 2011), são elas também que selam os critérios de excelência.

Discutir o papel dos especialistas nas mudanças curriculares é dar visibilidade à dimensão política neste contexto. Política porque implica no desafio da abertura desta questão para além do sentido de localizá-la na figura docente, como se dele dependesse unicamente o empreendimento de tal transformação, isto é, o seu erro ou o seu acerto.

Agindo assim, não estaríamos então confirmando um modo de funcionamento capitalista, expresso em sua característica da meritocracia, que conecta eficiência à capacidade individual, uma vez que cada um é responsável pelo que é e pelo que faz? (COIMBRA; LEITAO, 2003).

6.2.3 Desenvolvimento docente, seleção/ contratação – pontos delicados nas mudanças

Perim *et al.* (2009) em trabalho que se deu a partir do Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas, da Comissão de Avaliação das Escolas Médica e Associação de Escolas Médicas, considera o investimento em desenvolvimento docente um aspecto delicado quando colocado em relação ao que preconizam as DCNs. Não tão distante, Mestrinho (2012) ao falar de um modelo de formação em transição na Enfermagem, se refere à necessidade de desenvolver competências docentes ligadas à incorporação de metodologias cooperativas e ativas.

Lançar nossos olhares para as formas de sensibilizar os docentes que irão participar dos processos de mudanças, é também questionar a forma como são contratados, e o que é valorizado no momento de sua admissão, uma vez que, como afirma Machado *et al.* (2011, p. 331), o “...definidor da seleção do docente sempre foi a competência científica”.

Muito ouvimos sobre as formas de capacitação docente em processo de mudança, entretanto, aquilo que valorizamos quando do momento da incorporação de novos docentes ao quadro de nossas organizações de ensino, parece ficar restrito a editais nos cursos que passam ou que consolidam suas transformações curriculares.

Pressionados pelo tempo, pelas vacâncias nos espaços de tutorias, pressões vindas muitas vezes de reclamações de estudantes que denunciam a ausência de docentes nos espaços de ensino-aprendizagem, o cartógrafo vai se dando conta de que muitas vezes se minimizam critérios relativos ao conhecimento e sensibilidade aos processos de mudança, quando do momento de processos de seleção docente. Importa é ocupar os lugares, mesmo que saibamos/sentimos muito pouco sobre a mudança.

Se no momento da implantação das mudanças curriculares, o zelo pela sensibilização na contratação e na capacitação ao processo de mudanças estava presente, ou melhor, era condição, já que falávamos de intensa implicação com as transformações no ensino, o mesmo parece não acontecer atualmente. Justo quando sustentar as mudanças, depende também das formas de contratação docente.

No Curso de Enfermagem, este problema parece não ser tão sentido, dado a oferta de enfermeiros nos quadros docentes, no hospital de ensino e nos serviços de saúde com uma circulação destes profissionais nestes espaços que só alimenta a qualificação docente. Contudo, quando discutimos esta situação no Curso de Graduação em Medicina, percebemos um cenário bem diferente.

6.2.4 Médicos e a função docente na mudança curricular

Um breve passeio pelo Curso de Medicina, nos diz que a formação médica tem necessitado de médicos. Pressionado por um mercado de trabalho, que apesar de oferecer remunerações questionáveis, as amplia na dimensão de ofertas públicas e privadas, o Curso de Medicina hoje, parece não conseguir captar profissionais na quantidade e qualidade que a tarefa docente impõe.

O professor de Medicina, assim como nas demais áreas da docência no ensino superior, não foi preparado para ensinar e, em decorrência disso, sua experiência deriva principalmente de seu conhecimento no campo em que atua (PERIM et al., 2009, p. 72).

Se a docência já traz em si historicamente uma segunda opção para os médicos, com as mudanças curriculares esta situação se intensifica. A mudança ao colocar os estudantes no centro do processo de ensino-aprendizagem, coloca também o tutor-médico em duas questões centrais, quais sejam: como empreender mudança em prol de um conhecimento mais generalista? Como assegurar que seus conhecimentos possam assegurar um processo de ensino-aprendizagem, não mais baseado em modelos tradicionais, que tinham na transmissão seu pilar?

Se a mudança traz insegurança aos docentes, uma vez que com ela há outra compreensão do processo de ensino aprendizagem que, ativo, desfavorece a acomodação e a adaptação gerada no modelo transmissional, ela também, ao deslocar o foco da doença para o doente, colocando o usuário na centralidade do cuidado, convoca o docente-médico a repensar suas práticas e por vezes resistir às tentativas de participar de tais processos.

Este cenário intensifica-se quando pensado que o docente-médico muitas vezes se vê confrontado em seu saber, já que formado em modelo médico hegemônico, centrado no hospital, deverá atuar como educador conectado a novas abordagens da formação médica, com capacidade para trabalhar com equipe multidisciplinares e com a realidade do SUS (PERIM et al., 2009);

Soma-se a isto a baixa remuneração nas cargas horárias e os processos de precarização do trabalho docente, que servem também para afastá-los dos processos formativos.

6.2.5 Quando a precarização e flexibilização de tarefas compõe o trabalho docente

Mancebo (2007) traz à discussão que o trabalho docente, considerado pelo capitalismo, como produtor das mercadorias - “força de trabalho competente” e “tecnologia e conhecimento científico” - vem sendo, ao longo do tempo, atravessado pela precarização das formas de trabalho e pela flexibilização de tarefas. Como consequência deste cenário percebe-se cada vez mais docentes incorporando novas funções, dado os enxugamentos dos quadros de funcionários técnicoadministrativos das organizações de ensino, além de alterações nas jornadas de trabalho docente, que se dão em ordem intensa (da produção) e extensa (de horas dedicadas ao trabalho).

Ele agora é responsável não apenas pela sala de aula e pelo desenvolvimento de sua pesquisa, mas por um crescente número de tarefas, como o preenchimento de inúmeros relatórios e formulários, a emissão de pareceres, a captação de recursos para viabilizar seu trabalho e até para o bom funcionamento da universidade... E-mails a serem respondidos, celulares que tocam em casa e computadores portáteis garantem que o trabalho acompanhe o professor, para além dos muros da universidade, nos momentos institucionalmente destinados ao descanso e lazer. O professor vai fisicamente para casa, mas o dia de trabalho não termina... (MANCEBO, 2007, p. 77).

Em outro trabalho Mancebo e Rocha (2002) argumentam as dificuldades sentidas e vividas pelos docentes em relação aos seus vínculos, estabilidade e remuneração. Os autores destacam que hoje o trabalho docente tem incorporado professores efetivos e substitutos/ precários/temporários, abrindo espaço para um mercado de trabalho diversificado e marcado pela fragmentação, onde há, por um lado, um pequeno coletivo de docentes centrais, estáveis, com oportunidades efetivas de qualificação e com melhores remunerações, e por outro, bem mais numeroso, um coletivo de docentes periféricos, temporários, que não gozam de estabilidade, tampouco de remuneração compatível à sua atuação, sendo facilmente substituíveis.

6.2.6 As sustentabilidades da mudança – o analisador dinheiro produzindo visíveis

Se no caso das organizações públicas a precarização envolve situações de des-caso que se dão ao longo do tempo, no âmbito das organizações de ensino privadas, a forte concorrência, determinada pelas práticas neoliberais no setor educacional (baixa regulação do Estado, alta regulação do mercado), determinou um movimento intenso de ampliação de vagas oriundas tanto da expansão das privadas quanto do setor público. Esta expansão desencadearia dificuldades na captação de estudantes e produziria efeitos na fixação dos mesmos, pois apesar dos esforços de ampliação do sistema de financiamento público, presenciamos imensas dificuldades dos estudantes em manter-se em seus cursos de graduação.

Localizando esta cartografia das mudanças curriculares no ensino no âmbito dos Cursos de Graduação da FESO/UNIFESO, a situação de Teresópolis se evidencia quando observamos que se trata de um município que se caracteriza como produtor de hortifrutigranjeiros no Estado do RJ e com potencial econômico marcado por uma vocação para o turismo e para os serviços (FESO, 2006, p. 13). Esta característica da região, desenha também o perfil econômico dos estudantes que procuram os serviços educacionais da Fundação.

