

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ANA CLARA LOPES COSTA

**APRENDER A APRENDER: UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL PARA
OS TRABALHADORES DO SUS?**

São Carlos
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ANA CLARA LOPES COSTA

**APRENDER A APRENDER: UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL PARA
OS TRABALHADORES DO SUS?**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão da Clínica.

Área de concentração Gestão da Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima

Coorientadora: Profa. Dra. Roseli Ferreira da Silva

São Carlos
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C837aa Costa, Ana Clara Lopes.
Aprender a aprender : uma trajetória possível para os
trabalhadores do SUS? / Ana Clara Lopes Costa. -- São
Carlos : UFSCar, 2014.
65 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Trabalho. 2. Aprendizagem baseada em problemas. 3.
Governança clínica. I. Título.

CDD: 306.3 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CLARA LOPES COSTA

APRENDER A APRENDER: UMA TRAJETÓRIA POSSÍVEL PARA OS TRABALHADORES DO SUS?

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade
Federal de São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em
Gestão da Clínica
Área de concentração em Gestão da Clínica

DEFESA APROVADA EM 27 de março de 2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Everton Soeiro - Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

Aos meus pais Bento e Ivonilde.

À minha avó Emília.

Aos meus irmãos Emília, Marta, Bento, Marcelo e Patrícia.

Ao meu companheiro Savério e minhas filhas Marcela e Manuela.

Aos trabalhadores do SUS.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”.

Albert Schweitzer

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos amigos do mundo espiritual, pela presença e ensinamentos.

À minha irmã Marta Miriam Lopes Costa pela companhia, conversas e orientações.

Ao meu irmão Bento Jardelino da Costa e a Telma Rejane Costa pela acolhida carinhosa em João Pessoa.

Ao meu companheiro de sempre Savério Paulo Laurito Gagliardi pelo incentivo, por suportar minha ausência com paciência.

À Manuela Laurito Lopes Costa e Marcela Laurito Lopes Costa por me inspirarem coragem e determinação.

À Marcela Laurito Lopes Costa pelo suporte em informática.

À Ana Carolina Lopes de Lima pelo incentivo e apoio.

À amiga Cibele Sales pela parceria e paciência.

À Maria Carolina Laurito Gagliardi pela companhia.

À amiga Claudia Gigante pela acolhida carinhosa em São Carlos.

Ao Dr. Salvador Affonso Pinheiro pela oportunidade de aprender, trabalhando.

Aos amigos-irmãos pelo estímulo, coragem e alegria nessa caminhada.

À minha orientadora Profa. Dra. Valéria V. Lima pela confiança, exemplo de educadora e pelo profícuo aprendizado.

À Profa. Dra. Roseli Ferreira da Silva pela convivência e aprendizado.

Ao Prof. Dr. Everton Soeiro por incentivar e apoiar minhas descobertas.

Às Profas. Dras. Mariza B. Souza e Sueli de Fátima Sampaio pela carinhosa acolhida e companhia.

Aos colegas do mestrado profissional da UFSCar pela alegria, cumplicidade e profundas descobertas.

Aos Professores do Mestrado Profissional da UFSCar pela dedicação e incentivo.

Ao Dr. João Claudemir Antunes pela colaboração.

Ao Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa pela oportunidade.

Aos especializandos do Curso de Gestão da Clínica no SUS pela oportunidade de conhecê-los de forma privilegiada.

RESUMO

Objetivou-se neste estudo analisar o processo de aprender de trabalhadores do SUS expostos a uma iniciativa educacional interacionista. Esta iniciativa, o Curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS, foi orientada à transformação de práticas em saúde, considerando a gestão da clínica como eixo ordenador do cuidado prestado aos usuários da rede pública de saúde. Participaram 33 hospitais das cinco regiões geográficas do Brasil. Realizada entre 2009-10, no formato de uma especialização, objetivou o desenvolvimento articulado de capacidades de gestão, de atenção e de educação na saúde. A investigação foi baseada nos princípios da pesquisa qualitativa e utilizou o Trabalho de Conclusão do Curso, elaborado pelos participantes da especialização em Gestão da Clínica, como fonte para a coleta de dados. Para a interpretação dos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo. Foram encontradas três temáticas: (i) Práticas Educacionais; (ii) Práticas em Saúde; e (iii) Transformação das práticas em saúde considerando os pressupostos da gestão da clínica. Na temática das práticas educacionais, os subtemas “Aprendizagem Baseada em Problemas” e “Aprender dialogando no trabalho” mostraram que o ineditismo da proposta não foi um obstáculo à aprendizagem. Foram considerados como fatores positivos: a convivência em pequenos grupos, a valorização dos conhecimentos prévios e o diálogo. Observou-se que as transformações nas práticas dos participantes foram relacionadas às três áreas do perfil de competência proposto pelo curso. As práticas de gestão e de atenção à saúde incorporaram os pressupostos da gestão da clínica, especialmente em relação à melhoria da qualidade e da integralidade do cuidado.

DESCRITORES: Trabalho, Aprendizagem Baseada em Problema, Governança Clínica.

ABSTRACT

The main goal in this study is to analyze the learning process of the Brazilian Unified Health System (SUS) staff when exposed to an interactionist educational initiative. Such initiative aims the transformation of health practices by focusing on clinical management and qualifying care for the users of SUS in 33 hospitals from the 5 Brazilian geographical regions. This study used a specialization course that was developed in 2009-10 that focused on the articulated development of management abilities, support and education in health. The study was based on the principles of qualitative research and the 'completion of course work' drawn by the attendees of the specialization course on Clinical Management was also used as a source of data. The content was analyzed for data interpretation aiming to identify and explain the causes and interactions for the production of the phenomenon. The novelty of the proposal was not an obstacle for the learning process.

Student focused learning and the appreciation of previous knowledge where related to the practical application of such content and the broaden of autonomy, especially on what concerns recently acquired information. It was also observed that the participants actions were related to the three areas: clinical management; health awareness and education. The interaction in small groups, communication, integration and open dialogue were valued as fundamental e facilitating elements of learning, group work development and qualification of care. Transformation on practices on health related to management, attention and education were observed and were part of the knowledge that define the profile of clinical management built and developed through the course.

KEYWORDS: work, problem-based learning, clinical governance.

LISTA DE TABELA, QUADROS E FIGURAS

TABELA 1	Distribuição dos TCC, segundo hospitais da amostra.....	37
QUADRO 1 -	Etapas operacionais da análise temática dos dados do estudo.....	38
QUADRO 2 -	Distribuição dos especializandos da amostra, segundo categorias gerais do perfil do ingressante, Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS.....	39
QUADRO 3 -	Distribuição dos especializandos da amostra, segundo áreas do perfil de competência, Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS.....	40
FIGURA 1 -	Categorias e subcategorias relacionadas às práticas educacionais.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos especialistas em Áreas Estratégicas
PSA	Pronto Socorro Adulto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZDP	Zona de Desenvolvimento Potencial ou Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Como as pessoas aprendem?	17
2.2	Como o diálogo e a afetividade interferem no processo de aprender a aprender	23
2.3	A Gestão da Clínica como eixo estruturante nas transformações das práticas em saúde	26
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo geral	30
3.2	Objetivos específicos	30
4	PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1	Características da intervenção educacional	31
4.2	Fontes para a coleta de dados	34
4.3	População e sujeitos do estudo	35
4.4	Coleta de dados	36
4.5	Análise de dados	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	Práticas Educacionais	42
5.2	Práticas em saúde	47
5.3	Transformações das práticas em saúde considerando os pressupostos da gestão da clínica	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XX, transformações relacionadas aos avanços tecnológicos e ao próprio processo de trabalho na área da saúde trouxeram, aos gestores de instituições de saúde, desafios relacionados à capacitação dos profissionais responsáveis pelo cuidado prestado à população.

Considerando a integralidade da atenção como diretriz para o cuidado no SUS, estratégias educacionais que focalizam a articulação entre o ensino e o trabalho têm sido priorizadas, através de iniciativas indutoras promovidas pelos Ministérios da Saúde e Educação, particularmente aquelas voltadas às instituições de ensino superior na área da saúde (MS/MEC, 2001, 2005, 2010; BRASIL, 2013).

Segundo Davini (BRASIL, 2006), recorre-se à capacitação dos profissionais para promover mudanças nos processos de trabalho das instituições. Estas mudanças estão relacionadas aos fatores institucionais, políticos e ideológicos, sendo esses determinantes e limitantes do desenvolvimento organizacional. Um dos fatores que interferem nos processos de mudança é o tipo de abordagem pedagógica utilizada nas capacitações dos profissionais da saúde. Nesse contexto de novos desafios no cuidado à saúde, há fortes tensionamentos em relação às abordagens educacionais dessas capacitações.

Particpei enquanto profissional da saúde de inúmeras capacitações onde a abordagem pedagógica era a tradicional, baseada na transmissão de conhecimentos. Como coordenadora de serviço, promovi e avaliei o impacto dessas iniciativas na qualificação da atenção prestada ao usuário do SUS. Observava, também, as ações de educação em saúde realizadas por nós profissionais, nessas unidades. Conclui que, apesar do compromisso e empenho dos envolvidos, o produto ficava muito aquém das nossas expectativas. Essas inquietações me incentivaram a buscar outras estratégias visando um trabalho criativo, inclusivo e prazeroso para o trabalhador e que produzisse um cuidado efetivo ao usuário.

Independentemente da área de conhecimento, a abordagem pedagógica hegemônica utilizadas nessas capacitações tem sido a pedagogia tradicional. Paulo Freire (2011) chama a pedagogia tradicional de educação bancária, onde o educador transmite o conteúdo a ser aprendido para o educando. Como o

educador detém o conhecimento, tem a prerrogativa de escolher o conteúdo a ser estudado pelo educando. Ao privilegiar a transmissão e o acúmulo do conhecimento pré-estabelecido pelo professor, essa abordagem pedagógica pouco estimula uma postura proativa do educando e o desenvolvimento de uma consciência crítica (BECKER, 2010).

Como contraponto, uma abordagem educacional alternativa, baseada em teorias que destacam a interação e a contextualização no processo de aprendizagem, foi sendo construída no sentido de ampliar a capacidade crítica e reflexiva dos educandos. Essa abordagem pedagógica é chamada de interacionista ou sociointeracionista, e está voltada à transformação de práticas, por meio da ampliação da consciência ingênua para uma consciência crítica (FREIRE, 2011).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa, e com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS elaboraram uma iniciativa educacional interacionista para trabalhadores do SUS, com foco no desenvolvimento articulado de capacidades de gestão, de atenção à saúde e de educação na saúde. Realizada entre 2009 e 2010, no formato de um curso de especialização, essa iniciativa objetivou a qualificação do cuidado aos usuários do SUS em 33 hospitais das regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil (MS/IEPHSL, 2009).

A especialização nas áreas de gestão e de atenção à saúde relacionou-se à ampliação da integralidade do cuidado, com eficiência, eficácia, efetividade e segurança. Objetivou a superação do modelo de organização hospitalar centrado em procedimentos, fragmentado em especialidades médicas e desarticulado dos demais componentes da rede de atenção à saúde. Buscando transformações nas práticas de atenção e de gestão nesses 33 hospitais do SUS, a gestão da clínica foi colocada como foco para o desenvolvimento de novas capacidades para os especializandos (MS/IEPHSL, 2009). O curso foi vivencial, utilizando-se estratégias sociointeracionistas, centradas nas necessidades de aprendizagem dos participantes. O processo de aprendizagem vivenciado por esses especializandos é o objeto a ser estudado nesta pesquisa, no sentido de investigar potenciais transformações nas práticas dos trabalhadores do SUS, expostos a uma educação interacionista.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Como as pessoas aprendem?

Os que se encontram envolvidos com educação nas diversas fases da vida escolar e, também, os que se interessam pela qualificação dos profissionais deparam-se com questões relacionadas aos objetivos educacionais nos contextos sociais e institucionais, onde estão inseridos os educandos. Qual o ponto de partida para se educar sujeitos, considerando suas dimensões físicas, cognitivas, afetivas, social, ética e estética (LIBÂNEO; SANTOS, 2005), e os contextos sociais e institucionais onde estão inseridos?

As abordagens pedagógicas revelam diferentes concepções e modos de explicar como as pessoas aprendem, se desenvolvem e quais as possibilidades das iniciativas educacionais. Há três principais abordagens, definidas a partir da articulação entre os elementos: sujeito que aprende, objeto a ser apreendido e professor-escola.

A pedagogia inatista, conhecida como apriorista ou nativista, considera que a personalidade, valores, comportamentos são inatos no sujeito, ou potencialmente determinados, à espera do amadurecimento para se manifestarem. A aprendizagem é definida, portanto, pelos fatores hereditários e maturacionais, ocorrendo de dentro para fora, definindo a constituição do ser humano e seu conhecimento. Esta abordagem pedagógica não considera as interações socioculturais como determinantes para a aprendizagem, uma vez que a educação tem pouca interferência nas características inatas do sujeito. No apriorismo, a escola não tem o papel de desafiar, nem de ampliar o conhecimento do sujeito, uma vez que seu aprendizado é delimitado pelos seus traços comportamentais e cognitivos, recaindo sobre o aluno a responsabilidade pelo fracasso escolar (REGO, 2012).