Com exceção do Curso de Medicina, que ainda mantém captação de estudantes em nível nacional, os demais, dentre eles especificamente a Enfermagem, viu suas receitas educacionais advindas da captação de estudantes minguarem, dado o cenário de expansão das escolas de enfermagem e o próprio perfil econômico dos estudantes de Teresópolis, destacando que são os estudantes do município, que sustentam, em grande

parte, a entrada de estudantes no curso, uma vez que houve diminuição significativa da demanda de outros Estados. Tal demanda era intensa no final da década de 80 e os anos 90. Desta forma, para analisar as práticas de remuneração docente dos cursos da Fundação, é necessário entender que é a partir das receitas educacionais, que os cursos de graduação executam suas despesas com recursos humanos. Tal como dito nos discursos e registrado nos documentos oficiais, a política financeira traçada é que cada curso de graduação, enquanto unidade de negócio, responda por sua sustentabilidade financeira, isto é, cabe a cada um dos cursos o custeio de pessoal e de outras demais despesas.

Assim, como efeito desta política, temos num desenho organizacional da Fundação, cursos sustentáveis financeiramente e outros que, com capacidade financeira comprometida para manterem-se sozinhos, necessitando assim do auxílio dos recursos próprios da Fundação.

Se nos determos no caso do Curso de Graduação em Enfermagem, podemos perceber que os efeitos advindos do quadro financeiro comprometido, fez com que a Fundação praticasse medidas mais restritivas de investimentos de uma forma geral, já que haviam findado os recursos do Pro- Saúde.

Com restrições a novas contratações, a ampliações de carga horária docente, com uma drástica redução de carga horária docente contratada e reduzido quantitativo de docentes que compõem o seu quadro de pessoal, a Enfermagem vem convivendo, ao longo do tempo, com a implementação de estratégias financeiras e de gestão que possam torná-la viável financeiramente. Se isto de um lado ainda autoriza ao curso receber candidatos a futuros enfermeiros a partir de processos seletivos, internamente o cenário traz imensos desgastes para o corpo docente e também para a gestão do curso, a qual conviveu nos últimos anos com algumas sucessivas alterações em seus quadros.

Se a situação financeira do Curso de Enfermagem é posta nesse trabalho, é por compreender que por ser o dinheiro um analisador potente nesse processo de mudança curricular, lançar mão dele é poder dar visibilidade a questões que se acham pouco nítidas nas transformações ocorridas no ensino da FESO/UNIFESO a partir dos Cursos de Medicina e de Enfermagem.

Assim, podemos perceber que, se tivemos no início da implantação das mudanças curriculares um forte incentivo à fixação docente na Enfermagem da FESO/ UNIFESO, presenciamos hoje, práticas que flexibilizaram em muito tal fixação. Precarização da força de trabalho docente, flexibilização de tarefas, com alterações de trabalho, tanto de ordem extensiva quanto intensiva, podem ser observadas como efeitos desta situação.

6.2.7 Estratégias de sobrevivência docente – As metamorfoses no processo de mudanças

A remuneração docente na Fundação vem da compatibilização entre titulação e regime de trabalho. Sem lançar mão de práticas de remuneração que fujam a esta compatibilização, os docentes, para manter-se enquanto trabalhadores do ensino, necessitam, por implicações diversas, compatibilizar suas cargas horárias nos cursos a que estão vincula-

dos, garantindo sua remuneração e sobrevivência.

Por gozar ainda de uma estabilidade financeira e com processos seletivos ainda concorridos, o Curso de Medicina da Fundação, passou a ser nesse cenário, um espaço disputado por docentes de outros cursos e, principalmente, por docentes-enfermeiros.

Com práticas de remuneração diferenciadas dos demais, a Medicina vem lançando mão de uma política de fixar os docentes no curso, principalmente nos espaços tutoriais, a partir de concessão de gratificações fixas e por produtividade (cumprimento de tarefas desempenhadas).

Nesse cenário, forte foi a movimentação de docentes- enfermeiros para o Curso de Graduação em Medicina da Fundação nos últimos tempos. Se não podemos falar em migração de docentes-enfermeiros para o Curso de Medicina, pois não houve a retirada destes profissionais do quadro docente do Curso de Enfermagem, podemos perceber que houve sim, uma compatibilização de tempo e tarefas desempenhadas entre os dois cursos.

Outro fator é que, com a possibilidade de ainda contratar docentes e de ampliar cargas horárias, a Medicina esforça-se em fixar seu quadro docente enquanto mantém um desenho curricular que preserve a mudança. Entretanto, se o sistema de gratificação concorre para fixar o docente no curso, ele também pode denunciar, ao ser compensatório e flexível, que fragilidades acontecem no sistema de remuneração docente.

Se os deslocamentos de docentes-enfermeiros para o Curso de Medicina, e a injeção compensatória nos valores de hora-aula, por meio de gratificações, podem ser tomados como analisadores, eles dizem das implicações da organização com o seu corpo docente e com a própria sustentação da mudança curricular nos seus cursos.

Outro ponto que podemos problematizar é que se no Curso de Enfermagem vimos o desmantelamento das comissões que sustentam a estrutura da mudança curricular, no Curso de Medicina percebemos serem estas estratégias preciosas ao curso, as quais não apenas são preservadas como por vezes ampliadas.

Outra característica que a Medicina é a preservação de carga horárias específicas por período para a educação permanente, além da ampliação desses espaços, agora para todos os instrutores do curso. O que na Enfermagem foi posto como necessidade ao compatibilizar uma única EP para dois períodos do curso, na Medicina a EP ainda é específica por período, além de usufruir de um espaço destinado à reflexão de todos os facilitadores de EP, que acontece semanalmente e é conhecido como a EP da EP.

Se os desenhos acima colocam algumas práticas exercidas tanto no Curso de Enfermagem quanto no Curso de Medicina, o objetivo está distante de uma comparação simplista - já que não é esse o objetivo do trabalho, mas sim de produzir uma análise de quanto ainda temos da mudança implantada com o Prósaúde na Enfermagem. Daí que, talvez hoje na Fundação, não possamos indagar sobre a mudança curricular nos cursos de Medicina e Enfermagem, mas sim de “mudanças” que se operam de forma diferenciadas nesses seus cursos.

Como uma mudança que se faz mutante, a cada dia, atravessada por crises financeiras sucessivas, hora desencadeadas por fatores externos à Fundação, hora por questões internas, sustentá-la tem sido desafio a ser enfrentado.

Se as mudanças curriculares necessitam de atenção por serem estas sensíveis às alterações no território da formação, pensar nestas questões é também cuidar do coletivo de docentes, por considerar que “nos processos de reforma curricular, o papel do docente é essencial. Em última instância, é aos professores que caberá a tarefa de implementar a reforma no cotidiano das salas de aula” (MOURÃO *et al*, 2007, p. 186).

6.2.8 O cartógrafo abre o ângulo, fecha o foco

“Não é um problema material de dinheiro, ou de status profissional. Tudo isso é recuperável. É um problema de amor, pois o tempo do amor é irre recuperável.” (Vinicius de Moraes, 1959)

Se, no andar do cartógrafo no território da formação, as atividades tutoriais na Enfermagem eram até então intercaladas com as atividades de gestão na assessoria e, posteriormente, na Chefia de Gabinete da Reitoria, esta situação, confortável chegava a um momento de difícil compatibilização.

Apesar de considerar que o fazer docente incorpora partes de gestão em seu próprio processo de trabalho e de que no gabinete da reitoria em muito utilizava das habilidades requeridas na docência, o que vivia nessa dupla função era uma total separação, não apenas de carga horária e de remuneração, na medida em que ganhava em separado pelas atividades de gestão e docência, mas de mundos que pareciam se opor.

Mundos que mesmo conectados, eram vivenciados em separado. Se o cartógrafo ao olhar o seu redor via que tal separação parecia naturalizada a esse território, estranhava que tal segmentação desse sentido a uma organização de ensino. Seriam as atividades ligadas mais a gestão dos cursos e da organização, concorrentes daquelas eminentemente desenvolvidas nos espaços de ensinoaprendizagem?

Mesmo sabendo da ausência de algo absolutamente bom ou mau, (DELEUZE, 1992) atribuía à docência ser esse um espaço mais livre à criação, espaço tomado em ato, tal como assinalado por Merhy (2002; 2004) ao abordar o espaço do cuidado em saúde.

Se ao conectar a docência como um espaço liso no sentido dado por Deleuze, espaço do devir, que incita o movimento, as “viagens no mesmo lugar”, posto que é do domínio das intensidades, não poderia atribuir à gestão ser espaço eminentemente estriado, sedimentário, dos instituídos, dado que os dois comportam diferentes tipos de viagens. Viagens do pensamento, enquanto criação. Se há a necessidade de colocá-los em separado, não é na dimensão de oposições simplistas, mas de marcar que os dois ao se comporem, por vezes se misturam, passam de um para o outro, “um que estria o liso, mas o outro que restitui o liso a partir do estriado [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 187). Se as implicações com o ensino eram sentidas como indispensáveis a mergulhar ainda mais nas atividades tutoriais, era necessário ao cartógrafo, enquanto vivente no território da formação, fechar o foco das lentes de seu corpo vibrátil. Para isso era fundamental também, num movimento simultâneo de busca de outros enquadramentos, abrir o ângulo. Produzir outros movimentos, outras cartografias.

Dessa forma, se os fortes ventos do momento anunciavam que mudanças aconte-

ceriam, ao cartógrafo só lhe restava seguir o devir, caminhar, inaugurar outros possíveis. Movimentos intuitivos em prol de outras fabricações.

A entrada no Curso de Medicina, a saída da tutoria da Enfermagem para integrar a preceptoria dos acadêmicos de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial, numa cidade vizinha a Teresópolis, viriam fincar os dois pés do cartógrafo no espaço da docência. Esses movimentos precedidos de outros não tão menos potentes balançaram o território da formação, produzindo outras conformações.

6.2.9 Ventos, movimentos, mudanças no território da formação

Estes movimentos que anunciavam outras conformações falavam de um momento em que a organização de ensino convivía com fortes críticas vindas dos estudantes, especificamente do Curso de Medicina, que se iniciaram a partir de uma Assembleia avaliativa do Curso de Medicina sobre os últimos resultados do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), e tomariam a partir daí outros contornos.

Na tentativa de tentar entender os resultados do curso no último Exame, a proposta da gestão do curso e central era traçar estratégias de superação das dificuldades, além de sensibilizar os próprios discentes para a importância de sua participação. A preocupação residia nos resultados anteriores a esse que, por terem sido insatisfatórios no processo de avaliação do MEC, falavam de um boicote de estudantes ao Exame, colocando em risco a sobrevivência do curso, assim como da Fundação.

O questionamento ao desempenho do Exame, de caráter avaliativo dos resultados, foi feito em uma Assembleia inicialmente com todo o coletivo de estudantes e docentes da Medicina e que depois, divididos em pequenos grupos, numa inspiração ao modelo dos grupos tutorias, abririam possibilidades para que dali saíssem um conjunto de propostas e análises sobre o tema.

Contudo, os efeitos criados a partir desses questionamentos e das reflexões sobre o papel do curso enquanto formador na área da saúde e de sua importância para a Fundação, tomaram proporções de um encontro avaliativo não apenas do resultado do ENADE e foram ampliadas as discussões no sentido de indagar sobre as políticas adotadas para o ensino na área da saúde, as opções por mudanças curriculares – sempre levantadas sob suspeita quando se falava em resultados do ENADE tanto por estudantes e docentes, a política de mensalidade para os cursos, as práticas de gestão e os investimentos realizados a partir das receitas da Fundação nos últimos anos.

Este movimento iniciado pelos estudantes, ao contagiar também o coletivo de docentes do curso, eclodiria em uma pauta de reivindicações estudantis que pediam transparência nos orçamentos e investimentos realizados no Curso de Medicina, mudanças estruturais no curso e no hospital de ensino, melhorias salariais dos docentes, queda das mensalidades, a efetiva solução da ausência de docentes em alguns períodos do curso - principalmente docentes-médicos, além da troca na gestão central da Fundação, com o fim da acumulação de cargos nas entidades mantida e mantenedora.

A voz dos estudantes de Medicina somada à dos docentes do curso e do hospital

de ensino, principalmente médicos, contrastavam com a mudez dos estudantes e docentes dos outros cursos da área da saúde. Na Enfermagem, os estudantes, pouco organizados em torno de seu Diretório Acadêmico, pareciam alheios ao que acontecia. Da parte dos docentes da Enfermagem, apesar de muitos também participarem do quadro do curso da Medicina, as discussões, quando existiam, giravam em torno do processo de mudança de gestão no curso que, mesmo ainda não expresso, vinha sendo gestado e pouco depois, ao final de 2011, viria a acontecer.

Assim, a partir dessa Assembleia, se os ventos da potência instituinte insistiam em balançar a lógica instituída, tendendo a transformá-la, já que ao questionar e contestar as práticas, imprimem uma característica dinâmica, de inovação ou de ruptura (BAREMBLIT, 2002), seus efeitos talvez possam ser indagados no sentido de que num processo de transformação permanente, da dialética de instituído e instituinte. Nesse sentido, quais contornos, quais lógicas, se institucionalizaram a partir desse movimento? Se os instituintes estavam em ação, será que estes tinham potência para imprimir uma outra conformação no processo de institucionalização? O quanto têm de instituinte num processo de institucionalização? Ou o quanto os instituídos se cristalizam nesse processo?

Antes de procurar detalhes da natureza da institucionalização, talvez caiba pensar que, enquanto processo, há nele sempre espaços de misturas, que passam de um para o outro, que não finalizam, já que não geram “produto”. Como espaços de mistura, de alternância, de superposições que deslizam de um para o outro, tais processos comportam espaços lisos e estriados (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Se a dialética aqui não nos serve para pensar esse processo, é no sentido de que com ela, de certa maneira, há resultados, formações, que dizem de um processo de institucionalização:

cada instituição contém ao mesmo tempo, e em constante processo dialético, dimensões formais e estruturadas e acontecimentos negadores dessa formalização, sendo que, na verdade, o modo de cada instituição apresentar-se à análise é exatamente o resultado da relação entre esses dois momentos – instituído x instituinte –, que é a institucionalização (MOURÃO, et al. 2007, 185).

Se algo tem a ser dito a partir dessa Assembleia é que a partir dela uma outra conformação de forças se estabeleceu. De relações de poder.

Por não comportar aqui tal objetivo, os efeitos produzidos a partir da Assembleia não serão rastreados neste trabalho. Contudo, algumas alterações se operaram a partir desse movimento, que ao ser tomado como analisador, indica a tensão existente nas relações que compunham o Curso de Medicina e a própria organização de ensino.

Como analisador, rompe com a anestesia do habitual, tornando visíveis os instituídos, fazendo-os falar. Tomando o sentido de analisador-dispositivo, ele é também catalizador de forças que disparam outras realidades, outras produções (MERHY, 2009). Assim, depois da Assembleia algumas alterações foram produzidas na gestão do Curso de Medicina e da própria organização, com mudanças na gestão do Pró-Saúde, da comissão local de acompanhamento do Programa, além de alterações produzidas à frente do Cen-

tro de Ciências da Saúde e da própria Reitoria do UNIFESO. Essas mudanças marcaram momentos de tensão na organização, tendo em vista a preocupação que tais alterações trazem para docentes e estudantes.

6.2.10 O cartógrafo relembra o *ethos* da pesquisa

Num momento de parada, para analisar percursos, rumos, sentidos a serem tomados, o cartógrafo necessita (re)lembrar aquilo que o move neste trabalho. Sendo assim, desde a sua composição, ao utilizar os conceitos intercessores da análise institucional e da esquizoanálise, este trabalho teve por objetivo pensar as mudanças curriculares, não com a pretensão de encontrar soluções ou respostas, posto que o compromisso é com a criação de um campo de indagações que sustentem o pensar.