A abordagem ambientalista, também chamada de associacionista, comportamentalista ou behaviorista, surgiu na virada do século XIX. Atribui a formação das características humanas, exclusivamente ao ambiente. Essas são determinadas por fatores externos ao sujeito. Considera a experiência como fonte de conhecimento e também geradora de hábitos e comportamentos. Nesta abordagem, o desenvolvimento e a aprendizagem se confundem e correm simultaneamente. Os behavioristas conceituaram a aprendizagem como sendo o

“processo de estabelecer conexões entre estímulos e reações”, e relacionam a aprendizagem aos estímulos externos como recompensas e castigo (BRANSFORD; BROWN; COCKING, 2009).

No ambientalismo, os papéis da escola e do professor são muito valorizados. O aluno é desprovido de conhecimento, ou seja, um receptáculo vazio que deve ser preenchido com o maior número de informações possíveis. Cabe à escola, o preparo moral e intelectual do aluno, assumindo o papel de modeladora de comportamento e responsável pela transmissão cultural. Ao aprendiz, cabe executar o que foi preconizado pelo professor. As interações entre alunos não são valorizadas, dando-se ênfase ao trabalho individual, à concentração e à atenção. Esforço e disciplina são considerados fundamentais para a aprendizagem. Esse processo é centrado no professor, que além de deter o conhecimento, avalia, corrige e julga o comportamento dos alunos, focalizando o aprendizado naquilo que o aluno sabe fazer sozinho (REGO, 2012). Na concepção comportamentalista, a aprendizagem valoriza a memorização de conteúdos, com ênfase no reforço positivo.

Especialmente a partir das contribuições de Jean Piaget, 1896-1980, e de Lev Semenovich Vygotsky, 1896-1934, a concepção interacionista ganhou maior densidade como teoria da aprendizagem. Piaget apresentou o termo construtivismo, destacando a característica processual da aprendizagem. Vygotsky considerou o desenvolvimento da estrutura humana como um processo de apropriação da experiência histórico-cultural pelo homem, destacando o psiquismo humano, as relações entre indivíduo, sociedade e a educação no processo de aprender. A ênfase nas origens sociais dos processos psicológicos superiores, bem como a primazia dos processos em detrimento dos produtos, característica de seu método de análise, refletem as raízes marxistas da teoria Vygotskyana (MOREIRA, 2011).

A pedagogia sociointeracionista defende que as características tipicamente humanas não estão presentes desde o nascimento do sujeito, nem resultam, exclusivamente, das pressões do ambiente externo. São resultados da interação dialética do homem com seu meio cultural. Dito de outra forma, o aprendizado pressupõe uma natureza social específica, e um processo, por meio do qual, as crianças penetram na vida intelectual daqueles que a cercam. Os processos mentais superiores, como pensamento e linguagem têm origem nesses processos sociais. Não é em decorrência do desenvolvimento cognitivo

que o sujeito torna-se capaz de raciocinar e socializar, mas é por meio da socialização que ocorre o desenvolvimento de processos cognitivos superiores (MOREIRA, 2011).

A relação entre desenvolvimento e aprendizagem é fundamental para Vygotsky e este estuda a questão de dois ângulos: a compreensão da relação geral entre aprendizagem e desenvolvimento e as peculiaridades desta relação no período escolar. Rego (2012) chama atenção para o sentido do termo “aprendizado” utilizado por Vygotsky. Ele representa tanto o processo de ensino quanto o de aprendizagem, sendo impossível tratar destes aspectos separadamente.

Vygotsky refere-se ainda a dois tipos de desenvolvimento: chama de desenvolvimento real ou efetivo, aquele que representa as conquistas já efetivadas, e o outro, o nível de desenvolvimento potencial relacionado às capacidades em vias de serem conquistadas. O nível de conhecimento real diz respeito àquelas funções ou capacidades que a criança já aprendeu e domina. Este nível indica os processos mentais que já estabeleceram ciclos de desenvolvimento completos, ou ainda o desenvolvimento, retrospectivamente. Por outro lado, o nível de desenvolvimento potencial se refere àquilo que a criança é capaz de fazer a partir do apoio de outro mais experiente culturalmente. Aqui, a criança realiza a atividade por meio do diálogo, da colaboração, da imitação e da experiência compartilhada. O desenvolvimento potencial é bem mais indicativo do que o desenvolvimento mental da criança (MOREIRA, 2011).

A lacuna entre o desenvolvimento real e o desenvolvimento potencial, é denominada por Vygotsky de “Zona de Desenvolvimento Potencial ou Proximal – ZDP”. Olhando deste ângulo, o desenvolvimento da criança é visto de forma prospectiva, já que a zona de desenvolvimento proximal define as funções “brotos” que ainda não amadureceram, mas que amadurecerão. Esse autor afirma então que o conhecimento do desenvolvimento individual envolve tanto o nível do desenvolvimento real quanto o do desenvolvimento potencial (REGO, 2012).

A utilização do conceito ZDP para a educação é fundamental, uma vez que se torna plausível identificar os ciclos já completados, como também os ainda incompletos. É possível então identificar a competência na criança e construir estratégias pedagógicas para apoiar este processo.

A ZDP é o lugar onde, segundo Coll, Martin e Mauri (2009), graças à ajuda ou suporte de outros, o aprendiz pode desencadear o processo de construção, modificação, enriquecimento e diversificação do seu processo de aprendizagem. Isto quer dizer que, aquilo que uma pessoa é capaz de fazer com ajuda na ZDP poderá fazer independentemente mais tarde. Enfim, terá dominado o conhecimento de forma mais duradoura, por meio de esquemas mais complexos. Neste sentido, o referido autor considera o ensino como apoio ao processo de aprendizagem. Esta ajuda deve, portanto, estar conectada de alguma forma aos esquemas de conhecimentos do aluno, com potência para mobilizá-lo, ativá-lo e ao mesmo tempo apoiar sua reconstrução.

Vygotsky afirma, ainda, que a aprendizagem e o desenvolvimento encontram-se inter-relacionados desde o nascimento. Por meio da interação com o meio ambiente, a criança observa, experimenta, imita e aprende a fazer perguntas. Ou seja, antes de frequentar a escola, a criança, como membro de grupo sociocultural, já construiu conhecimentos sobre o mundo que a cerca. A estes conhecimentos construídos no cotidiano, na experiência concreta, o autor chamou de “conceitos empíricos”. Aquele oriundo do ensino sistematizado adquirido nas interações escolares chamou de “conceitos científicos” (REGO, 2012).

Nas três últimas décadas, ocorreram relevantes estudos sobre a mente, ofertando melhores evidências em relação ao processo de aprender dos seres humanos. Essas pesquisas têm aprofundado a ação da interação social no processo de aprendizagem, e iluminado os objetivos da educação no século XXI. Diferentemente do início do século XX, os objetivos da educação contemporânea priorizam o desenvolvimento de ferramentas intelectuais e estratégias de aprendizagem que valorizam o pensamento crítico reflexivo (BRANSFORD; BROWN; COCKING, 2009).

A partir de 1950, com o surgimento da ciência cognitiva, o estudo da aprendizagem ganhou uma perspectiva multidisciplinar, incluindo a antropologia, a linguística, a filosofia, a psicologia do desenvolvimento, a ciência da computação, a neurociência e outras. Um dos pressupostos da ciência cognitiva é a ênfase na aprendizagem por entendimento. Fatos são importantes para o pensamento e solução de problemas, mas pesquisas mostram que o conhecimento utilizável não é o mesmo que uma lista de fatos desconexos (BRANSFORD; BROWN; COCKING, 2009).

O conhecimento do especialista está associado e organizado em torno de conceitos importantes e está condicionado a especificar os contextos em que é aplicável e sustenta o entendimento e a transferência para outros contextos, ou seja, vai além da capacidade de recordar. Os aprendizes devem, portanto, possuir uma base sólida de conhecimento factual, entender os fatos no contexto do arcabouço conceitual, organizar o conhecimento, a fim de facilitar a sua rápida recuperação e aplicação (BRANSFORD; BROWN; COCKING, 2009).

A ciência cognitiva destaca a importância das pessoas assumirem o controle da sua própria aprendizagem, a partir do seu entendimento sobre o assunto. Portanto, devem identificar o que entendem e quando necessitam de mais informações, ou seja, quais estratégias podem utilizar para avaliar se entenderam o novo conhecimento. Bransford (2007, p. 30) refere-se à metacognição como sendo a “capacidade de uma pessoa prever o próprio desempenho em diversas tarefas e de monitorar seus níveis atuais de domínio e compreensão”. O processo inclui a criação de sentido, a autoavaliação e a avaliação de necessidade de mudanças.

Estas reflexões funcionam como um diálogo interno que possibilita a percepção de novas lacunas e proporciona, ao aprendiz, a transferência da aprendizagem para outros contextos. Neste sentido, Freire defende que, na educação crítica, o papel do educador é apoiar o educando na superação do conhecimento ingênuo, transformando-o em conhecimento crítico, capaz de provocar mudanças no mundo (BECKER, 2010).

Outro pressuposto da ciência cognitiva é o papel do sujeito que aprende nos processos de conhecimento. Os sujeitos são seres guiados por objetivo e procuram informações ativamente. Pesquisas revelam que os recém-nascidos são aprendizes ativos que dão prioridade a certos tipos de informações como: a linguagem, o movimento de objetos animados e inanimados e outros. Por conseguinte, estes sujeitos chegam à educação formal com conhecimentos, habilidades, crenças e conceitos que influenciam significativamente as suas percepções sobre o ambiente, e o modo como organizam e interpretam essas percepções.

Essas pesquisas também revelam que as pessoas elaboram o novo conhecimento e entendimento baseado no que já sabem e no que acreditam. Sabe-se que a aprendizagem significativa é caracterizada pela interação entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio, sendo que o novo conhecimento

adquire significado para o aprendiz, e o conhecimento prévio fica mais enriquecido ou é ressignificado. O conhecimento prévio é isoladamente a variável que mais influencia a aprendizagem, ou seja, só se aprende a partir daquilo que já se conhece (MOREIRA, 2011). Para que haja uma aprendizagem significativa, o aluno deve apresentar disposição para aprender, ir a fundo na informação que deseja aprender, estabelecendo conexões entre ela e o que já sabe, visando tratar, com profundidade, aquilo que vai estudar (COLL, 2009).

Com raízes nas ideias pedagógicas de John Dewey (1929), a aprendizagem baseada na experiência e os desdobramentos da ciência cognitiva subsidiam uma abordagem construtivista da educação e o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Essas foram, progressivamente, ganhando espaço nas práticas educacionais.

No Brasil, a aprendizagem baseada em problemas e a problematização (BARROWS, 1980; BERBEL, 1998; BORDENAVE, 2013) passaram a ter influência na formação em saúde, a partir dos últimos anos da década de 1990, especialmente, nos cursos de medicina e enfermagem. A centralidade do processo educacional colocada no sujeito que aprende, transferiu parte da responsabilidade desse processo para os educandos e trouxe um maior comprometimento destes com o processo de aprender. Ao elaborarem questões de aprendizagem frente a um problema a ser resolvido, os educandos aprendem a buscar novas informações, considerando seus conhecimentos prévios, e a compartilhar seus saberes no sentido de identificarem as melhores práticas. O principal papel do professor passa a ser o de mediador e de facilitador desse processo.

2.2 Como o diálogo e a afetividade interferem no processo de aprender a aprender?

A motivação ou desmotivação do aluno para aprender envolve aspectos relacionados às capacidades de equilíbrio pessoal, ou seja, a representação que faz da situação, as expectativas que esta gera, seu próprio autoconceito e tudo que faz sentido para enfrentar uma situação desafiadora (COLL; MARTIN; MAURI, 2009).

Quando ocorre a aprendizagem, além de conteúdos, aprende-se a como melhorar o próprio processo de aprender. É a partir de interações entre alunos e

professores, nas tarefas cotidianas, que se constrói o ambiente favorável ou não para a motivação. Este ambiente afeta os participantes do processo. A meta do sujeito intrinsecamente motivado é a experiência do sentimento de competência e autodeterminação, sentimento experimentado na própria realização da tarefa e que não depende de recompensas externas. Portanto, o aluno motivado tem uma imagem positiva de si mesmo, sua autoestima é reforçada e isto é fundamental para que continue o desafio de aprender (COLL; MARTIN; MAURI, 2009).

Pesquisadores reconhecem o diálogo como estratégia para promover o sentimento de aceitação. Nesse sentido, dialogar vai além de conversar sobre determinado assunto sem objetivo comum ou reunir pessoas para fazer comunicados. Freire destaca que não há educação crítica sem o diálogo, definindo-o como “o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar” (FREIRE 1980, p. 83).