Todavia, entendendo o pensamento como força, como criação, pensar é inventar outros possíveis, que nos levem para um campo de inquietações que ao desconstruir possamos compreender. Se as construções são necessárias, estas se darão sempre no coletivo como possíveis saídas, brechas, mesmo que ainda não vinguem. Sendo assim, o movimento aqui é que ao transformar possamos conhecer (PASSOS, KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010), uma vez que “a pesquisa afirma, assim, seu caráter desarticulador das práticas e dos discursos instituídos [...]” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 67).

Os relatos a partir do diário da pesquisa são elementos fundamentais para a elaboração dos textos, apresentados aqui como os resultados da pesquisa, (PASSOS et al, 2010), já que refletem o movimento do cartógrafo no território da formação, compreendendo que há neles uma multiplicidade de vozes, uma polifonia textual (BARROS, 1996).

Esta multiplicidade fala dos diversos encontros produzidos no território, alguns presenciais, outros virtuais, que, somados aos autores convocados a fazer parte desse percurso, foram intercessores para o processo do conhecimento. Se esse processo se dá a partir das transformações operadas, no território e no cartógrafo, podemos dizer que o conhecimento aqui é da potência do pensar, do fazer, mas também do sentir.

O risco assumido, que se deu durante o percurso do trabalho, é o de que as implicações do cartógrafo o impedissem de acompanhar os movimentos, de produzir análises, de acessar processos e de produzir questões. Se a sobreimplicação é tomada como possibilidade, ela também não pode ser considerada ameaça, já que com ela não nos surpreendemos. A sobreimplicação como dificuldade do processar analítico (MANCEBO, 2007) é posta também por Mourão *et al.* (2007), já que concorre para processos de cegueira que frustrariam as análises das implicações que moveram o cartógrafo em seu trajeto no território.

Se não há neutralidades nas formas de conhecer, dado que as implicações dizem isso, cabe ao cartógrafo como habitante desse território, trabalhador docente que é, lançar mão de um rigor neste percurso cartográfico, que nada tem a ver com exatidão, mas reside “no compromisso de que ao produzirmos conhecimento, intervimos na realidade” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010).

Dessa forma, fazer cartografia é antes de tudo uma atitude ética. De uma ética em

prol dos movimentos, quais sejam, os movimentos da vida, de sua normatividade como a pensa Canguilhem (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). Sendo a vida normativa, isto é, regulada a partir suas constantes que a regem e a regulam (DIAS; MOREIRA, 2011), a saúde do cartógrafo residiria em sua capacidade, em sua margem de tolerância de convivência com as infidelidades que se processam no meio (CANGUILHEM, 2000). É esta capacidade do cartógrafo de ser normativo, de construir novas normas para si, a partir das exigências/ movimentos oriundas do ambiente/território, que possibilita seu percurso no acompanhamento dos processos. Processos de vida, de devir.

Se o aprendizado nos traz um ganho, se ele, em alguma medida nos forma, é no sentido da inscrição corporal do conhecimento. Nessa medida, para torna-se cartógrafo, não basta ler este livro ou outros textos teóricos sobre o assunto. É preciso praticar, ir a campo, seguir processos, lançar-se na água, experimentar dispositivos, habitar um território, afinar a atenção, deslocar pontos de vista e praticar a escrita, sempre levando em conta a produção coletiva do conhecimento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 203).

6.3 SEQUÊNCIA 03 – FABRICAÇÕES DE PENSAMENTO, FABRICAÇÕES DOCENTES

6.3.1 O movimento do formar-se

O *formar-se* como movimento do processo de construção do conhecimento, vem sendo pensado aqui como comportando um inacabamento, na medida em que o docente como ocupante de um espaço destinado ao saber é ao mesmo tempo convocado a aprender.

Aprender a aprender, com criticidade e flexibilidade é posto como processo necessário não somente a docentes, mas também a estudantes, num mundo em que a produção conhecimentos é incessantemente dada (FEURWERKER, 2004).

Dessa forma, a criticidade do aprender poderia ser pensada a partir de dois movimentos. Um no sentido de que na busca de conhecimento possamos acessar aqueles que nos auxiliem a construir coletivamente soluções - mesmo que provisórias - aos desafios, às questões da realidade. E outro, onde a criticidade também residiria na busca de questões que, ao nos incomodar, nos lançam no movimento inacabado do formar-se. Aqui não há um compromisso com soluções, mas o mergulho na indagação, no exercício de desnaturalizar o habitual, provocar estranhamentos, desestabilizar.

Se tomamos aqui como campo de possibilidade para o trabalho docente e de estudantes, nos lançarmos numa aprendizagem que tende a ser significativa, pois traz sentido àqueles que fazem, é por acreditar que para ser significativa a aprendizagem deve preservar seu caráter inventivo, de proposições, de invenção de problema (KASTRUP, 2012).

A criticidade do aprender é nesse sentido, sustentar um campo de indagações. E, já que o cartógrafo vem lançando mão disso insistentemente neste texto, poderíamos perguntar: por que sustentar?

Encontramos uma prática que parece esboçar um pouco do que estamos falando, ainda que de forma restrita. No trabalho docente como tutora dos grupos de estudantes, percebo que há um momento em que o grupo ao tomar contato com a situação-problema, inicia os passos em direção à identificação dos problemas propostos pelo enunciado e posterior a isso, faz as suas formulações de hipóteses explicativas para os problemas. Nestes processos, ao lançarem mão de seus subsunçores, os estudantes, junto com o docente-facilitador produzem um tipo de raciocínio que favorece pensar sobre o problema apresentado.

Se não há compromisso com o acerto na formulação de hipóteses, já que o método prevê posteriormente a validação delas – condição para que se encerre aquela situação problema, é por possibilitar um exercício mais livre do pensar, centrado na indagação. Todavia, percebemos que, ao longo do tempo, a construção de hipóteses tem sido desprezada, principalmente nos períodos mais avançados na Medicina e na Enfermagem, com pouco valor até para os docente-facilitadores.

Parece que o compromisso com um conhecimento certo, já validado, rompe as fronteiras do processo tutorial, trazendo para a cena somente a busca de soluções para os objetivos/questões de aprendizagem. Tão interessante a dificuldade de estudantes e docentes de questionar o problema, de criar hipóteses sobre aquilo que estão acessando, que em alguns encontros da educação permanente coloca-se a feitura das hipóteses como item a ser pactuado nos primeiros encontros tutoriais, parecendo desconsiderar que tal passo, por fazer parte do método da aprendizagem baseada em problemas, deveria ser inegociável.

Se sustentar indagações, mesmo no processo tutorial, que nos traz, às claras, determinados problemas, parece exigir trabalho ao docente-facilitador e aos estudantes, creio que, retirando a fragilidade de alguma situação-problema e/ ou sua desconexão com o período em que o estudante se encontra, podemos pensar que há no imediatismo da busca de soluções um problema a ser enfrentado. Se queremos produzir indagações, estimular as hipóteses teremos que pensar o quanto ainda evitamos o erro? Ou o quanto o erro ainda é expurgado por docentes e estudantes em seus processos de aprendizagem? Outra situação que nos faz pensar é que com o passar do tempo, a mudança já não é mais a mudança, portando dessa forma uma naturalização.

Se indagar o problema é trabalho do processo tutorial, o qual tendendo a autogestão e autoanálise de seus grupos, teria na sustentação de indagações a sua força, como fazer ativação de conhecimento sem ele?

No curso de práticas inventivas, inventar problemas, buscá-los, é atitude ética e política dos sujeitos, docente e estudante, que não desfazem de seus conhecimentos, pois reconhecem a importância de tê-los em sua caixa de ferramentas. Entretanto, sabem que portá-los não lhes assegura lançar-se nesse movimento inventivo. É a partir dos incômodos gerados, dos questionamentos, da sustentação desse campo de indagação, que o sujeito implicado é convocado a saber mais para prosseguir (MERHY, 2004).

Esse saber, no sentido dado por Passos, Kastrup e Escóssia (2010) da inscrição corporal do conhecimento, é conectado ao sujeito implicado, já que a ele é impossível

produzir conhecimento sem afetar-se. Dessa forma, o corpo do sujeito implicado é corpo vibrátil, que se lança a partir dos incômodos com a vida e consigo mesmo no processo de produzir conhecimento, de formar-se.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho por si não convoca que cheguemos a conclusões que encerrem o território da formação em formas e prescrições.

Muito já tem sido discutido na área da formação em saúde, a qual vem passando por transformações, fruto da militância de sujeitos implicados, que por não tomarem a realidade de forma simplista, já que simplificar seria adoecer (ROCHA, 2012), se lançam como sujeitos inventivos, que indagam, desnaturalizam, estranham a realidade.

Se a docência tem sido um lugar que comporta tensões de toda ordem, é ela também que nos possibilita o pensar-fazer educação de um modo mais esquivo, que comporta movimentos, transformações e pouco tem de modelos, imitações.

Este trabalho foi vivido com uma oscilação entre momentos em que o cartógrafo ao teimar fazer uma cartografia, emprestava-lhe uma narrativa mais porosa, afetada pelo vivido, rizomática, dando conta de suas implicações. Noutras, tomada como forma, se prendia a decalques, sobrepondo velhas fórmulas aos movimentos que escoavam.

Talvez exista aqui um desejo de questionar, mais do que de responder. Como se ao encerrarmos um trabalho, ele nos convocasse para outras aberturas.

Se as mudanças curriculares operaram transformações nas formas de ser, de agir e de sentir dos docentes, não caberia perguntar se nós docentes ainda as desejamos, como temos vivido nossos encontros na micropolítica das mudanças e de que mudanças estamos falando, dado o caráter mutante que vai se operando no projeto inicial com outras incorporações. Com ativações e desativações.

Não é tarefa fácil ativar processos de mudança curricular. No percurso de sustentá-las, os acontecimentos trazem também mudanças nas implicações do coletivo que lutou por sua implantação. Se não há sujeitos “não implicados” como nos diz Altoé (2004) a partir de Lourau, as implicações que se aglutinaram em determinado momento no projeto Educação da FESO, se modificaram em intensidades.

Por fim, decorre que mais do que respostas e diagnósticos sobre o curso das mudanças curriculares, tenhamos que sustentar um campo de indagação de nossas práticas, com reflexões, críticas e soluções, mesmo que provisórias aos problemas que ativamente inventamos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lucia. **A clínica das múltiplas clínicas do campo da saúde**. Niterói: EdUff, 2010. Mimeo.
- ABRAHAO, Ana Lúcia; CASSAL, Luan Carpes Barros. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 249-264, out. 2009.
- AGUIAR, Katia Faria de; ROCHA, Marisa Lopes da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007.
- AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. Belo Horizonte: 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
- ALBUQUERQUE, Veronica Santos; CAMPOS, José Carlos Lima de. Saúde mental no currículo integrado do curso de enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem. **Revista De Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1516-1527, out/dez. 2010.
- ALBUQUERQUE, Verônica Santos; *et al.* Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 296-303, dez. 2007.
- ALMEIDA, Marcio; FEUERWERKER, Laura; LHANOS, Manuel. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ALMEIDA, Maria Tereza Carvalho; BATISTA, Nildo Alves. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 468-476, dez. 2011.
- ALTOÉ, Sonia (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ARAÚJO, Ana Maria Pereira Brasília de. **A produção do cuidado em saúde: cartografia do processo de trabalho em um hospital de ensino**. Projeto de Pesquisa (Iniciação Científica) - Linha de Pesquisa: Gestão do trabalho na Educação e na Saúde. Curso de Graduação em Enfermagem, UNIFESO – PICPE, 2011.
- AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: 1998. Disponível em: <http://bvsa-rouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em: 09 nov. 2012.
- BADUY, Rossana Staevie. **A gestão municipal e a produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Rio de Janeiro: 2010. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compendio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BAREMBLITT, Gregório F. **Introdução a Esquizoanálise**. 3ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2003.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. Contribuições de Bakhtin às teorias do texto e do discurso. In: FARACO, Carlos Alberto; TEZZA, Cristovão; CASTRO, Gilberto de. (Org.). **Diálogos com Bakhtin**. Curitiba: UFPR, 1996. p. 21-42.

BECKER, Fernando. O Que é construtivismo? **Revista de Educação - AEC**, Brasília, v. 21, n. 83, p. 7-15, 2009.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. Rio de Janeiro: 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BLASCO, Pablo González et al. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 119-128, maio/ago. 2005.

BORDENAVE, Juan Enrique Díaz. Alguns fatores pedagógicos. **Revista Interamericana de Educación de Adultos**. México, v. 3, n. 11-12, p. 75-102, 1980.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Apresentação Carlos Roberto Jamil Cury. 5ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – Conaes. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep. **Instrumento de avaliação do curso de Medicina** (Subsidia o ato de reconhecimento). Brasília, DF: set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde: a prática do controle social em 14 reflexões**. Brasília DF: 2004a. Disponível em: [http:// conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm#apresentacao](http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm#apresentacao). Acesso em: 22 nov. 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF: 04 nov. 2005a. Seção 1. p. 111-112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**., Poder Executivo, Brasília, DF: 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.530/GM, de 22 de dezembro de 2005. Homologa o resultado do processo de seleção dos Cursos que se candidataram ao Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – ProSaúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF: 23 dez. 2005b. Seção 1. p.102.

BRASIL. Ministério da Educação. TV Escola. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Tradução e Legendas: Raccord. Transcrição integral do vídeo, para fins exclusivamente didático. Brasília: 2001. Disponível em: <http://escolanomade.org/images/stories/biblioteca/downloads/deleuze-oabecedario.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2012.

BREGUNCI, Maria das Graças de Castro. **Construtivismo**: grandes e pequenas dúvidas. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 59-81.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. A construção de linhas de cuidado como caminho para integralidade, também no interior da educação de profissionais de saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 13, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004.

CEZAR, Pedro Henrique Netto et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 298-303, jun. 2010.

COIMBRA, Cecília; LEITÃO, Maria Beatriz Sá. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 6-17, dez. 2003.

CRISTEL, Etelka Czako; SOUZA, Lygia Márcia Pacheco de. Mudança curricular no curso de graduação em medicina da Unifeso. **Cadernos da ABEM**, v. 4, out. 2008.

CRISTEL, E. C. Relato de uma experiência de transformação do currículo do curso de Medicina. In: MOÇO, Edneia; FALÇAO, Helena; MIRANDA, José (Orgs.). **Reflexões sobre as mudanças curriculares na área da saúde**: ativando processos. Rio de Janeiro: Publit, 2007. p. 103-122

CUNHA, Maria Helena Lisboa da. **Rhizoma, uma**. Teresópolis: Verbete, 2009. 140p.

DANTAS, Jurema Barros. Formar psicólogos: por quê? para quê?. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, pp. 621-636, dez. 2010.

DELEUZE, Gilles. **Entrevista sobre Mille Plateaux**. In:_. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa**. Filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Acerca do Ritornelo. In: _.
_ **Mil Platôs** - capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, vol. 4, 1997.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs** - capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, vol. 1, 1995.

DELORS, Jacques. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Séc. XXI. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

DIAS, Diego Alonso Soares; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: relendo Canguilhem. **Revista Psicologia & Saúde**, Campo Grande-MS, v. 3, n. 1, p. 77-85, jan./jun. 2011.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Caderno de orientação acadêmica - Enfermagem**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2010a.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Caderno de orientação acadêmica - Enfermagem**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2011a.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Caderno de orientação acadêmica - Medicina**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2010b.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Caderno de orientação acadêmica - Medicina**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2011b.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Centro Universitário Serra dos Órgãos. **Projeto Político- Pedagógico Institucional - PPPI**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2006.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Planejamento do período. Medicina**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2013.

FESO. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. **Proposta de organização do projeto de mudança - Pró-Saúde**. Teresópolis, RJ: Unifeso, 2005.

FEUERWERKER, Laura C. M.; ALMEIDA Márcio. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 351-352, jul./ago. 2003.

FEUERWERKER, Laura C. M. Gestão dos processos de mudanças na graduação em medicina. In: MARINS, João José Neves; et al. (Org.). **Educação Médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. p.17-39.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Mudanças na educação médica**: os casos de Londrina e Marília. São Paulo: 2002. 416 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo..