Paulo Freire (1921-97) advoga que a educação problematizadora propicia ao homem a discussão corajosa da sua realidade, colocando-o em diálogo constante com o outro, possibilitando a análise crítica dos seus achados à procura da verdade em comum, ouvindo, perguntando e investigando. Deve ser, pois, uma educação que coloque o educando em contato com o debate e a análise dos problemas, propiciando sua verdadeira participação na comunidade, estimulando a comprovação e o gosto pela pesquisa. Segundo esse autor nossa educação deveria, acima de tudo, provocar mudança de atitude, em substituição a antigos hábitos culturais de passividade. Dito de outra forma, a educação estimularia a participação, a ingerência, e a ação social (FREIRE, 2011a).

Dentre os princípios gerais da prática pedagógica preconizada por Freire (2011c) para os objetivos dessa investigação, é relevante destacar que:

- (i) “não há docência sem discência”. Então, quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Envolve rigor metódico, reforçando no educando a capacidade crítica, a curiosidade, a possibilidade de adquirir, dominar e reconstruir o conhecimento, e estar aberto e apto à produção de novos conhecimentos;
- (ii) “ensinar não é transferir conhecimento”, mas construir possibilidades para a sua produção. Dito de outra forma, o educador que ao ensinar tolhe a

curiosidade do aluno em nome da eficácia da memorização mecânica, impede que este se aventure em busca do conhecimento;

(ii) “ensinar é uma especificidade humana”. Exige segurança, generosidade e a compreensão que a educação é uma forma de se intervir no mundo, além de saber escutar, ter disponibilidade para o diálogo e querer bem aos educandos.

Finalmente, como último marco teórico para essa pesquisa, foi utilizada uma fundamentação ético-filosófica que caracteriza o papel da educação na transformação da sociedade. Nesse sentido, Maturana (2009) entende que o educando aprende a aceitar-se e a respeitar-se ao ser aceito e respeitado pelos outros. É necessário que o professor interaja com os alunos de tal forma que não os negue ou castigue, aceitando e respeitando suas diferenças individuais e culturais. Ainda segundo Maturana (2009), vivemos no mundo e juntamente com os outros seres vivos fazemos parte dele. Dessa maneira, as pessoas aprendem a viver em consonância com a comunidade onde estão inseridas.

A educação é então um processo contínuo, que dura para toda a vida. Como sistema de formação, tem efeitos de longa duração que não mudam facilmente. Um dos objetivos da educação seria recuperar a harmonia que não destrói, não explora, não abusa, não pretende dominar o mundo, mas conhecê-lo na aceitação e respeito para com o homem e com a natureza. O autor defende que a colaboração e o amor são emoções que definem o homem. A agressão, competição e a guerra têm sua origem na cultura patriarcal.

A cultura patriarcal europeia, à qual pertence grande parte da humanidade moderna, surge com o pastoril, e se caracteriza por uma história que valoriza a guerra, a competição, a luta, a hierarquia, a autoridade, o poder, a apropriação de recursos e a justificação racional do controle sobre o outro. Utiliza e dissemina uma determinada “verdade”, requerendo, invariavelmente, o uso da força para submetê-la ao outro. Este tipo de relação origina um poder de decidir pelo outro, propiciando o estabelecimento de uma hierarquia que exige obediência, subordinação e submissão. Justificamos essa competição e a subordinação para promover o progresso social (MATURANA; VERDEN-ZOLLER, 2011b).

Paralelamente, na cultura matrística¹, os campos de cultivo e coleta não eram divididos e, portanto, não havia propriedade. Viviam imbuídos do

¹ A expressão matrística, segundo o autor, designa uma cultura na qual homem e mulher vivem centrados na cooperação não-hierárquica, uma vez que a figura feminina representa a

dinamismo harmônico, não havendo a competição, uma vez que a posse não era elemento central da existência. Como todos os seres humanos, estavam sob a evocação de uma deusa-mãe, eram considerados legítimos apesar de diferentes, não sendo necessária a exclusão da harmonia do mundo natural. O respeito nessa cultura caracterizaria o modo cotidiano de coexistência nas diversas tarefas da comunidade. As crianças, nesta cultura, não viviam a agressão, a luta, a competição como aspectos definidores de sua maneira de viver. Então, as práticas de guerra, de luta, de negação mútua na competição, de exclusão e apropriação, poder e controle não refletiam a cultura matrística (MATURANA; VERDEN-ZOLLER, 2011b).

A vivência dos valores da cultura matrística no mundo contemporâneo recupera a educação voltada ao respeito, à colaboração e à harmonia. Um mundo e uma escola onde admita-se o erro para corrigi-lo, onde valorize-se o saber, onde o fazer tenha relação com o cotidiano, e as pessoas sejam colaborativas.

Para Moreira (2011) os valores predominantes nas escolas ocidentais estão longe de reproduzir a cultura matrística. Embora voltada à preparação do educando para enfrentar a sociedade em constantes mudanças de conceitos, valores e tecnologia, há, na prática educacional predominante, uma tendência para perpetuar os conceitos de:

- (i) “verdades absolutas”, imutáveis, polarizadas entre o bem e o mal;
- (ii) certeza que se expressa em uma resposta absolutamente certa;
- (iii) entidade isolada, ou seja A é simplesmente A e ponto final;
- (iv) causalidade simples, única e mecânica, onde cada efeito resulta de uma só causa;
- (v) diferenças que existem de formas paralelas e opostas: bom-ruim, sim-não, para cima - para baixo, etc.;
- (vi) transmissão de conhecimento que emana de uma autoridade superior e inquestionável.

consciência não-hierárquica do mundo natural a que nós, seres humanos, pertencemos, numa relação de participação e confiança, e não de controle e autoridade. Nesta cultura a vida cotidiana é vivida numa correlação não-hierárquica com todos os seres vivos, inclusive na relação predador-presa (MATURANA; VERDEN-ZOLLER, 2011b).

2.3 A Gestão da Clínica como eixo estruturante nas transformações das práticas em saúde

O conceito de governança clínica vem sendo trabalhado em vários países a partir de 1998. Foi definido inicialmente como um conjunto de diretrizes que visam à melhoria contínua da qualidade dos serviços e dos padrões de excelência do cuidado. Nessas últimas décadas, este conceito é utilizado em diversos países e, atualmente na Inglaterra, considera-se a governança clínica como um conjunto de diretrizes que contemplam o desempenho clínico, o desenvolvimento de profissionais, o investimento em tecnologias, auditorias, segurança e a participação do paciente no cuidado e nos serviços de saúde (HALLIGAN; DONALDSON, 2001).

Em países como Irlanda do Norte, Escócia, País de Gales a governança clínica é abordada como um termo genérico aplicado a todos os cuidados de saúde, envolvendo parcerias entre grupos de profissionais, gestores e pacientes. Estas parcerias são consideradas elementos essenciais para uma gestão da clínica eficaz. Exige, portanto, mudanças na cultura institucional. A governança clínica é construída na micro política das instituições, uma vez que reconhece a importância das equipes, organizações e sistemas de cuidados de saúde. Trabalhar com governança clínica é defender a ideia de que todos têm algo a contribuir e ninguém tem o monopólio do conhecimento ou experiência. Visa integrar todas as atividades que têm impacto sobre o cuidado prestado ao paciente. Envolve a melhoria da qualidade das informações, a colaboração, o trabalho em equipe bem como a implementação da prática baseada em evidências (CURRIE; MORREL; SCRINENER, 2003).

A gestão da clínica na Alemanha caracteriza-se por focalizar o processo de cuidado médico a partir de utilização de protocolos clínicos e gerenciamento adequado dos fluxos da rede de atenção. Considera os seguintes componentes: 1. processo de identificação de agravos na população; 2. diretrizes clínicas baseadas em evidências; 3. modelos colaborativos que articulam médicos e prestadores de serviços de apoio; 4. programas de educação em saúde; 5. avaliação de processos e resultados além da elaboração de relatórios com *feedback* (GIOVANELLA, 2004).

Um estudo realizado por Santos (2013), focalizando os desafios sobre a formação de redes de atenção à saúde no Brasil, destaca a experiência de

reorganização da atenção à saúde na Holanda, através da melhoria da atenção domiciliar, atenção primária, serviços ambulatorial e hospital dia, como também a introdução de gestão da clínica nos hospitais. Estas estratégias resultaram numa diminuição de leitos hospitalares na Europa Ocidental: de 10,7 leitos por mil habitantes, em 1980, para 7,8 leitos por 1000 habitantes, em 1994 (SANTOS, 2013). Neste mesmo estudo, o autor apresenta a experiência da Espanha com a implantação de Planos de Atenção Integral - PAI. Estes contemplam seis etapas: a atenção à população sadia (prevenção primária), atenção aos fatores de risco (prevenção secundária), o diagnóstico e o primeiro tratamento, a fase inicial do tratamento da doença, a fase avançada do tratamento da doença e a fase terminal. Estes serviços são articulados e gerenciados por profissionais que realizam o cuidado onde este seja mais eficiente e aceito (SANTOS, 2013).

Um estudo comparando os métodos utilizados pelo Brasil e pela Espanha para integrar a atenção primária e atenção especializada, mostrou que, a atuação do médico de saúde da família, territorialização dos serviços, matriciamento, protocolos clínicos, informatização da história clínica e iniciativas de aproximação de profissionais dos diferentes serviços são estratégias consideradas exitosas na integração destes serviços (ALMEIDA; GIOVANELLA; FREIRE; GERVAIS, 2013).

No Brasil, Mendes (2011) trabalha com o conceito de redes de atenção à saúde, objetivando uma atenção oportuna, eficiente, com serviços seguros e efetivos, baseados em evidências disponíveis. Este tipo de organização é delineada a partir do ciclo completo de uma condição de saúde, com responsabilidade sanitária e financeira, gerando valor de uso para a população. Esse autor ressalta, ainda, a existência de evidências internacionais que destacam o papel das redes de atenção na melhoria das condições de saúde de usuários idosos, no controle de diabetes e doenças mentais, de doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Estes resultados explicitam melhorias relacionadas à qualidade clínica, aos resultados sanitários e à satisfação dos usuários (MENDES, 2010).

A concepção de gestão da clínica abordada pelos autores do curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS se fundamenta na qualificação da assistência, por meio da articulação de processos de “gestão e de cuidado”, “com progressiva autonomia e responsabilização das equipes de saúde”, com o estabelecimento de “objetivos, metas e indicadores do cuidado”, alinhados por

“diretrizes clínicas e protocolos”, num modelo baseado numa “visão de clínica ampliada” e orientado às “necessidades de saúde das pessoas” (MS/IEPHSL, 2009, p.6). Foi entendida como uma especialização profissional, com ênfase na assistência em hospitais do SUS, objetivando:

- (i) aprimorar o processo de cuidado no ambiente hospitalar, privilegiando a atenção integral humanizada ao usuário;
- (ii) envolver os profissionais de saúde na gestão dos recursos dos hospitais a que pertencem de forma sistematizada;
- (iii) utilizar instrumental da gestão para a construção de processos gerenciais, buscando descentralização, autonomia com corresponsabilização através de um processo de contratualização interna;
- (iv) construir uma cultura de comunicação efetiva com dispositivos de socialização de informação, sempre com foco na gestão do cuidado ao paciente;
- (v) construir protocolos, fluxogramas e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas e princípios éticos;
- (vi) desenvolver capacidades de liderança das equipes de gestão do hospital, em todos os âmbitos, para coordenar e facilitar as mudanças; e
- (vii) construir uma cultura de avaliação permanente, individual e institucional, com critérios claramente estabelecidos (MS/IEPHSL, 2009).

Considerando que o curso de especialização em Gestão da Clínica para Hospitais do SUS utiliza uma abordagem pedagógica sociointeracionista, metodologias ativas de ensino-aprendizagem e promove espaços educacionais pautados na aceitação e no respeito às diferenças e valores dos educandos, a hipótese a ser testada nesta pesquisa é: o quanto essas características favoreceram ou estimularam mudanças nas práticas dos trabalhadores do SUS, de modo orientado à melhoria do cuidado à saúde, por meio da gestão da clínica.

Considerando, ainda, as tensões trazidas pelas diferentes teorias de aprendizagem, o percurso metodológico escolhido para essa investigação busca revelar, na perspectiva dos especializandos, as fortalezas e desafios da pedagogia sociointeracionista, como uma abordagem pedagógica para a capacitação de trabalhadores do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o processo de aprender de trabalhadores do SUS expostos a uma iniciativa educacional orientada à transformação de práticas em saúde, na perspectiva desses trabalhadores.