FEUERWERKER, Laura C. M.; SENA, Roseni R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-49, fev. 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias; et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 53-124.

GALLO, Silvio. **Deleuze e a Educação**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

GOMES, Andréia Patrícia; et al. Avaliação no Ensino Médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 390-396, set. 2010.

GOULART, Lucia Maria Horta Figueiredo; et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 605-614, dez. 2009.

GUATTARI, Félix. Da produção de subjetividade. In: GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Vozes Cartografias do desejo**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HESSEN, Johannes. A origem do conhecimento. In: __. **Teoria do Conhecimento**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

JAPIASSU, H. **O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KASTRUP, Virgínia. Cartografias Literárias. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, Niterói, v. 14, n. 2, p.75-94, jul./dez. 2002.

KASTRUP, Virgínia. Conversando sobre políticas cognitivas e formação inventiva. In: DIAS, Rosimeri. (Org). **Formação inventiva de professores**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.

L'ABBATE, Solange. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas/ São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: ALTOÉ, Sonia (Org.). **René Lourau no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A Busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.281-295, 1º Quadrimestre de 2010.

LEWANDOWSKY, Oscar; SOUZA, Maria Zelia de Almeida, ALVES, Marcelo Passos. Novos Desafios de uma Instituição de Ensino Superior - O Caso FESO. In: **XXXII Encontro da ANPAD**, 2008, Rio de Janeiro. Disponível em: [http:// www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A1553.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EPQ-A1553.pdf) Acesso em: 10 mai. 2015.

LIMA, Josiane Vivian Camargo; et al. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de Transformação das Práticas: possibilidades e limites. **Revista Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 207-227, jul./out. 2010.

MACEDO, Lino de. Ensaio construtivistas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MACHADO, José Lúcio Martins; et al. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 326-333, set. 2011.

MACHADO, Roberto. A Geografia do Pensamento. In: MACHADO, Roberto. **Deleuze a Arte e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MANCIBO, Deise; ROCHA, Marisa Lopes da. Avaliação na educação superior e trabalho

docente. **Interações**. v. 7, n. 13, p. 55-75, jun. 2002.

MANCEBO, Deise. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 74-80, 2007.

MARTUCHELLI, Edneia. **Formação de Conselheiros em Saúde**. Teresópolis: 2009. Mimeo.

MASINI, Elcie F. Salzano. Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos. **Aprendizagem Significativa em Revista**, Porto Alegre, v.1, n. 1, p. 16-24, 2011.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento** - as bases biológicas do conhecimento humano. Campinas: Psy, 1995.

MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista; et al. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

MERHY, Emerson Elias. **Oficina sobre consolidação do SUS**. In: Congresso Internacional da Rede Unida. Salvador: 2009.

MERHY, Emerson Elias. O mais profundo é a pele. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 915-917, set. 2011.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES, 1995.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe. Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. **Pensar Enfermagem**. Portugal, v. 16, n. 1, 1º sem. 2012.

MIRANDA, José Feres Abido. **Educação Médica: estudo do impacto da adoção da Estratégia de Saúde da Família no Internato Médico**. Petrópolis: 2002. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Católica de Petrópolis.

MIRANDA, Moemia Gomes de Oliveira. **Projeto político de formação do enfermeiro : c o n t e x t o s , t e x t o s , (re)construções**. Natal: 2010. 395 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MITRE, Sandra Minardi; et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

MORAES, Vinícius de. **Novos poemas** (II), 1959. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

MOREIRA, Marco Antonio. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. **Aprendizagem Significativa em Revista**, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 25-46, dez. 2011.

MOURÃO, Lucia Cardoso; et al. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação & Sociedade**, v. 28, p. 181-210, 2007.

MOURÃO, Lucia Cardoso; L'ABBATE, Solange. Implicações docentes nas transformações curriculares da área da saúde: Uma análise sócio-histórica. **Online Brazilian Jour-**

nal of Nursing, Niterói, v. 10, n. 3, set./dez. 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3423/1136> Acesso em: 10 mai. 2015.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, Abr. 2000.

PASSOS, Eduardo; EIRADO, André do. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 110-131.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p.

PERIM, Gianna Lepre; et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 70-82, 2009.

PESCE, Lucila. Visão educacional ecossistêmica: uma contribuição a partir de Maturana e Varela. **Revista da APG PUC-SP**, São Paulo, n. 23, p. 141-154, 2000.

PEZZATO, Luciane M.; L'ABBATE, Solange. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, dez. 2011.

REIS, Cláudia da Costa Leite. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família: Limites e Possibilidades**. Rio de Janeiro: 2001. 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003.

ROCHA, Marisa. Falando de pesquisas-intervenção na formação escolar. In: DIAS, Rosimeri (Org). **Formação inventiva de professores**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.

RODRIGUES, Heliana B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.195-256.

RODRIGUES, Heliana B. C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, Niterói, v. 18, n. 2, p. 2946, dez. 2006.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 248 p.

ROLNIK, Suely. **"Fale com ele" ou como tratar o corpo vibrátil em coma**. In: Simpósio Corpo, Arte e Clínica, 2003, Porto Alegre: UFRGS. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf> Acesso em: 01 jun. 2012.

ROLNIK, Suely. "O mal-estar na diferença". In: **Anuário Brasileiro de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, n. 3, 1995. p. 97-103.

SARAIVA, Leandro; CANNITO, Newton. **Manual de Roteiro ou Manuel, o primo pobre**

dos manuais de cinema e tv. São Paulo: Conrad, 2004.

TOMAZ, José Batista C.; et al. O papel e as características do professor. In: MAMEDE, Silvia; PENAFIORTE, Julio. (Org.). **Aprendizagem Baseada em Problemas:** Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional. Fortaleza: HUCITEC, 2001.

TOSTES, Luis Eduardo Possidente. **A Fundação Serra dos Órgãos e a Formação Social de Teresópolis.** Teresópolis: Papel Virtual, 2003.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault.** 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

APÊNDICES

Apêndice 01 - Sequência do Mapa Curricular - Enfermagem

Competências Gerais para o Curso Por períodos Competências 1º ao 8º período:

1º PERÍODO - A SAÚDE DA CRIANÇA: ESCOLAR E PRÉ- ESCOLAR

- Identificar as principais necessidades de saúde da criança na fase escolar e pré-escolar (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las nos planos de cuidado.
- Compreender e analisar as relações da criança com a família, com a comunidade e com a escola (creche). Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil na fase pré-escolar e escolar.
- Construir planos de cuidados de Enfermagem para a criança na fase pré-escolar/escolar e sua família, articulando-os com as ações dos demais profissionais/ trabalhadores da saúde.
- Realizar atividades educativas direcionadas promoção da saúde da criança na escola. Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano da criança e sua família, nos cenários da escola e/ou comunidade.
- Relacionar e articular os planos de intervenção com as ações da escola, dos serviços de saúde e das organizações sociais locais.

2º PERÍODO - A SAÚDE DO ADOLESCENTE

- Considerar a abordagem integral na atenção à saúde do a d o l e s c e n t e , i n c l u i n d o : c o m p r e n s ã o d a s potencialidades e vulnerabilidade na adolescência, avaliação do crescimento e desenvolvimento, atenção à saúde reprodutiva e sexual, além de prevenção de acidentes e violência.
- Identificar as principais necessidades de saúde do adolescente (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las nos planos de cuidado. Analisar as relações do adolescente com a família, com a comunidade e com a escola. [1] Considerar as relações de gênero na adolescência. Reconhecer as principais infecções sexualmente transmissíveis e as abordagens preventivas (especialmente estratégias voltadas para os adolescentes).
- Construir planos de cuidados de Enfermagem para o adolescente e sua família, articulando-os com as ações dos demais profissionais/trabalhadores da saúde.
- Realizar atividades educativas direcionadas à saúde do adolescente, considerando abordagens participativas.
- Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano do adolescente e sua família, nos cenários da escola, da comunidade, dos serviços de saúde ou organizações de apoio ao adolescente.