3.2 Objetivos específicos

Analisar os sentidos atribuídos ao processo de aprender pelos especializandos de 2009 do curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS;

Investigar os sentidos das reflexões produzidas e os potenciais impactos nas práticas de saúde, na perspectiva dos especializandos;

Avaliar a coerência entre potenciais transformações referidas pelos especializandos e as diretrizes educacionais e de Gestão da Clínica, presentes no projeto político pedagógico do curso.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Essa investigação será realizada sob a perspectiva de pesquisa qualitativa. Para Minayo (2011, p. 21), a pesquisa de natureza qualitativa:

“Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes. Este conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano não se distingue só no agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seu semelhante. O objetivo da pesquisa de natureza qualitativa é o mundo das relações, das representações e da intencionalidade que dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos”.

O tipo do estudo nesta pesquisa é interpretativo-explicativo, uma vez que se pretende explicar as causas que compõe o fenômeno e, também, identificar como estas causas interagem para produzi-lo (NAVARRETE, 2006; MARSHALL; ROSSMAN, 1990).

4.1 Características da intervenção educacional

O Curso de Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS, elaborado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, em parceria com o Ministério da Saúde, teve início em setembro de 2009, sendo concluído em agosto de 2010. O curso foi orientado por um perfil de competência profissional e as atividades educacionais foram baseadas na educação construtivista, em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e na avaliação critério referenciada (MS/IEPHSL, 2009).

As atividades educacionais foram organizadas em encontros presenciais mensais, alternados com atividades a distância, quer individualmente ou em comunidades de aprendizagem que utilizaram uma plataforma de educação virtual do IEP/HSL. O conjunto dessas atividades totalizou 440 horas (MS/IEPHSL, 2009).

A aprendizagem baseada em problemas e a problematização foram empregadas como metodologias ativas para a construção de conhecimentos em

pequenos grupos, respectivamente por meio do processamento de situações-problema e de narrativas. A socialização das informações produzidas realizou-se em plenárias, com todos os participantes do curso. Atividades mobilizadoras da emoção também foram promovidas pela apresentação de filmes, em cineviagens. O acompanhamento e a avaliação das trajetórias individuais de aprendizagem foram promovidas nos encontros de portfólio. A produção coletiva de um projeto aplicativo, com o objetivo de intervir na realidade para melhorar a qualidade da assistência hospitalar, fez parte das atividades do curso. Espaços protegidos para a aprendizagem autodirigida foram garantidos nos encontros presenciais.

A especialização foi estruturada considerando-se a simulação da realidade e o contexto real da prática dos especializandos. No eixo de simulação da realidade, os autores selecionaram e articularam conteúdos, no formato de problemas, que foram utilizados como disparadores da aprendizagem dos participantes. O processamento de situações-problema visou o desenvolvimento de capacidades relacionadas ao perfil de competência definido para o curso (Anexo I).

Em relação ao contexto real da prática, foram utilizadas narrativas construídas pelos próprios especializandos sobre situações do cotidiano do trabalho em saúde. Essas narrativas foram analisadas e utilizadas na construção do trabalho de conclusão do curso – TCC destes especializandos. Este foi produzido a partir do diálogo entre o processo de aprendizagem, ao longo do curso, e as possibilidades de aplicação de novos saberes na transformação da realidade, a partir do campo de atuação de cada participante (MS/IEPHSL, 2009).

O curso foi desenvolvido em dez encontros presenciais sendo o primeiro realizado em São Paulo e os demais nas sedes regionais em Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo. Tanto nos encontros presenciais como nas atividades de educação a distância, os princípios educacionais utilizados foram: 1. aprendizagem construtivista, baseada na teoria interacionista; 2. aprendizagem significativa e reflexiva, favorecida pelo uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; 3. avaliação critério-referenciada, orientada ao desenvolvimento de competência profissional.

A utilização de um perfil de competência, como referência para a seleção de conteúdos do curso e critério para a avaliação de desempenho dos

especializando, estimulou o desenvolvimento de capacidades, priorizando a articulação de atributos que, nesse caso, envolvem as áreas de atenção à saúde, gestão e educação. Estas três áreas conformam o perfil de competência do especialista em gestão da clínica nos hospitais do SUS. A construção deste perfil de competência foi baseada na abordagem dialógica de competência que a considera como uma combinação de atributos colocados em ação para a realização de tarefas profissionais, em um contexto específico e segundo determinados resultados (LIMA, 2005). Esta abordagem reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades, nos processos de reprodução dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados para uma determinada área profissional, guardando relação com a teoria sociointeracionista da educação.

A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem é consonante com a teoria interacionista da educação, uma vez que essa se fundamenta na interação, entre as pessoas e o meio social, como definidora da constituição e da aprendizagem humanas. Ao utilizar pequenos grupos de aprendizagem, também chamados de comunidades de aprendizagem, o curso visou à interação entre os participantes e docentes para a construção de saberes. Além dessa característica, as metodologias ativas estimularam a teorização a partir de situações da prática, quer simuladas ou reais, ampliando as possibilidades de tornarem a aprendizagem significativa para os envolvidos. A diferença com as metodologias tradicionais se deve à utilização do conhecimento prévio dos participantes e da busca ativa, desses especializando, por informações relevantes à gestão da clínica.

As comunidades de aprendizagem foram formadas por dez especializando e um docente, com o papel de facilitador do processo de aprendizagem, tanto nas atividades presenciais como a distância.

A avaliação focalizou o desempenho de cada especializando no processamento de situações-problema e narrativas. Também utilizou a análise da trajetória individual de aprendizagem, por meio do acompanhamento do portfólio de reflexões e realizações de cada participante e de sua participação na construção do projeto aplicativo, produto compartilhado pelos participantes de cada hospital.

O portfólio vem sendo utilizado em várias áreas de formação profissional e tem papel importante como estratégia para potencializar a construção do

conhecimento de forma reflexiva. A oportunidade para a construção de um processo reflexivo contínuo, sistemático e questionador sobre a prática, considerando a vivência do especializando, é um dos benefícios elencados por Silva (2008) para a utilização do portfólio na formação do profissional da saúde.

4.2 Fontes para a coleta de dados

O Caderno do Curso, onde está explicitado o projeto político pedagógico da intervenção educacional estudada, o relatório de avaliação apresentado ao Ministério da Saúde e o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foram selecionados como fontes para coleta de dados dessa investigação. Essas três fontes de dados são consideradas fontes secundárias e se constituem em documentos de natureza pública.

O TCC foi um trabalho de produção individual, construído a partir do portfólio do participante. Representou uma síntese reflexiva das aprendizagens e realizações, considerando-se a vivência dos especializando no curso. Avaliado pelo docente, esta síntese reflexiva focalizou a trajetória singular de cada especializando no curso, sendo utilizado como um dos instrumentos para a certificação (MS/IEPHSL, 2009, p.31).

O TCC foi composto por duas partes, sendo (i) uma síntese crítico-reflexiva focalizando processo de aprendizagem no curso; e (ii) evidências documentais compostas pelo memorial da trajetória profissional, registro das expectativas e o questionário do perfil de ingressante, elaborados no início do curso. A narrativa crítico-reflexiva deveria explicitar os movimentos de aprendizagem no curso, com destaque para as conquistas alcançadas e realizações aplicadas no contexto real do trabalho.

Silva (2002) ressalta a importância do uso das narrativas na Antropologia da Saúde. Define “narrativa” como a tradição de contar um acontecimento, com começo, meio e fim. Refere cinco elementos na estrutura da narrativa, a saber: o enredo, como um conjunto de fatos; os personagens, considerando quem faz a ação; o tempo, contextualizando a época em se passa a história; o espaço, como o lugar onde se passa a ação e o ambiente que traduz as características socioeconômicas e psicológicas onde vivem os personagens. Ao narrar, a pessoa reorganiza sua experiência, de forma coerente e significativa, dando sentido ao evento.

4.3 População e sujeitos do estudo

Os 33 hospitais participantes foram indicados pelo Ministério da Saúde, demandante e parceiro nessa iniciativa educacional. Desses hospitais, catorze estavam localizados na região sudeste, correspondendo a aproximadamente 43% dos participantes. Os estados do sudeste com maior presença foram Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente com seis e cinco hospitais. Da região nordeste foram seis hospitais, correspondendo a 18%. As regiões centro-oeste e sul, com quatro hospitais, representaram, respectivamente, 12% do total. A região norte foi representada por três hospitais, com 9%, e o Distrito Federal por dois, com 6% (Anexo I).

Para a seleção da amostra dessa investigação, foi realizada uma consulta no Cadastro Nacional de Saúde - CNES, objetivando-se conhecer a realidade assistencial e as condições de infraestrutura dos hospitais participantes. Foram levantados: (i) o número de leitos e de funcionários; (ii) os recursos tecnológicos e as especialidades médicas; (iii) as atividades de ensino de graduação e pós-graduação e (iv) o grau de formalização desses hospitais a uma rede de atenção à saúde. Esses critérios foram incluídos no sentido de se contemplar os hospitais com maior complexidade de gestão e diversidade e abrangência de processos de cuidado, uma vez que essas características tendem a ampliar o desafio de se promover a integralidade do cuidado, numa determinada rede de atenção à saúde.

Os hospitais com maior presença e abrangência desses critérios foram àqueles localizados na região sudeste do país. Os situados no Estado de São Paulo foram intencionalmente selecionado para a coleta de dados por apresentarem uma maior formalização das redes de atenção à saúde e, a gestão da clínica oferece um conjunto de ferramentas e de dispositivos úteis para aprimorar o trabalho em sistemas integrados, considerando a articulação de processos, profissionais, ações e serviços.

4.4 Coleta de dados

Considerando os cinco hospitais do Estado de São Paulo, o acesso e a análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso da Especialização em Gestão da

Clínica nos Hospitais do SUS foi formalmente autorizada pela Direção de Ensino do Instituto Sírio libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL (Apêndice I). A coleta de dados foi realizada após aprovação do CEP dessa instituição, conforme parecer número 876.420.

Os cinco hospitais foram codificados, recebendo, por sorteio, a letra H, seguida das letras A, B, C, D e E. Uma cópia dos TCC dos especializandos desses hospitais foi produzida pela secretaria acadêmica do IEP/HSL, nas quais o nome do especializando foi omitido. Os Trabalhos de Conclusão de Curso também receberam códigos numéricos de identificação, E1 a E46, de modo a estabelecer uma relação entre TCC e hospital, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos TCC, segundo hospitais da amostra.

Hospital	Número de TCC
Hospital HA	E1 a E7
Hospital HB	E8 a E17
Hospital HC	E18 a 27
Hospital HD	E 28 a 36
Hospital HE	E 37 a E 46

O critério de saturação foi utilizado para a definição do número de TCC e de hospitais necessários para completar a amostra. A análise de dados foi iniciada a partir do hospital HA e incluiu o hospital HB, totalizando 17 Trabalhos de Conclusão de Curso.

4.5 Análise de dados

A caracterização dos sujeitos da amostra utilizou os dados do questionário sobre o perfil do ingressante, documento preenchido pelos participantes do curso, na primeira reunião de portfólio (Anexo III). Os consolidados desse perfil, por hospital, foram obtidos no relatório de avaliação do curso.

O questionário focaliza as características: (i) sexo; (ii) idade; (iii) graduação; (iv) pós-graduação; e (v) as experiências prévias em educação, gestão, práticas de saúde e pesquisa.

A consolidação do perfil dos participantes por hospital favoreceu a identificação dos elementos do repertório prévio dos participantes e foi dialogada com os dados obtidos na análise documental do Caderno do Curso e na análise das narrativas reflexivas do TCC.

A técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, foi aplicada para a análise das narrativas reflexivas, conforme as etapas propostas por Bardin (2011). Segundo essa autora, a análise de conteúdo é definida como:

Um conjunto de técnica de análise de comunicações, visando, obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores, (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

Todo o processo foi baseado na leitura exaustiva do material, considerada uma imersão nas comunicações escritas. Após, procedeu-se a identificação de ideias presentes e ausentes, para as quais foram atribuídos um ou mais sentidos que compõem a comunicação. O agrupamento de ideias afins em núcleos de sentido pode significar algo para o estudo em questão. Por sua vez, os núcleos de sentido afins são agrupados em temáticas. Ainda para Bardin (2011), na análise temática, o conceito central é o tema, sendo este representado por uma palavra, uma frase, um resumo, enfim, uma unidade de significação que se liberta do texto analisado, segundo os critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. As etapas utilizadas para a análise de conteúdo estão sistematizadas no Quadro 1.

QUADRO 1 - Etapas operacionais da análise dos dados do estudo

Fase Preliminar à análise: obtenção dos dados	Autorização do IEP/HSL e aprovação do CEP Acesso aos trabalhos de conclusão do curso de especialização Escolha das instituições participantes utilizando critérios de inclusão e de saturação
Pré-análise	Leitura flutuante do material
Exploração do material	Identificação das ideias presentes (frequência) e ausentes Construção de núcleos de sentido Construção das temáticas
Interpretação dos dados	Inferências e interpretações Correlação com os referenciais teóricos

Fonte: Adaptado de Bardin (2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o perfil do participante do Curso de Gestão da Clínica no SUS (Quadro 2) observa-se que, para os dois hospitais analisados, a proporção de mulheres foi de 70%, em relação ao total de 17 participantes, sendo de 57% no hospital A e de 80% no hospital B. Em relação às categorias profissionais, médicos e enfermeiros foram predominantes. Destaca-se que a proporção entre médicos e enfermeiros no hospital A foi de 1:1 e no hospital B foi de 4:1. Nesses dois hospitais, a grande maioria dos participantes cursou residência e mais de 50% informou ter concluído outra pós-graduação *lato sensu*. Apenas 2 participantes relataram ter cursado uma pós-graduação *stricto sensu*.

QUADRO 2 - Distribuição dos especializandos da amostra, segundo categorias gerais do perfil do ingressante, Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS.

Categoria Gerais	Hospital A	Hospital B
Sexo		
Masculino	3	2
Feminino	4	8
Faixa etária		
36 a 45 anos	4	2
46 a 55 anos	2	4
56 a 65 anos	1	4
acima de 65 anos	0	0
Curso de Graduação		
Medicina	3	8
Enfermagem	3	2
Terapia Ocupacional	1	0
Pós-graduação		
Lato Sensu (especialização)	4	7
Residência	6	7
Mestrado	0	1
Doutorado	0	1

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

Do total de sujeitos da amostra, 23% dos participantes referiram experiência com metodologias ativas de aprendizagem, enquanto 60% informaram experiência na docência tradicional. A prática em saúde desses especializandos contemplou o

cuidado individual para 76%, e o cuidado coletivo para 70%. Todos relataram experiência com gestão na área da saúde (Quadro 3).

QUADRO 3 - Distribuição dos especializandos da amostra, segundo áreas do perfil de competência, Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS.

	Hospital A		Hospital B	
Experiência em educação:				
	Não	Sim	Não	Sim
Em docência tradicional	5	2	4	6
Com metodologias ativas	5	2	8	2
Em educação à distância	6	1	10	0
Experiência em gestão na área da saúde:				
	Não	Sim	Não	Sim
Gestor de redes de atenção à saúde	6	1	8	2
Gestor de serviços de saúde	2	5	3	7
Gestor de programas ou projetos	6	1	7	3
Experiência em práticas de saúde				
Experiência em práticas de saúde	Não	Sim	Não	Sim
Cuidado individual	3	4	1	9
Cuidado coletivo	4	3	1	9
Experiência em pesquisa:				
Experiência em pesquisa:	Não	Sim	Não	Sim
	7	2	8	2

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

A análise das narrativas reflexivas contidas nos Trabalhos de Conclusão de Curso evidenciou três temáticas, que foram sistematizadas no esquema apresentado na Figura 1.

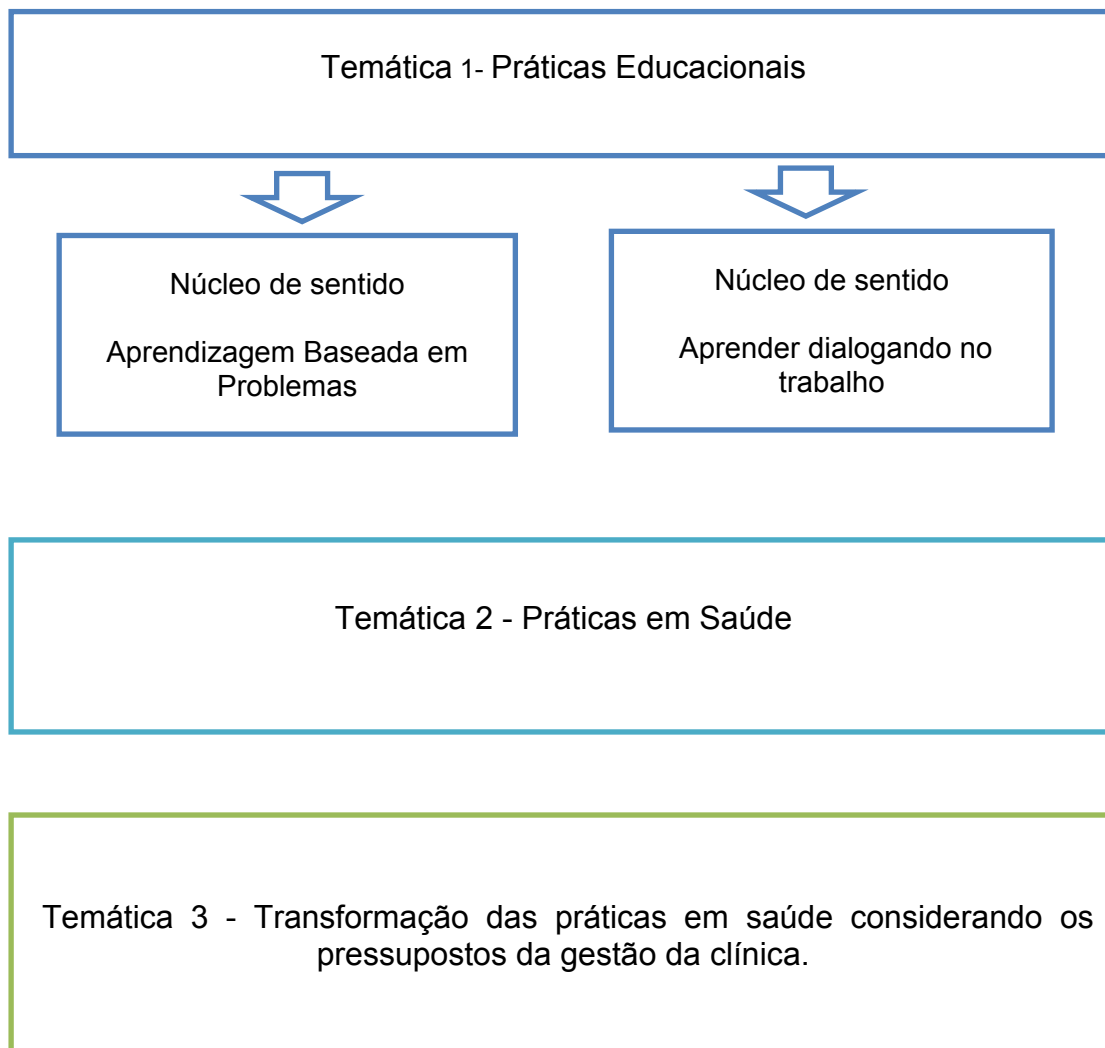


Figura 1 – Temáticas da análise de conteúdo dos TCC dos especializandos, Curso de Gestão da Clínica

5.1 Práticas Educacionais

5.1.1 Núcleo de sentido: Aprendizagem Baseada em Problemas

No núcleo “*Aprendizagem Baseada em Problemas*”, essa estratégia educacional foi mencionada na quase totalidade dos documentos analisados, sendo percebida como algo novo e um desafio para a maior parte dos especializandos. Este fato foi traduzido por sentimentos de incertezas, insegurança e curiosidade, conforme pode ser observado nos seguintes depoimentos:

Ao iniciar o curso de especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS, no primeiro momento, percebi que estava começando um dos maiores desafios de minha vida profissional, pois após ter contato com a metodologia a ser utilizada me deparei com o novo (E8).

Inicialmente surgiram muitas dúvidas em relação à eficiência do método de aprendizagem autodirigido até mesmo por desconhecermos o processo (E9).

Aprendizagem baseada em problemas, método por muitos de nós desconhecidos. Ficou clara a aprendizagem baseada em problemas, o como aprender a aprender; o estímulo a busca de novos conhecimentos... além do exercício de trabalharmos juntos, nos respeitando como pessoas e como equipe (E12).

As declarações apresentadas pelos especializandos têm sentido em função do uso relativamente recente dessa abordagem na área da saúde. Apesar de uma maior disseminação dessa estratégia em projetos pedagógicos após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (BRASIL, 2001), a abordagem pedagógica hegemônica, na grande maioria dos cursos na área da saúde, ainda é a tradicional. Paralelamente, o mundo do trabalho também privilegia esta abordagem nas capacitações e treinamentos, incluindo cursos direcionados aos trabalhadores do SUS. Como na abordagem convencional da educação, a ênfase é colocada na transmissão de informações, na quantidade de conhecimento e na memorização, usualmente, esses cursos focalizam conhecimentos abstratos e tematizados, ao invés de colocar a prática do aprendiz sob reflexão.

Considerando que a proposta educacional sob análise busca reverter essa limitação por meio da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, foram encontrados depoimentos, relatando a importância dessa nova abordagem na aprendizagem dos especializandos e sua coerência com objetivos educacionais propostos pelo curso, conforme pode ser observado a seguir:

A metodologia escolhida se apresentou de forma extremamente pertinente nos trazendo resultados incentivadores (E9).

Com o passar do tempo aprendemos e evoluímos através da busca por conhecimento que tal metodologia nos proporcionou (E14).

Despertou-me curiosidade sobre como se daria o meu crescimento profissional diante da nova dinâmica de construção do conhecimento (E16).

Os pressupostos da aprendizagem baseada em problemas como: a aprendizagem centrada no aluno e o respeito à sua autonomia foram destacados, como mostra depoimento a seguir:

O avanço é evidente. Com conhecimento e mais pesquisa a metodologia já não assusta tanto. Só requer disposição para o aprendizado (E8).

Os especializandos reconheceram que a relação existente entre a situação problema e a explicitação de seus conhecimentos prévios foram fundamentais para seus processos de aprendizagem. Como os problemas utilizados foram elaborados a partir de situações do cotidiano, essa relação foi confirmada:

(...) a utilização da realidade do trabalho na saúde em situações problemas demandaram a possibilidade de disparar o processo de aprendizagem e de pesquisa. As sínteses foram baseadas em problemas assistenciais que envolviam o usuário, os profissionais e o processo de trabalho (E1).

Nesta mesma direção Maturana (2009) defende que o saber seja adequado ao viver do aprendiz. Para este autor a educação deve estar relacionada ao cotidiano de quem aprende, já que o aprendiz reflete sobre sua prática para atuar no mundo, transformando-o.

Houveram depoimentos relacionando a valorização do conhecimento prévio dos participantes com o interesse pelas pesquisas e o desenvolvimento de outras habilidades:

Alguns temas despertam maior interesse na medida em que nos afetam particularmente e nos levam a buscas mais intensas (E11).

A partir das leituras e interpretação da situação problema o grupo pôde expor as ideias, sentimentos e valores, trazendo a todos os estímulos para, através da pesquisa de fenômenos e evidências, explicar melhor a situação (E13).

O curso desenvolveu capacidades para qualificação da prática profissional, através dos processos de aprendizagens combinando elementos da experiência, ambiente e capacidades individuais (E16).

Estes depoimentos estão em conformidade com as ideias de Jerome Bruner. Este autor defende que o ambiente ou conteúdo de ensinamentos sejam apresentados como problemas, lacunas a serem preenchidas pelos aprendizes para que a aprendizagem seja significativa. Também, estes conteúdos devem proporcionar alternativas, resultando na elaboração de relações e similaridades por parte do aluno, entre as ideias apresentadas e as não previamente reconhecidas por estes aprendizes. Este movimento é similar, segundo o mesmo autor, a uma espiral, uma vez que o mesmo conteúdo pode ser visto várias vezes, de diversos ângulos, de forma aprofundada (MOREIRA, 2011).

As atividades educacionais em pequeno grupo foram consideradas prazerosas pelos especializandos:

A metodologia passou a fazer parte do nosso dia a dia e no trabalho. Cada questão era passada para nossa vivência com discussões em grupo (E8).

(...) tornou-se cada vez mais interessante, inclusive de despertar ansiedade para reencontrar a turma no encontro seguinte (E11).

Vê-se assim que o trabalho em equipe requer muito mais do que colocar as pessoas a trabalhar em um mesmo espaço. É necessário que as mesmas estejam imbuídas na construção de saberes e práticas coletivas (E3).

Além da aprendizagem através da pesquisa, ficou claro após o primeiro encontro a integração entre os componentes do grupo, o compromisso com o trabalho do curso e do hospital. (E11).

Estes achados foram observados em pesquisas que destacam a potencialidade para a aprendizagem da interação no trabalho em pequeno grupo. Esta vai além do aspecto cognitivo, uma vez que encontram-se em jogo também processos e mecanismos afetivos e relacionais que contribuem para explicá-la, como também o desenvolvimento de outras capacidades (COLL; MARCESI; PALACIOS, 2007) .

A aprendizagem baseada em problemas parte do pressuposto da centralidade e da autonomia do aluno no seu processo de aprendizagem. Os princípios básicos que orientam o aprendizado são: (i) explicitação dos conhecimentos prévios pelo aluno sobre o assunto a ser discutido; (ii) especificidade da informação, no sentido de que a posterior recuperação da informação é facilitada quando os exemplos elaborados se aproximam de situações reais do cotidiano do aluno; (iii) construção do conhecimento seja através de respostas a questões elaboradas como também da interação em grupo onde o aluno verbaliza seu conhecimento e também aprende a partir da explicação dos colegas (BARROS; DELIZOICOV, 2008).