3º PERÍODO - A SAÚDE DO ADULTO – TRABALHADOR

- Considerar a abordagem integral na atenção à saúde do trabalhador. Discutir as características do mundo do trabalho na sociedade capitalista globalizada (qualificação, flexibilização e precarização) e seus impactos na saúde.
- Identificar as principais necessidades de saúde do trabalhador (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las em seus planos de cuidado.
- Relacionar os aspectos de normalidade dos sistemas orgânicos com agravos à saúde que acometem adultos, especialmente, em situações de trabalho.
- Discutir aspectos relevantes do trabalho em saúde: a dimensão não- material do trabalho, as condições de trabalho nos diferentes serviços do Setor Saúde, as características do trabalho em saúde, o trabalho em equipe e o embrutecimento do trabalhador da saúde.

- Considerar as relações de gênero no trabalho. Construir planos de cuidados de Enfermagem para o trabalhador, articulando-os com as ações dos demais profissionais/trabalhadores da saúde.
- Realizar atividades educativas direcionadas à saúde do trabalhador, considerando os diversos ambientes de trabalho.
- Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano do trabalhador.

4º PERÍODO - ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

- Atuar na equipe de saúde da atenção básica por meio de ações de âmbito individual e coletivo que abranjam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Atuar na equipe de saúde da atenção básica buscando a resolução de problemas de saúde de maior frequência e relevância do território/ município.
- Atuar na equipe de saúde com foco nas áreas estratégicas para o território nacional (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde).
- Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias nas unidades básicas de saúde, nos domicílios e nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.
- Atuar na equipe de saúde com ênfase na supervisão, coordenação e realização das atividades de educação permanente dos técnicos/auxiliares de Enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- Atuar na equipe de saúde considerando os aspectos gerenciais do trabalho na atenção básica, sua relação com os demais níveis de atenção e a importância da notificação de agravos.
- Realizar atividades educativas, considerando metodologias participativas, relacionadas ao processo de saúde-doença de indivíduos e grupos nas diferentes fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.
- Atuar na equipe de saúde com foco na atenção à saúde mental de indivíduos e coletividades e na abordagem de distúrbios psicopatológicos prevalentes e relevantes, considerando os aspectos assistenciais, de reabilitação, sociais, educativos e gerenciais.
- Propor estratégias de intervenção em situações de adoecimento mental.

5º PERÍODO - A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

- Relacionar saúde da mulher e da criança com os seguintes determinantes – moradia, trabalho, renda, acesso a bens e serviços, alimentação, família, cultura, sexualidade e contextualizar no PAINSMC.
- Analisar e trabalhar com os indicadores de saúde referentes a população feminina e infantil até um ano de idade.
- Aplicar os conceitos de interdisciplinaridade e integralidade do cuidado.
- Distinguir e avaliar as formas de gestão das políticas de saúde. Atuar no SUS atendendo os objetivos do Pacto pela Vida e Pela Saúde.
- Subsidiar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal nas bases programáticas da Assistência humanizada ao Pré-Natal, do Programa Suplementar de Ferro, do Programa de Combate à Sífilis Congênita e do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno.
- Compreender as necessidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo.
- Comparar os pressupostos do PAINSMC com as necessidades das mulheres no menacme e a população infantil até um ano de idade.

- Proporcionar um cuidado pré-natal de alta qualidade. Identificar problemas atuais ou potenciais, da mulher da criança e da família, baseando-se na interpretação correta das informações obtida.
- Desenvolver um plano de cuidado, compreensivo, com a mulher e sua família, fundamentado nas necessidades da mulher e da criança, e de acordo com os dados coletados.
- Realizar o plano de cuidado e atualizá-lo continuamente, dentro de uma estrutura de tempo apropriado.
- Avaliar a efetividade do cuidado prestado à mulher e sua família, considerando outras alternativas em situações de insucesso.
- Realizar assistência integral a mulher e a criança nas Unidades de saúde, nos domicílios e demais equipamentos sociais, utilizando a sistematização da assistência de Enfermagem, utilizando como um dos pressupostos a Teoria da Necessidades Humanas Básicas e a Taxonomia do CIPESC na atenção básica à saúde desta população.
- Atuar na equipe de saúde da atenção básica, buscando sua transformação/manutenção em unidade básica de saúde amiga da amamentação.
- Realizar o processo de tomada de decisão utilizando uma variedade de fontes de conhecimento em um processo dinâmico, respondendo à modificação do estado de saúde de cada mulher.
- Envolver as mulheres e suas famílias no processo de tomada de decisão e no desenvolvimento de um plano de cuidado para uma experiência de gravidez, nascimento e puerpério saudáveis.
- Identificar gestação de alto risco: diabetes, cardiopatia, nefropatia, doenças infecciosas (toxoplasmose, rubéola, Síndrome de TORCHS, varicela, hanseníase), doença mental, DST/AIDS.
- Proporcionar durante o parto um cuidado de alta qualidade e culturalmente sensível.
- Conduzir um parto higiênico e seguro onde a mulher seja a protagonista ativa na arte de partejar e saber manejar as situações de emergência para otimizar a saúde das mulheres e dos recém-nascidos.
- Proporcionar cuidado integral e de alta qualidade para a mulher durante o pós-parto, estimulando a amamentação e o Alojamento Conjunto.
- Proporcionar cuidado integral e de alta qualidade para o recém-nascido saudável do nascimento até um ano de idade.
- Educar para saúde visando a promoção de uma vida familiar saudável, gestações planejadas e uma maternidade/paternidade positiva.
- Utilizar os indicadores e métodos de orientação/ encaminhamento para os problemas de relações interpessoais que incluem problemas sexuais, violência doméstica, abuso emocional, sexual e negligência física contra a mulher.
- Proporcionar cuidado de Enfermagem ao recém-nascido normal e de risco, considerando as características físicas e fisiológicas, os sinais de enfermidades, o exame físico imediato e mediato e o plano assistencial contendo as abordagens específicas para os problemas mais comuns que afetam o recém-nascido.
- Realizar a assistência de Enfermagem no campo da Ginecologia, visando atender a mulher no seu ciclo reprodutivo.
- Realizar a assistência de Enfermagem a saúde da criança na puericultura e *follow-up*.

6º PERÍODO PRODUÇÃO DE CUIDADOS EM SITUAÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

- Atuar na equipe de saúde produzindo cuidados em situações clínicas e cirúrgicas.
- Atuar na equipe de saúde e no contexto da rede de saúde, fortalecendo a produção linhas de cuidado.
- Atuar na equipe de saúde considerando os princípios éticos e humanísticos no trabalho e no cuidado de pessoas em situações clínicas e cirúrgicas.
- Atuar na equipe de saúde valorizando a aproximação com a história das pessoas

- para ampliar a escuta e produzir vínculo.
- Ser proativo na construção do plano de cuidados clínicos e cirúrgicos, com a contribuição específica do campo da Enfermagem.
 - Produzir cuidado e acolhimento em situações iminentes de morte, de sofrimento e de dor, encontradas no ambiente hospitalar.
 - Produzir cuidados considerando a importância de informar o usuário e a família sobre o processo de doença e sobre a terapêutica, compreendendo as diferentes situações de vulnerabilidade e de dependência decorrentes da doença e da hospitalização.
 - Produzir cuidados valorizando os processos subjetivos gerados por limitações e perdas impostas pela doença e pela hospitalização.
 - Produzir cuidados integrais aos portadores de doenças clínicas e aos portadores de doenças com indicação de intervenção cirúrgica nas diversas áreas: cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, proctologia, neurologia, nefrologia, urologia, ortopedia, infectologia, endocrinologia, reumatologia etc. (Produção de cuidados especializados com abordagem holística)
 - Conduzir o processo de trabalho no ambiente hospitalar a partir da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), incluindo o histórico de Enfermagem, os diagnósticos de Enfermagem, o plano de cuidados, a prescrição e a evolução de Enfermagem.
 - Realizar a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) a partir do exame físico e da anamnese com escuta ampliada para as necessidades das pessoas em situações clínicas e cirúrgicas, baseando-se nas teorias de Enfermagem.
 - Realizar registros de Enfermagem com qualidade em documentos hospitalares, especialmente, no prontuário do paciente.
 - Construir planos de alta no contexto da abordagem clínica e cirúrgica.
 - Produzir cuidados hospitalares, considerando os princípios de biossegurança e o controle da disseminação das infecções nosocomiais.
 - Produzir cuidados a pessoas com doenças crônicas, favorecendo a adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida.
 - Produzir cuidados pré-operatórios gerais e específicos para os diversos tipos de cirurgia com vistas a identificar os fatores de risco cirúrgico e diminuir as complicações pós-operatórias.
 - Produzir cuidados para recuperação pós-anestésica dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos.
 - Realizar assistência pós-operatória mediata e imediata em cirurgias ambulatoriais e em cirurgias que exigem hospitalização, incluindo o acompanhamento ambulatorial e domiciliar.
 - Desenvolver estudos de caso e pesquisas, por meio de do método científico, a partir de situações vivenciadas no trabalho hospitalar.
 - Atuar no processo gerencial do Centro Cirúrgico, Central de Material de Esterilização e nas Enfermarias Clínicas e Cirúrgicas, articulando gestão e cuidado, incluindo o gerenciamento da assistência, das pessoas e dos materiais.