Pesquisas demonstram que na aprendizagem baseada em problemas o conhecimento é um processo cumulativo, onde a aprendizagem em cada nova fase encontra-se ancorado no conhecimento adquirido em uma fase anterior. O processo é inicialmente desencadeando a partir do conhecimento prévio que os alunos trazem consigo e também da aprendizagem em cada uma das fases: Identificando problemas, estudo autodirigido e nova síntese (YEW; CHNG; SCHMIDT, 2010).

5.1.2 Núcleo de sentido: O diálogo que potencializa a aprendizagem

No núcleo “*O diálogo que potencializa a aprendizagem*”, os especializandos valorizaram a convivência, a comunicação, a integração e o diálogo como fundamentais para o trabalho em equipe e a qualificação do cuidado, como veremos a seguir:

A humildade nos permite aprender através do outro, assim como somente através dos outros teremos oportunidade de crescer (E3).

Questiono qual seria a melhor forma de me comunicar com minha equipe. Acredito que a melhor forma é estando próximo a ela, percebendo suas dificuldades e necessidades reais (E4).

Compreendo que o cuidado hospitalar está intimamente relacionado com as possibilidades de diálogo e convivência, entendendo a importância da cooperação e da integração (E9).

Mariotti (2001) chama de “diálogo” a metodologia de conversação que busca melhorar a comunicação entre os interlocutores, compartilhar experiências para a produção de percepções e ideias novas. Sua marca fundamental é a fertilização mútua.

Paulo Freire defende a construção da práxis dialógica usando como ponto de partida a realidade observada. O diálogo não impõe, não maneja e não domestica. Portanto, através do diálogo cria-se uma importante ferramenta de vínculo, fluxos, sentidos e informações necessárias que colaboram nas ações de promoção da saúde (MATRACA; WIMMER; JORGE, 2011).

Vários depoimentos apontaram a importância das trocas de conhecimento para promover a aprendizagem e para a construção de vínculos entre usuários e profissionais:

As relações humanas concretizam e contribuem para o vínculo profissional / usuário (E1).

Faz-se necessário a comunicação entre os profissionais envolvidos a fim de se expor as diferentes visões do problema que envolvem o paciente (E4)

Sinto o grupo mais participativo, com ideias que podemos implantar em nosso hospital. O nosso entusiasmo já deixa rastro de conhecimento com fundamento apesar das divergências de opiniões (E11).

No tocante à relação entre objeto e sujeito, Acioli (2007) defende que o conhecimento emancipatório é aquele que contempla a consequência dos atos e a reciprocidade entre os sujeitos, com destaque para a solidariedade e a participação. Essa forma de pensar a ciência e a produção de conhecimentos apresenta princípios que deveriam orientar as práticas educativas pautadas no

diálogo, a saber: tomar como ponto de partida o conhecimento anterior das pessoas uma vez que o conhecimento origina-se a partir de vivências e experiências; trocar experiências e promover a construção de conhecimentos articulando o saber técnico e o saber popular, sem hierarquização.

Nesta mesma direção, Mariotti (2001) advoga que é preciso aprender a conviver com a diversidade, sendo a interação dialógica um exemplo de construtivismo levado à prática, pois a emergência de significados e seu compartilhamento geram novos modos de comportamento e são a matéria-prima da construção das microculturas grupais.

5.2 Práticas em saúde

A grande maioria das narrativas dos especializandos mostra que o ato de refletir tornou-se cada vez mais frequente no cotidiano de sua prática. O trabalho em grupo e a cumplicidade construída ao longo do curso podem ter favorecido esta prática:

Fiz importante reflexão sobre a responsabilização e a produção de vínculos terapêuticos através de novos padrões de relacionamentos (E2).

Acredito no impacto desses conceitos para o resgate de valores importantes perdidos ao longo do tempo... entendo como somos impotentes sem um trabalho articulado em equipe (...) a figura do médico onipotente dá lugar a uma visão do trabalho em equipe... cria-se oportunidades para todos contribuírem e se sentirem realmente importantes (E3).

De modo coerente com o sentido das vivências relatadas, Maturana (2009) defende que a disponibilidade para reflexão sobre a prática é possível quando há aceitação e respeito para consigo mesmo e para com o outro.

Ainda nesse sentido, Freire (2011a) mostra que a reflexão sobre a prática supera a curiosidade ingênua, transformando-a em curiosidade crítica. Por meio da reflexão sobre a prática passada e presente, os participantes expressaram seu desejo de mudança em relação à prática futura.

A partir de relatos reflexivos nas narrativas, os especializandos apontaram que, no trabalho em pequenos grupos, os disparadores, oferecidos pelo curso, permitiram aprofundar a compreensão sobre a natureza contínua do

processo de aprendizagem, que permanece presente ao longo da vida. Nesse contínuo, os erros foram tratados como substrato para a aquisição de novos conhecimento.

A prevenção de erros se baseia na busca de causas reais, que geralmente incluem erros (E17).

Na maioria das vezes, nós gestores, vamos à busca de alta tecnologia e deixamos atos simples para o segundo plano (...). Os erros, portanto, devem ser aceitos como evidências de falhas, encarados como uma oportunidade de revisão e aprimoramento da assistência prestada ao paciente (E11).

Estas reflexões estão em consonância com as considerações de Maturana (2009) que acredita na educação como um processo que dura por toda a vida. Para este autor, vivemos no mundo e juntamente com os outros seres vivos, fazemos parte dele, partilhando o processo vital. Construimos o mundo durante a nossa vida. Nesta trajetória construimos o nosso conhecimento do mundo e o mundo constrói seu próprio conhecimento a nosso respeito, sendo portanto uma construção compartilhada, levando-nos a assumir nossa responsabilidade na condição de ser vivente.

5.3 Transformações das práticas em saúde considerando os pressupostos da gestão da clínica

Na temática “*Transformações das práticas em saúde considerando os pressupostos da gestão da clínica*”, os depoimentos apontaram novas ações e o desenvolvimento de capacidades que as subsidiam. Em relação à área de competência de gestão, conforme perfil a ser alcançado pelo especializando (ANEXO II), como exemplos de mudança de prática, foram encontradas ações relacionadas à regulação em saúde, ampliação do grau de satisfação dos usuários e estabelecimento de novos espaços para negociação:

Como tarefa iniciei uma discussão... sobre a implantação da regulação de vagas internas com o objetivo de diminuir as filas de espera de cirurgias de especialidade (E3).

Como consequência, iniciamos em nosso serviço uma unidade de gerenciamento interno de vagas e estamos em contato com os serviços da região para juntos melhorarmos a nossa rede de regulação dos serviços de saúde (E3).

Utilizei as queixas da Ouvidoria tanto do Município como a Interna como importante ferramenta de gestão da atenção, compartilhando com os atores envolvidos novas maneiras de trabalhar que tragam resolutividade, compromisso e responsabilização das equipes para com os usuários (E3).

Participamos no Comitê Gestor da Urgência e Emergência, do Conselho Local de Saúde e da Regulação onde os nossos leitos são mapeados (E4).

Após o segundo encontro iniciei o Colegiado Gestor da Unidade. Mensalmente o PSA se reúne com a Clínica Médica, UTI e Oncologia para discussão dos casos de interesse do hospital e da rede. Estamos diminuindo a permanência do usuário no PSA (E4).

Os depoimentos relatados acima estão em conformidade com o posicionamento de Santos (2013) em relação à articulação de ações e serviços em rede. Na concepção deste autor os serviços de saúde necessitam de mudanças nos pressupostos e paradigmas que orientam o SUS, no sentido de promoverem a integralidade do cuidado em redes de atenção à saúde.

Para os especializados, a importância das redes de atenção à saúde, na qualificação do cuidado prestado ao usuário, foi valorizada:

É necessário simplesmente criar uma rede de ajuda mútua, onde todos que compõem o sistema de saúde sintam-se mais seguros e consigam juntos diminuir os riscos(E8).

Percebe-se a importância ou necessidade do hospital integra-se a rede de saúde, deixar o topo da pirâmide assistencial e passar a ser visto como unidade integradora de suma importância (E5).

Acredito que sua base (rede) esteja na comunicação entre as pessoas que compõem os diferentes serviços de saúde por onde transitam os usuários (E13).

O hospital faz parte de um elo que se interliga a uma rede de assistência voltada para o bem estar do cidadão, devendo-se buscar condições que criem possibilidade de convivência e integração garantido que o diálogo seja possível e as diferenças respeitadas (E15).

O trabalho em rede, como nova forma de interação entre os profissionais e serviços, também é defendido por Conill, Giovanella e Almeida (2011) que destacam o aumento da resolubilidade da atenção primária de saúde e a diminuição das filas para o atendimento em sistemas integrados. Entretanto, essas autoras alertam que são necessários mecanismos que possibilitem um

ambiente cooperativo entre os profissionais visando a atuação em rede de atenção à saúde. Nesse sentido, um princípio importante a ser considerado é a orientação do sistema pelas necessidades do usuário, onde o cuidado é organizado em linhas de cuidado visando à continuidade e à integralidade do cuidado (SILVA, 2011).

A modelagem em forma piramidal, também é considerada inadequada para a produção de um cuidado integral por autores como (SILVA, 2011; SANTOS, 2013). Defendem a ideia de interação entre os serviços de saúde com diferentes fluxos, a partir de uma relação horizontal de interdependência entre os serviços.

Lima e Riviera (2010) destacam que a organização da atenção à saúde se dá principalmente pelas conexões ou relações que se estabelecem entre as pessoas, concretizadas por linhas ou fluxos horizontais no interior das instituições. Dito de outra forma, a produção da atenção à saúde acontece a partir de conexões e fluxos que criam linhas de cuidado entre atores sociais onde se dá a produção do cuidado. Os mesmos autores referem-se à rede de conversações como processos mobilizadores que geram conexões solidárias, onde os atores realizam as ações em colaboração com o outro.

Rede de conversações é um conceito trabalhado por Teixeira (2003) para abordar o acolhimento-dialogado nos serviços de saúde. Para este autor o acolhimento é uma técnica essencialmente comunicacional. Pode-se tomar a rede tecnoassistencial de um serviço como uma rede de conversação, onde cada nó da rede corresponde a um momento de conversa, envolvendo uma série de atividades técnicas, que resultam em encaminhamentos, deslocamentos e trânsito na referida rede. Trata-se, rigorosamente, de uma técnica de conversa, um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades que o usuário se diz portador e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las. No acolhimento dialogado, o outro é entendido como um legítimo outro; a arte da conversa é utilizada para fazer emergir o sentido, no ponto de convergência das diversidades e não para homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências

Em relação à área de competência de educação (ANEXO II), há exemplos concretos que mostram uma ampliação no desenvolvimento de capacidades específicas dessa área de competência, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

O modelo de formação dos profissionais não pode ser pautado apenas nas questões técnicas da doença, deve também incluir a visão do sujeito em todos os aspectos (familiares, sociais, econômicos e culturas (E9).

Iniciei um projeto de Educação Permanente para o eixo cirúrgico para as equipes de enfermagem dessas unidades (E3).

Nesse processo de aprendizagem pudemos trabalhar os itens de humanização, relacionamento interpessoal, segurança nos serviços de saúde (...) muito do aprendizado do curso já reflete no meu trabalho do dia a dia. As decisões são compartilhadas e pactuadas entre todos com uma co-gestão entre os atores (E15).

Foram identificadas, ainda, práticas relacionadas à explicitação de erros, considerando-os como oportunidades de melhoria, especialmente a partir de uma escuta qualificada das necessidades do usuário e sua rede social:

Devemos propiciar um ambiente em que as pessoas entendam a importância de se comunicar o evento adverso percebendo situações de risco para que se possa trabalhar de forma preventiva (E4).

A prevenção de erros se baseia na busca de causas reais, que geralmente incluem erros Erros devem ser aceitos como evidências de falha no sistema e encerrados como oportunidade de revisão e aprimoramento do processo (E3).

(...) necessitamos de uma mudança cultural a ser difundida em que os riscos de insucesso e as falhas ocorridas passem a serem vistos como uma oportunidade de se melhorar a qualidade do serviço prestado (E4).

A partir daí passamos a adotar as regras de cirurgia segura e segurança do paciente. Os benefícios são muitos (E11).

Vários autores destacam a necessidade de se abolir a cultura punitiva no ambiente organizacional. O diálogo no sentido de se considerar a falha individual como falha processual e sistêmica é fundamental para a mudança da abordagem do erro. O trabalho interdisciplinar, a notificação e o registro dos erros, conjuntamente com a análise coletiva de sua ocorrência nas rodas de conversas e a educação permanente para equipes, são iniciativas que estimulam o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente (WEGNER; PEDRO, 2012; QUES; MOTOURO; GONZÁLES, 2010).

A concepção da gestão da clínica proposta pelo autores do curso encontra-se explicitada nas narrativas reflexivas dos TCC analisados.

O projeto terapêutico não deve ser um processo individual e sim da equipe como proposta de atender àquele usuário (E8).

Faz-se necessário a comunicação entre os profissionais envolvidos a fim de se expor as diferentes visões do problema que envolvem o paciente (E13).

A discussão no projeto terapêutico passa a transcender questões específicas contemplando uma situação de vida de forma mais ampla, e tudo o que a envolve. Leva-nos além do espaço hospitalar (E5).

A definição de clínica ampliada fala do paciente como sujeito autônomo na discussão dos processos que envolvem seu adoecimento, tratamento e reabilitação voltados para as particularidades de sua vida. Fala das práticas de saúde voltadas para pessoas que passa a ser o foco principal dos interesses (E3).

Assim meu esforço em enxergar o usuário percebendo seus aspectos físicos, psicossociais e espirituais, reforça os princípios da clínica ampliada (E5).

Deste modo, importantes pilares da gestão da clínica como: gestão de risco, envolvimento de paciente e seus familiares, uso da informação, corresponsabilização, trabalho em equipe e comunicação foram apontados como elementos presentes nas novas práticas dos participantes que compuseram a amostra deste estudo. Esses depoimentos mostram o desenvolvimento de capacidades do perfil de competência esperado nas áreas de gestão, atenção à saúde e educação na saúde.

A congruência entre as atividades educacionais realizadas ao longo do curso e a aprendizagem dos especializandos pôde ser observada nos seguintes depoimentos:

Aprendemos a aprender, dia após dia, respeitando as diversidades e entendendo nossos limites (...). Tenho convicção que o espírito de trabalho, cumplicidade e cooperativismo conquistado, paulatinamente, nessa trajetória, representará ganho para nosso ambiente de trabalho (E9).

O curso contribuiu na construção de novos significados, me direcionando para novos horizontes e novos rumos (E16).

Cabe ressaltar ainda que o trabalho (TCC) aponta linhas de reflexão a partir das questões de aprendizagem e das sínteses apresentadas no decorrer do curso. Isso possibilitou a implementação das ações para melhoria do processo de trabalho na minha unidade de produção (E1).

O curso permitiu meu aprimoramento nos conceitos centrais propostos e uma maior integração entre os gestores locais das diversas unidades assistenciais da instituição. Esta troca permitiu manter e melhorar minha visão de gestor de um serviço da saúde pública (E13).

A participação no curso Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS se constituiu em importante aprendizado como subsídio para se vivenciar uma prática de gestão mais embasada em conhecimentos e compreensão das diversidades que compreendem o universo do trabalho em saúde no SUS (E4).

As reflexões apresentadas pelos especializandos desta iniciativa educacional explicitaram que o aprender a aprender relaciona-se com o respeito às diferenças, com o trabalho em equipe, com cumplicidade e cooperação. Estes participantes também valorizaram esse processo por compreenderem sua potência na transformação de suas práticas, especialmente nos ambientes de trabalho das instituições de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao trilhar o caminho investigativo dessa pesquisa e analisar o processo de aprender de trabalhadores do SUS, expostos a uma iniciativa educacional orientada à transformação das práticas em saúde, buscou-se identificar a existência de transformações, por meio da narrativa dos envolvidos. A partir dos referenciais da educação construtivista e das práticas de saúde voltadas à melhoria da qualidade da atenção, foi possível revelar os sentidos atribuídos pelos especializandos da Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS à sua vivência educacional e às realizações dela advindas. Por meio da identificação de conquistas e desafios, foram analisados o potencial impacto e a pertinência de uma abordagem sociointeracionista, como disparadora de transformações nas práticas de trabalhadores vinculados ao SUS.

Como um dos principais resultados, constatou-se que o ineditismo da proposta não foi fator impeditivo para a aprendizagem. De modo contrário, a aprendizagem centrada no estudante e a valorização do conhecimento prévio foram positivamente avaliadas, com indícios de ampliação de autonomia, especialmente na busca de novos conhecimentos e na aplicação destes nos contextos da prática. Os participantes consideraram, ainda, que a metodologia adotada pelo curso foi coerente com os objetivos educacionais propostos e com as vivências promovidas.

Os especializandos também valorizaram a convivência em pequenos grupos, a interação entre os participantes, sendo o diálogo um elemento fundamental e facilitador da aprendizagem, do trabalho em equipe e da qualificação do cuidado. Para a quase totalidade dos participantes, o ato de refletir sobre a prática tornou-se cada vez mais frequente. A natureza inclusiva do trabalho em grupo e o respeito à diversidade construída pelos participantes, ao longo do curso, podem ter favorecido esse resultado.

Outros resultados observados apontaram para transformações nas práticas destes sujeitos relacionadas aos modelos de atenção e gestão, à produção do cuidado seguro, ao trabalho em equipe com responsabilização e à ampliação de autonomia. A organização do cuidado em redes de atenção centradas nas necessidades de saúde do usuário também apareceu como aprendizagem e possibilidade de se produzir mais integralidade e qualidade na atenção à saúde.

A somatória desses resultados indica que houve mudanças nas práticas dos participantes nas três áreas de competência definidas pelo curso, para o perfil de gestor da clínica. Particularmente, as mudanças nas práticas de atenção à saúde e de gestão em saúde incorporaram os pressupostos da gestão da clínica, focalizados pelo curso. Ao mesmo tempo, a vivência de metodologias ativas promoveram a ampliação das capacidades crítica e reflexiva e da aprendizagem por meio do diálogo com diferentes. Essas capacidades apontam para uma coerência entre os resultados obtidos e os princípios da educação construtivista.

Paralelamente à identificação da potência transformadora de iniciativas educacionais sociointeracionistas, especialmente as que utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem e integração teoria-prática, ainda há importantes desafios a serem enfrentados. Considerando que a maioria das iniciativas educacionais no SUS ainda estão baseadas na metodologia da transmissão de conhecimentos, os desafios relacionados às mudanças culturais para a utilização de novas abordagens e tecnologias educacionais não podem ser desconsiderados.

Mesmo com os resultados positivos apontados por esse estudo, ainda há pouca divulgação sobre a potência das abordagens educacionais sociointeracionistas, especialmente para trabalhadores inseridos em cenários reais da prática em saúde. Assim, considerando a hegemonia de propostas educacionais baseadas na transmissão de conhecimento, a ampliação de escala para a disseminação de iniciativas educacionais inovadoras parece ser uma alternativa para o enfrentamento de processos voltados à repetição, com pouca reflexão e baixo comprometimento dos participantes com a transformação da realidade.

Com essas inquietações espero que este trabalho possa ter contribuído com algumas evidências reveladas pela perspectiva de trabalhadores do SUS expostos a uma abordagem educacional construtivista. Desejo que o mesmo possa favorecer a disseminação de iniciativas educacionais orientadas à transformação de práticas de saúde no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev. Bras. Enferm, Brasília 2008 jan-feb; 61(1):117-21. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>. Acesso em 20/07/2014.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu v.2 n.2, p. 140-154, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>. Acesso em 19/10/2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROWS, H. S; TAMBLYN, R. M. **Problem-based learning**. New York: Springer Press, 1980.

BECKER, F. **O caminho da aprendizagem em Jean Piaget e Paulo Freire**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

BRANSFORD, J. E.; BROWN, A. L.; COCKING, R. R. (org.) **Como as pessoas aprendem: cérebro, mente, experiência e escola**. São Paulo: Editora SENAC, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Ministério da Educação. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde: objetivos, implantação e desenvolvimento potencial**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 01/12/2012.

COLL, C.; MARTIN, E.; MAURI, T. **O construtivismo na sala de aula**. 6. ed. São Paulo: Ática, 2006.

COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS J. Desenvolvimento psicológico e educação. Psicologia da educação escolar. 2º volume. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONILL, M. E; GIOVANELLA, L; ALMEIDA, F. P. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciênc. saúde coletiva vol.16 nº6 Rio de Janeiro, junho 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600017.

CURRIE, L.; MORREL, C.; SCRINENER, R. Clinical Governance: an RCN resource guide. **Royal College Nursing**, June, 2003. 61p.

CYRINO, E. G., TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 780-799, maio/junho, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>. Acesso em: dezembro de 2011.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011c.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011 d.

GIOVANELLA, L. **Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral**: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Frankfurt, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/Institut fur Medizinische Soziologie, 2004.

HALLIGAN, A.; DONALDSON, L. Implementing clinical governance: Turning vision into reality. **BMJ** v. 322, v.9, june, 2001. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120478/>. Acesso em 19/01/2014.

HEYRANI, A.; MALEKI, M.; MARMANI, A. et al. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: a systems approach. **Implement Sci.** v. 7, n. 84, 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22963589>. Acesso em 19/01/2014.

LIBÂNEO, J.C.; SANTOS, A. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo. In: LIBÂNEO, J.C.; SANTOS, A. **Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinariedade**. 3. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2005. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/T1SF/Akiko/03.pdf>. Acesso em 19/10/2013.

LIMA, J.C; RIVIERA, F.J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad. Saúde Pública* vol.26 nº2. Rio de Janeiro. FEB. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/11.pdf>. Acesso em 26/07/2014.

LIMA, V. V; PADILHA, R.Q. Estratégias pedagógicas. In: SALLUM, A. M. C.; PETROLINO, H. M. B. S.; SIQUEIRA, I. L. C. **Modelo de desenvolvimento de profissionais no cuidado em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p. 369-79, mar/ago, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12>. Acesso em 12/04/2012.

MARIOTTI, H. Diálogo: Um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência. *Rev. Tho*, 2001; 76: 6-22. Disponível em: www.teoriadacomplexidade.com.br/textos/dialogo/Dialogo-Metodo-de-Reflexao.pdf. Acesso em 20/07/2014.

MATRACA, M.V.C; WIMMER, G; JORGE, T. C. A. Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 nº10. Rio

de Janeiro Oct. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011001100018&script=sci_arttext. Acesso em 26/07/2014.

MATURANA, H.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento as bases biológicas da compreensão humana**. 9. ed. São Paulo: Palas Athena, 2011a.

MATURANA, H.; VERDEN-ZOLLER, G. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. 3. ed. São Paulo: Palas Athena, 2011b.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

MENDES, E. V. Redes de Atenção à Saúde. **Ciê. saúde coletiva**, v.15, n 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso 03/02/2014.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. 2. ed. São Paulo: Editora Moraes, 2005.

MOREIRA M. A. **Teorias de aprendizagem**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PROMED**. Projeto de incentivo a mudanças curriculares em cursos de Medicina, 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/inc.pdf> Acesso em 07/06/2013.

NAVARRETE, M. L. V.; MARSHALL, C.; ROSSMAN, G.B. **Las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas en Salud**. Universitat Autònoma de Barcelona: Barcelona, 2006.

QUES, A. A. M.; MONTOURO, C.H.; GONZÁLES, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, maio-junho, 2010. 18(3); (8telas)**.

Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf Acesso em 01/05/2014.

REGO T. C. **Vygotsky uma perspectiva histórico-cultural da educação**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

SANTOS, J. R. P. Os Desafios da Conformação das Redes de Atenção á Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2013. Disponível em http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13283/1/2013_JoseneyRaimundoPiresSantos.pdf. Acesso em 01/05/2014.

SILVA, B. W; DELIZOICOV, D. Problemas e problematizações: Implicações para o ensino dos profissionais da saúde. *Ensino, Saúde e Ambiente*, v.1, n.2 p 14-28, dez.2008. ISSN 1983-7011. Disponível em <http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/31/31>. Acesso em 24/07/2014.

SILVA, R. F; SÁ-CHAVES, I. Formação Reflexiva: Representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. v.12, n.27, p.721-34, out./dez, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400004&script=sci_arttext. Acesso em 18/05/2013.

SILVA V. G. D.; TRENTIN, M. Narrativas como Técnica de Pesquisa em Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-32, maio/jun, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13352.pdf> Acesso em 14/08/2013.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Roseli Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS-UERJ?ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp. 89-111.

WEGNER, W.; PEDRO. E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-junho.2012;20(3) (8 telas). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf Acesso em 01/05/2014.

YEW. E. H. J; CHNG E; SCHMIDT H. G. Is Learning in problem-based learning cumulative? **Adv in Health Sci Educ Theory Pract.** v. 16, n. 4, p. 449-464, oct, 2011. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167394/>. Acesso em 02/06/2013.

APÊNDICE A - Autorização para o uso do TCC como fonte de dados

Campinas, 12 abril de 2013.

Ilmo Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Diretor de Ensino
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

Prezado Senhor,

Acompanho o trabalho desta Instituição de Ensino e Pesquisa nos projetos de apoio ao SUS desde 2009, sendo atualmente gestora de aprendizagem no projeto de gestão da Clínica no SUS.