7º PERÍODO – PRODUÇÃO DE CUIDADOS INTENSIVOS E EMERGENCIAIS

- Atuar na equipe de saúde produzindo cuidados intensivos e em situações de emergência e urgência.
- Atuar na equipe interdisciplinar de saúde considerando os princípios éticos e humanísticos no trabalho no cuidado de pessoas em situações críticas.
- Produzir cuidado de Enfermagem para pacientes críticos.
- Realizar as ações de Enfermagem necessárias para manutenção da vida em orquestração com os demais profissionais de saúde.
- Atuar na equipe de saúde levando em consideração a necessidade do cliente em situações de risco.
- Produzir cuidado em saúde, levando em consideração a organização do serviço em situações de emergência.

- Conduzir o processo de trabalho no ambiente hospitalar a partir da sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), incluindo o histórico de Enfermagem, os diagnósticos de Enfermagem, o plano de cuidados, a prescrição e a evolução de Enfermagem.
- Atuar em unidades de atendimento ao cliente em situação de emergência de cuidados intensivos, compreendendo as características e a dinâmica que envolvem tais serviços.
- Integrar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso na avaliação e determinação das prioridades na sala de emergência.
- Realizar a sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) a partir do exame físico e da anamnese para a determinação da prioridade do atendimento a fim de possibilitar a identificação da necessidade do cliente crítico.

8º. PERÍODO - INTERNATO ENFERMAGEM

- Produzir atividades de gestão centrada no cuidado às pessoas e às coletividades nos diversos serviços de saúde e outros cenários onde se processa a vida.
- Contribuir, na qualidade de aluno sênior, para formação dos estudantes juniores nos diversos serviços de saúde e outros cenários onde se processa a vida.
- Desenvolver autonomia na coordenação do trabalho de Enfermagem, englobando o cuidado, a gestão, a pesquisa e a formação de outros trabalhadores da equipe.

Apêndice 02 - Sequência do Mapa Curricular – Medicina

Competências gerais para o curso por períodos Competências 1º ao 8º período:

1º PERÍODO: CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas e função dos tecidos, órgãos e do sistema reprodutor masculino e feminino, da concepção e dos membros torácicos e pélvicos.
2. Bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença relacionado à concepção e formação do ser e ao desenvolvimento da 1ª infância.
3. Marcos do desenvolvimento até a 1ª infância e períodos/ etapas do desenvolvimento (período pré-natal, neonatal e primeira infância).
4. Atendimento pré-hospitalar de emergência.
5. Política e gestão em saúde (voltadas à criança e ao sistema de saúde no Brasil).

2º PERÍODO: CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais das estruturas e função dos tecidos, órgãos e dos sistemas locomotor, linfático, cardiorrespiratório, digestório, endócrino e nervoso.
2. Bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na criança e no adolescente.
3. Marcos do desenvolvimento da segunda infância, terceira infância e adolescência.
4. Política e gestão em saúde (voltadas à criança e ao adolescente).

3º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos, órgãos e dos sistemas tegumentar, locomotor, cardiovascular, digestório, geniturinário, hematopoiético, imunológico, nervoso e endócrino.
2. Bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na vida adulta e no envelhecimento.
3. Princípios da farmacologia.

4. Relações entre saúde e trabalho
5. Política e gestão em saúde (voltadas ao trabalhador e ao idoso).

4º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos, órgãos e dos sistemas, correlacionando-as com as doenças transmissíveis e não transmissíveis de maior prevalência.
2. Bases sociais, culturais, comportamentais, psíquicas, ecológicas, éticas e legais do processo saúde-doença na vida adulta e no envelhecimento (na produção de cuidado às doenças crônicas e transmissíveis) e na morte.
3. Mecanismos de fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos das doenças transmissíveis e não transmissíveis.
4. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da anamnese e exame físico.
5. Política e gestão em saúde (voltadas ao portador de doenças crônicas e infecciosas).

5º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA APRESENTAÇÕES CLÍNICAS NA SAÚDE DA MULHER

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função, dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde da mulher.
2. Princípios básicos da analgesia e da anestesiologia.
3. Fundamentos dos antimicrobianos
4. Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa:
5. Relacionamento médico-paciente:
6. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da Anamnese e exame físico.
7. Principais agravos à saúde da mulher:
8. Política e gestão em saúde (voltadas à mulher).

6º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde da criança e do adolescente.
2. Princípios básicos da analgesia e da anestesiologia
3. Fundamentos dos antimicrobianos
4. Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa.
5. Relacionamento médico-paciente.
6. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da anamnese e exame físico.
7. Principais agravos à saúde da criança e do adolescente.
8. Política e gestão em saúde (voltadas à criança e ao adolescente).

7º PERÍODO: CICLO DE VIDA APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E IDOSO

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde e com condições clínicas dos adultos e idosos.
2. Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa
3. Relacionamento médico-paciente:

4. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da Anamnese e exame físico.
5. Aplicações clínicas dos antimicrobianos.
6. Agravos clínicos à saúde do adulto e do idoso.
7. Política e gestão em saúde (voltadas ao adulto/idoso).

8º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO- CIRURGICAS DO ADULTO E IDOSO

1. Bases moleculares e celulares dos processos normais e patológicos das estruturas e função dos tecidos e órgãos, sistemas e aparelhos relacionados com a saúde e com condições clínico-cirúrgicas dos adultos e idosos.
2. Princípios da anestesiologia no adulto e no idoso.
3. Aplicações dos antimicrobianos - pré, per e pós- operatórias.
4. Fundamentos de bioestatística e da metodologia da pesquisa.
5. Relacionamento médico-paciente.
6. Compreensão e domínio da propedêutica médica abordando a técnica da realização da Anamnese e exame físico.
7. Agravos clínico-cirúrgicos à saúde do adulto e do idoso.
8. Política e gestão em saúde (voltadas ao adulto/idoso).

COMPETÊNCIAS DO 9º AO 12º PERÍODO – INTERNATO MÉDICO

Ancorada nas DCNs, assim foram definidas as competências gerais a serem desenvolvidas durante todo o internato do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO:

1. Fortalecer a relação do médico com o paciente, com o cuidador e com a família, tendo como eixo norteador os princípios da clínica ampliada, da ética médica e da bioética.
2. Conduzir investigação diagnóstica e instalação de terapêutica visando a cura e o bem-estar das pessoas.
3. Trabalhar em equipe interdisciplinar, reconhecendo os limites da atuação profissional isolada e valorizando a orquestração do trabalho em saúde.
4. Elaborar documentos médicos, incluindo o prontuário do paciente (manual e/ou digital), em consonância com os modelos padronizados em cada serviço/cenário, registrando informações consistentes para continuidade do atendimento e para o atendimento de questões éticas e legais.
5. Conhecer, utilizar e interpretar os dados dos principais Sistemas de Informação em Saúde do DATASUS/Ministério da Saúde (SIH, SIAB, SIS-PNI, SIS- Hiperdia, SIM, SINASC,
6. SINAN, APAC) e analisar os principais indicadores de saúde. Participar de projetos de pesquisa quantitativa e/ou qualitativa em interação com as linhas institucionais.