No período de 2009 a 2010, o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, em parceria com a fundação Dom Cabral, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde CONASEMS realizou o Curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS, do qual fui facilitadora de aprendizagem.

Em 2012, ingressei no mestrado profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e minha experiência como facilitadora no curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS se apresentava como uma experiência que gostaria de explorar. Como minha linha de pesquisa é na área da Educação essa intenção foi-se tornando meu objeto de pesquisa que pretendo desenvolver sob a orientação da Prof. Dra. Valéria Vernaschi de Lima com co-orientação da Prof. Dra. Roseli Ferreira da Silva.

Assim, tenho interesse em estudar o curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS como experiência educacional inovadora e estratégica para a capacitação de gestores e equipes de saúde do SUS, com foco nas instituições participantes da região sudeste. A escolha da amostra será intencional e privilegiou a região com maior desenvolvimento e concentração tecnológica na área da saúde e os hospitais com maior abrangência de ações vinculadas à capacitação de profissionais de saúde e formalização da atuação em redes de atenção à saúde.

Dessa forma, solicito autorização do IEP/HSL para realizar esse trabalho e, conseqüentemente, ter acesso a uma cópia das sínteses individuais e reflexivas da trajetória dos participantes, que compõe os respectivos Trabalhos de Conclusão de Curso dos hospitais do Estado de São Paulo. Solicito que a disponibilização desse material possa garantir o anonimato dos participantes e afirmo o compromisso de mantê-lo, trabalhando com foco nos consolidados das informações, e de socializar o produto deste estudo com o IEP/HSL. Atenciosamente

Ana Clara Lopes

ANEXO I - Instituições Participantes, Curso de Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS, 2009-10.

Região	Hospitais	Cidade	Estado
1 – Centro-Oeste/ Norte	Hospital Regional de Taguatinga	Brasília	DF
	Hospital Regional de Sobradinho	Brasília	DF
	Hospital Universitário de Dourados	Dourados	MS
	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul	Campo Grande	MS
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Campo Grande	MS
	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Goiânia	GO
	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Aires	Palmas	TO
2 – Norte/ Nordeste	Hospital Governador João Alves Filho	Aracaju	SE
	Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto	Manaus	AM
	Hospital Getúlio Vargas	Teresina	PI
	Hospital Geral de Fortaleza	Fortaleza	CE
	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	Recife	PE
	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador	BA
	Hospital Ernesto Simões Filho	Salvador	BA
	Hospital Estadual do Acre	Rio Branco	AC
3 – Rio de Janeiro	Hospital Geral do Andaraí	Rio de Janeiro	RJ
	Hospital Geral de Ipanema	Rio de Janeiro	RJ
	Hospital da Lagoa	Rio de Janeiro	RJ
	Hospital dos Servidores do Estado	Rio de Janeiro	RJ
	Hospital Cardoso Fontes – Jacarepaguá	Rio de Janeiro	RJ
	Hospital Geral de Bonsucesso	Rio de Janeiro	RJ
4 – Sudeste/Sul	Hospital Municipal Thelma Villanova Kasprovicz	Maringá	PR
	Hospital do Trabalhador	Curitiba	PR
	Hospital Regional Hans Dieter Schimidt	Joinville	SC
	Hospital Universitário de Santa Maria	Santa Maria	RS
	Hospital Municipal Odilon Behrens	Belo Horizonte	MG
	Hospital Risoleta Neves	Belo Horizonte	MG
5 – Sudeste	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Vitória	ES
	Hospital Estadual de Bauru	Bauru	SP
	Hospital Geral de Itapecerica da Serra	Itapecerica da Serra	SP
	Hospital Estadual de Sumaré	Sumaré	SP
	Hospital Municipal Dr. Mario Gatti	Campinas	SP
	Conjunto Hospitalar do Mandaqui	São Paulo	SP

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

ANEXO II - Perfil de competência do gestor da clínica em hospitais, Curso de Especialização em Gestão da Clínica em Hospitais do SUS, IEP - HSL, 2009.

Area de competência: Gestão	
Ações-chave	Desempenhos
Promove a gestão da clínica no hospital	<p>Identifica continuamente problemas na gestão da clínica</p> <p>Favorece a discussão sistemática de problemas do cotidiano. Identifica atores envolvidos e estimula o levantamento de necessidades e demandas, visando à construção da gestão da clínica dentro do hospital e de modo integrado e articula às Redes de Atenção à Saúde.</p> <p>Utiliza ferramentas do planejamento estratégico e de gestão para selecionar e priorizar problemas. Reconhece interesses antagônicos e conflitos na análise desses problemas e evita posições contraditórias de polaridade, buscando mediação, diálogo e a construção de pactos. Favorece a expressão de ideias e dúvidas e estimula a utilização de indicadores que revelem o grau de articulação entre áreas, setores e serviços para identificar dificuldades na produção do cuidado integral às pessoas. Considera os aspectos de estrutura, processo e resultados para analisar os problemas na gestão da clínica, buscando a racionalização no uso de recursos e tecnologias, e a melhoria da qualidade e segurança na atenção à saúde, de modo a produzir o menor dano e a maior efetividade e satisfação possíveis para os envolvidos.</p> <p>Favorece a interação das pessoas e a construção do trabalho em equipe, respeitando diferentes saberes e potencialidades e mostrando capacidade de ouvir e lidar com a diversidade de opiniões. Promove a construção de um ambiente de confiança, que potencializa a agregação das pessoas em torno da gestão da clínica e da busca por melhores resultados no cuidado à saúde das pessoas.</p>
	<p>Constrói e negocia estrategicamente sucessivos planos de ação</p> <p>Valoriza e estimula o desenvolvimento de ações pactuadas, articuladas e integradas para a construção dos planos de ação voltados ao enfrentamento dos problemas da gestão da clínica. Utiliza movimentos de convencimento e de negociação, criando instâncias para pactuação e construção de consensos. Estabelece estratégias para o desenvolvimento de uma gestão colegiada; reconhece que os conflitos são inerentes às relações e busca</p> <p>Promove uma gestão compartilhada, utilizando dispositivos que favoreçam a participação, a co-responsabilização e a sistematização de decisões e proposições.</p> <p>Negocia e favorece a pactuação de metas e etapas, levando em conta o contexto, o momento, a forma da construção dos planos de ação e a disponibilidade de recursos. Estabelece processos de contratualização, definindo prazos, resultados esperados, responsabilidades e apoio para o desenvolvimento das ações.</p> <p>Favorece a tomada de decisões pela utilização de informações e dos elementos que agregam valor, e pelo desenvolvimento da capacidade de análise de indicadores e das melhores evidências científicas.</p> <p>Estimula a socialização de informações de modo a contribuir para a co-responsabilização das pessoas e seu comprometimento com os resultados, paralelamente à ampliação da autonomia e da criatividade dos envolvidos.</p>
Acompanha e avalia o desenvolvimento da gestão da clínica no hospital	<p>Acompanha o desenvolvimento da gestão da clínica, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos, assim como padrões de referência. Busca reconhecer as conquistas realizadas e estimular explicações fundamentadas para as dificuldades encontradas.</p> <p>Promove uma cultura de avaliação comprometida com a melhoria dos processos e resultados, evitando o caráter punitivo. Estimula a capacidade de avaliação crítica e utiliza acertos e erros como insumos para a aprendizagem pessoal e organizacional. Busca o menor dano possível nas situações em que houve falhas, assumindo e estimulando o reconhecimento de responsabilidades e evitando a repetição do erro.</p> <p>Favorece a oferta e formalização de espaços para educação permanente, avaliação formativa, apresentação de resultados e prestação de contas. Protege espaços para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão a todos os envolvidos, em especial, aos usuários. Faz e recebe críticas de modo respeitoso e voltado ao desempenho observado, incluindo sua autocrítica. Valoriza o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas de modo orientado à viabilização do projeto de gestão da clínica nos hospitais.</p>

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

**ANEXO II (cont.) Perfil de competência do gestor da clínica em hospitais,
Curso de Especialização em Gestão da Clínica em Hospitais
do SUS, IEP - HSL, 2009.**

Area de competência: Atenção à Saúde		
Ações-chave		Desempenhos
Focaliza a atenção à saúde nas necessidades dos usuários	Favorece a investigação de problemas de saúde	Em todos os momentos do processo de trabalho, considera a complexidade envolvida na atenção à saúde-doença, no sentido da defesa da vida, e assume uma postura empática em relação aos usuários. Promove uma investigação ampliada das necessidades de saúde e identifica problemas na produção do cuidado, considerando relevância, magnitude, vulnerabilidade e transcendência. Articula dados e informações para a identificação de inadequações dos processos assistenciais e utiliza dispositivos para a construção de um modelo de atenção à saúde orientado às necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.
	Promove a construção de projetos terapêuticos	Trabalha com acolhimento valorizando a identificação de vulnerabilidade e a classificação de risco para a tomada de decisão. Busca o diálogo entre necessidades e recursos disponíveis nas redes para a construção de projetos terapêuticos voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários. Utiliza a saúde baseada em evidência e as ferramentas de gestão da clínica para a construção de projetos terapêuticos eficazes, eficientes, efetivos e seguros. Constrói o projeto terapêutico com a equipe de modo a agregar o valor necessário ao atendimento das necessidades de saúde identificadas. Busca a produção de um trabalho cooperativo, valorizando os diferentes saberes da equipe. Compartilha decisões com pacientes e responsáveis, fortalecendo a autonomia dos usuários e sua posição como sujeitos ativos.
Promove e avalia a atenção à saúde dos usuários	Monitora e avalia projetos terapêuticos	Acompanha e avalia produtos, resultados e impactos das ações pactuadas nos projetos terapêuticos, considerando a articulação com os demais serviços das redes de atenção à saúde na produção da integralidade do cuidado. Utiliza os sistemas de informação para a análise de produtos e resultados, valorizando a escuta qualificada de usuários e trabalhadores na avaliação dos serviços e dos projetos terapêuticos. Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado e nos planos terapêuticos, de modo a orientá-los pela qualidade, eficiência e efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de vida e à saúde dos usuários.
	Favorece a investigação ampliada de problemas de saúde	Em todos os momentos do processo de trabalho, considera a complexidade envolvida na atenção à saúde-doença, no sentido da defesa da vida, e assume uma postura empática em relação ao sofrimento humano. Promove uma investigação ampliada das necessidades de saúde e identifica problemas na atenção à saúde, considerando relevância, magnitude e urgência. Busca a articulação dos dados investigados para a identificação de gargalos e inadequações dos processos assistenciais, de modo a superar o modelo baseado na queixa conduta e centrado no procedimento. Utiliza dispositivos para a construção de um modelo de atenção à saúde orientado às necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

**ANEXO II (cont.) Perfil de competência do gestor da clínica em hospitais,
Curso de Especialização em Gestão da Clínica em Hospitais
do SUS, IEP - HSL, 2009.**

Área de competência Educação: gestão do conhecimento e da aprendizagem	
Ações-chave	Desempenhos
Identifica necessidades individuais e organizacionais de aprendizagem	Mostra disponibilidade e abertura para a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagens pessoais, dos profissionais envolvidos e das partes interessadas da organização. Estimula a curiosidade, a independência intelectual, e o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender de todos os envolvidos, nos diversos momentos do trabalho. Mostra persistência e paciência em relação aos diferentes
Propõe ações educacionais para indivíduos e organização e as avalia	Implementa ações educacionais voltadas ao desenvolvimento dos indivíduos e da organização, reconhecendo e promovendo os talentos. Incentiva e favorece o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de dificuldades e a busca ativa por atualizações e inovações. Monitora e avalia processos, produtos e resultados relacionados às
Participa da construção, disseminação e avaliação da gestão do conhecimento	Estimula a busca por atualização de conhecimentos, segundo necessidades e oportunidades, considerando os avanços científicos produzidos e o contexto da organização. Incentiva a capacidade de investigação e análise, disponibilizando fontes e valorizando a avaliação crítica das informações encontradas. Estimula a construção coletiva de conhecimento nas oportunidades do processo de trabalho, utilizando os

Fonte: MS/IEPHSL, 2009.

ANEXO III- Perfil dos participantes do curso de especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS.

Sexo:	Número	
Masculino		
Feminino		
Faixa etária:	Número	
36 a 45 anos		
46 a 55 anos		
56 a 65 anos		
acima de 65 anos		
Curso de Graduação:	Número	
Medicina		
Enfermagem		
Terapia Ocupacional		
Pós-graduação	Número	
Lato Sensu (especialização)		
Residência		
Mestrado		
Doutorado		
Experiência em educação:	Não	Sim
Em docência tradicional		
Com metodologias ativas		
Em educação à distância		
Experiência em gestão na área da saúde:	Não	Sim
Gestor de redes de atenção à saúde		
Gestor de serviços de saúde		
Gestor de programas ou projetos		
Experiência em práticas de saúde	Não	Sim
Cuidado individual		
Cuidado coletivo		
Experiência em pesquisa:	Não	Sim